

Formulaire

D'ENGAGEMENT HÔTELIER ET TARIFS



INFORMATIONS PATIENT

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : / /

Date d'entrée :

ACCOMPAGNANT

Si vous le souhaitez, et si vous disposez d'une chambre particulière, vous pouvez être accompagné(e) durant votre séjour. Pour cela, il convient d'en faire la demande lors de votre pré-admission.

Formule lit et petit déjeuner 15 € / nuit

Repas (déjeuner ou dîner) 10 €

Petit déjeuner 3,50 €

TRANSPORT EN AMBULANCE/VSL

Si une prescription de transport m'a été remise par le médecin, dans le cadre du respect du libre choix, et à défaut de demande expresse écrite de ma part, j'autorise la Clinique du Parc à choisir et à faire appel à un organisme de transport agréé :

Oui Non

HOSPITALISATION COMPLÈTE :

CHAMBRE PARTICULIÈRE

85 € / jour Télévision comprise

Oui, je souhaite bénéficier d'une chambre particulière

Non, je ne souhaite pas bénéficier d'une chambre particulière

Certaines mutuelles prennent en charge tout ou partie des frais relatifs à votre chambre particulière. Avant votre arrivée dans notre établissement, nous conseillons de vous rapprocher de votre mutuelle afin de connaître les modalités de prise en charge de votre chambre particulière. Nous vous rappelons que

l'attribution d'une chambre particulière s'effectue sous réserve des disponibilités de l'établissement le jour de votre entrée.

TÉLÉPHONE

Ouverture de ligne 5,50 €

Prix de la communication téléphonique non compris dans le forfait

Oui, je souhaite bénéficier du téléphone
 Non, je ne souhaite pas bénéficier du téléphone

TÉLÉVISION

5€ / jour

En chambre particulière, la télévision est incluse.

Oui, je souhaite bénéficier de la télévision
 Non, je ne souhaite pas bénéficier de la télévision

Je déclare avoir pris connaissance des tarifs en vigueur et je m'engage à régler les frais réellement engagés qui sont à ma charge. J'ai bien été informé(e) que les frais relatifs aux chambres particulières ne sont pas pris en charge par la Sécurité Sociale.

À CASTELNAU-LE-LEZ, LE :
SIGNATURE DU PATIENT PRÉCÉDÉE DE LA MENTION « LU ET APPROUVÉ, BON POUR ACCORD » :

CO-SIGNATURE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE / PERSONNE À PREVENIR DU PATIENT, PRÉCÉDÉE DE LA MENTION « LU ET APPROUVÉ, BON POUR ACCORD » :