


## PRESTATIONS OPTIONNELLES

### SEJOUR AMBULATOIRE


NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... N° Tél : .....

Mail : ..... Date d'entrée : .....

Prestations		Tarifs	 Option(s) choisie(s) :
<b>Chambre particulière</b>	Forfait multimédia : TV + WIFI	<b>50 € / séjour</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Chambre particulière court séjour</b>	Adaptée pour la chirurgie rapide (chirurgie de la main, cataractes, endoveineux).	<b>30 € / séjour</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Chambre double</b>		<b>Aucun supplément</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Forfait multimédia</b>	TV + Wifi	<b>6 € / jour</b>	<input type="checkbox"/>

Facturation du premier jour de l'hospitalisation au jour de la sortie inclus - Toute prestation entamée est due pour la journée.

 Je soussigné(e), M, Mme..... :

- reconnais avoir été informé(e) de l'ensemble des prestations optionnelles dont je pouvais disposer durant mon séjour à la clinique Saint Charles ainsi que des tarifs liés à ces prestations
- consens et m'engage, en cochant la ou les case(s) ci-dessus, à régler les prestations optionnelles choisies

Fait à ..... **Signature du patient ou du représentant légal :**

Le ..... / ..... / .....

## PRESTATIONS OPTIONNELLES SEJOUR CHIRURGIE ET MEDECINE


NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... N° Tél : .....

Mail : ..... Date d'entrée : .....

Prestations		Tarifs	Option(s) choisie(s) :
<b>Chambre Particulière</b>	Forfait multimédia : TV + WIFI	<b>95 € / jour</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Chambre Avantage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forfait multimédia : TV + WIFI</li> <li>• 1 drap de bain, 1 serviette de toilette et des produits d'hygiène par jour.</li> <li>• 1 quotidien par jour.</li> </ul>	<b>115 € / jour</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Chambre Sérénité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forfait multimédia : TV + WIFI</li> <li>• 1 drap de bain, 1 serviette de toilette et des produits d'hygiène par jour.</li> <li>• 1 quotidien par jour.</li> <li>• 1 revue à l'entrée</li> <li>• 1 plateau de courtoisie journalier</li> </ul>	<b>150 € / jour</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Chambre double</b>		<b>Aucun supplément</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Service TWIN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lit accompagnant</li> <li>• 1 petit-déjeuner</li> <li>• 1 repas</li> </ul>	<b>39 € / jour</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Forfait multimédia</b>	TV + Wifi	<b>6 € / jour</b>	<input type="checkbox"/>

Facturation du premier jour de l'hospitalisation au jour de la sortie inclus - Toute prestation entamée est due pour la journée.

 Je soussigné(e), M, Mme ..... :

- reconnais avoir été informé(e) de l'ensemble des prestations optionnelles dont je pouvais disposer durant mon séjour à la clinique Saint Charles ainsi que des tarifs liés à ces prestations
- consens et m'engage, en cochant la ou les case(s) ci-dessus, à régler les prestations optionnelles choisies

Fait à ..... **Signature du patient ou du représentant légal :**

Le ..... / ..... / .....


## PRESTATIONS OPTIONNELLES

### SEJOUR MATERNITE


NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... N° Tél : .....

Mail : ..... Date du terme : .....

Prestations		Tarifs	 Option(s) choisie(s) :
<b>Chambre Particulière</b>	Forfait multimédia : TV + WIFI	<b>80 € / jour</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Chambre Confort</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forfait multimédia : TV + WIFI</li> <li>• 1 drap de bain, 1 serviette de toilette et des produits d'hygiène par jour.</li> <li>• Couchette accompagnant avec petit-déjeuner par jour</li> </ul>	<b>115 € / jour</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Chambre double</b>		<b>Aucun supplément</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Couchette accompagnant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Couchette</li> <li>• Petit-déjeuner</li> </ul>	<b>20 € / jour</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Forfait multimédia</b>	TV + Wifi	<b>6 € / jour</b>	<input type="checkbox"/>

Facturation du premier jour de l'hospitalisation au jour de la sortie inclus - Toute prestation entamée est due pour la journée.

 Je soussignée, Mme ..... :

- reconnais avoir été informée de l'ensemble des prestations optionnelles dont je pouvais disposer durant mon séjour à la clinique Saint Charles ainsi que des tarifs liés à ces prestations
- consens et m'engage, en cochant la ou les case(s) ci-dessus, à régler les prestations optionnelles choisies

Fait à ..... **Signature de la patiente ou du représentant légal :**

Le ..... / ..... / .....


## PRESTATIONS OPTIONNELLES

### SEJOUR SOINS MEDICAUX READAPTATION


NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... N° Tél : .....

Mail : ..... Date d'entrée : .....

Prestations		Tarifs	 Option(s) choisie(s) :
<b>Chambre Particulière</b>	Forfait multimédia : TV + WIFI	<b>80 € / jour</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Chambre Avantage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forfait multimédia : TV + WIFI</li> <li>• 1 drap de bain, 1 serviette de toilette et des produits d'hygiène par jour.</li> <li>• 1 quotidien par jour.</li> </ul>	<b>105 € / jour</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Chambre Sérénité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forfait multimédia : TV + WIFI</li> <li>• 1 drap de bain, 1 serviette de toilette et des produits d'hygiène par jour.</li> <li>• 1 quotidien par jour.</li> <li>• 1 revue lors du séjour</li> <li>• 1 bouquet ou 1 prestation coiffeur par séjour</li> </ul>	<b>150 € / jour</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Chambre double</b>		<b>Aucun supplément</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Forfait multimédia</b>	TV + Wifi	<b>6 € / jour</b>	<input type="checkbox"/>

Facturation du premier jour de l'hospitalisation au jour de la sortie inclus - Toute prestation entamée est due pour la journée.

 Je soussigné(e), M, Mme ..... :

- reconnais avoir été informé(e) de l'ensemble des prestations optionnelles dont je pouvais disposer durant mon séjour à la clinique Saint Charles ainsi que des tarifs liés à ces prestations
- consens et m'engage, en cochant la ou les case(s) ci-dessus, à régler les prestations optionnelles choisies

Fait à ..... **Signature du patient ou du représentant légal :**

Le ..... / ..... / .....