Clinique du Sport
Bordeaux-Mérignac

SERVICE HOSPITALISATION COMPLÈTE

INFORMATION TARIFAIRE

Prestations conventionnées Assurance Maladie

Forfait Hospitalier fixé par arrêté ministériel ..... **20€ / Séjour (y compris jour de sortie)**

Le forfait hospitalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Le forfait hospitalier n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie. Il peut éventuellement être pris en charge par votre mutuelle.

Participation Assuré Transitoire (PAT) fixée par arrêté ministériel ..... **24€ / Séjour**

La Participation Assuré Transitoire (PAT) est une participation forfaitaire, demandée par l'Assurance Maladie au patient, pour les actes médicaux dont le tarif est supérieur ou égal à 120€. Ces frais peuvent être pris en charge en tout ou partie par votre mutuelle selon votre contrat.

Nom, Prénom : ..... **Date d'intervention :** .....

PRESTATIONS HOTELIERES

J'opte pour une chambre individuelle * : Cocher la prestation choisie	☐ CHAMBRE INDIVIDUELLE **STANDARD** 99€	☐ CHAMBRE INDIVIDUELLE **PREMIUM** 110€	☐ CHAMBRE INDIVIDUELLE **PRESTIGE** 162€
Petit-déjeuner PRESTIGE A choisir en remplacement du Petit-déjeuner STANDARD	En option sur demande	Inclus	Inclus
Dîner PRESTIGE A choisir en remplacement du Dîner STANDARD	En option sur demande	En option sur demande	Inclus
Grande chambre individuelle avec salon / accueil famille	Exclus	Exclus	Inclus
Mini bar & Cafetière	Exclus	Exclus	Inclus
Linge de toilette	Exclus	Exclus	Inclus
Placard sécurisé	Inclus	Inclus	Inclus
Télévision	En option sur demande	En option sur demande	Inclus
Téléphone (Ouverture de ligne - hors international)	En option sur demande	Inclus	Inclus
Wifi	En option sur demande	Inclus	Inclus
Parking *En cas de perte du ticket; il vous sera facturé une journée, soit 20€*	En option sur demande	En option sur demande	Inclus

Inclus — En option sur demande — Exclus

☐ Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire et je serai hébergé(e) en chambre double. Les accompagnants ne sont pas autorisés en chambre double la nuit.

Je comprends que si l'établissement ne peut répondre favorablement à ma demande de chambre seule, je séjournerai en chambre double et les prestations à la carte disponibles en chambre double seront à ma charge.
les prestations de chambre seule sont facturées du jour de mon entrée au jour de ma sortie inclus, et ce, quelles que soient les heures d'arrivée et de sortie.

Clinique du Sport
Bordeaux-Mérignac

SERVICE HOSPITALISATION COMPLÈTE

SUPPLÉMENTS DISPONIBLES SUR DEMANDE POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

Certaines prestations sont déjà incluses dans le pack de la chambre choisie

- ☐ Petit-déjeuner PRESTIGE* ..... 10€
  * A choisir en remplacement du Petit-déjeuner STANDARD
- ☐ Dîner PRESTIGE* ..... 25€
  * A choisir en remplacement du Dîner STANDARD
- ☐ Terminal multimédia : Forfait tous services* / jour calendaire.....15€
  * Télévision [Canal+, Canal+ Sport & TNT], téléphone, wifi, internet, jeux, radio, journaux, livres audio
- ☐ Terminal multimédia : Forfait Télévision* / jour calendaire.....9€
  * Canal+, Canal+ Sport & TNT, radio, jeux
- ☐ Terminal multimédia : Forfait téléphone-wifi / jour calendaire.....8€
- ☐ Lit accompagnant* / nuit.....30€
  * Réservé aux patients mineurs ou âgés de +75 ans
- ☐ Trousse de toilette à usage unique* ..... 7€
  * Savon, gel cheveux et corps, serviettes, kit dentaire

Pour information : Parking, 1ère heure gratuite, puis 0.50€ par 1/4h - 20€ max / jour

* Petit-déjeuner PRESTIGE :

- 1 petit pain + 1 brioche
- 1 pot de confiture "Bonne maman"
- 1 portion de beurre
- 1 boisson chaude dont café ou thé ou cacao
- 1 yaourt bio au lait entier
- 1 jus d'orange en bouteille individuelle

* Petit-déjeuner STANDARD :

- 1 petit pain OU biscottes
- 1 pot de confiture
- 1 portion de beurre
- 1 boisson chaude dont café ou thé ou cacao

* Dîner PRESTIGE :

Les choix peuvent varier en fonction des restrictions sanitaires.

2 entrées au choix :
- Tartare de noix de Saint-Jacques sur crème verte de petit pois au léger parfum de menthe
- **Ou** Gaspacho tomates huile de basilic en été et velouté de potiron en hiver

2 plats au choix :
- Suprême de pintade sauce onctueuse au foie gras, et son gratin dauphinois
- **Ou** Dos de cabillaud, Saint-Jacques et écrevisses, julienne de courgettes et sauce au Porto blanc accompagné de son riz et de ses légumes, parfumé à l'huile de sésame grillé

2 desserts au choix :
- Fondant au chocolat
- **Ou** Tartelette à l'abricot façon tatin

2 petits pains compris.

Je soussigné(e) ..... déclare avoir pris connaissance des tarifs des prestations complémentaires pour exigence particulière du patient appliqués au sein de l'établissement pour mon séjour prévu le ..... à ma charge et/ou celle de ma mutuelle, et reconnais avoir choisi les prestations sélectionnées ci-dessus.

Participations liées à votre hospitalisation :

Je déclare être informé(e) :
- du paiement du forfait hospitalier de 20€/jour y compris le jour de sortie sauf en cas de prise en charge par la mutuelle ou de dérogations prévues par la loi ;
- du paiement de la Participation Assuré Transitoire (PAT) forfaitaire de 24€/séjour sauf en cas de prise en charge par la mutuelle ou de dérogations prévues par la loi ;
- du paiement des prestations complémentaires choisies ci-dessus.

Aucun autre frais que ceux correspondant à des prestations de soins rendues ou, le cas échéant, à des exigences particulières (prestations accompagnant et de confort) que vous auriez sollicitées ne peut vous être facturé. Le montant de ces exigences particulières, dont la liste est strictement définie par la règlementation et comprend notamment l'accès à une chambre particulière, doit vous être communiqué avant la réalisation de la prestation de soins.

Je m'engage à régler la totalité des frais susmentionnés à ma charge le jour de ma sortie de l'établissement.

Fait à ..... Le : .....

En qualité de : ☐ patient
☐ autre .....

Signature