



VOTRE SÉJOUR À LA CLINIQUE MONT-LOUIS EN HOSPITALISATION COMPLÈTE (Tarifs au 1^{er} juillet 2020)

CONTACT
Tél : 5949
Mail : prestations@clinique-mont-louis.fr

La prise en charge à la clinique Mont-Louis se fait sur la base d'une chambre double. Pour plus de confort, nous vous proposons des prestations hôtelières et restauration complémentaires.

SÉLECTIONNEZ L'OFFRE HÔTELIÈRE DONT VOUS SOUHAITEZ BÉNÉFICIER

(merci de cocher la case correspondante)

			TARIF
<input type="checkbox"/>	 Ambre	<input type="checkbox"/> Connexion wifi 5 € pour 24h <input type="checkbox"/> Télévision 6 € pour 24h <input type="checkbox"/> Ouverture ligne téléphonique 5,35 €	0 €
<input type="checkbox"/>	 Agate	<ul style="list-style-type: none"> Chambre particulière AGATE, douche individuelle, coffre fort au bureau des admissions Télévision, connexion wifi, téléphone (hors consommation) 	150 € par Jour <i>Nuit non comprise</i>
<input type="checkbox"/>	 Opale	<ul style="list-style-type: none"> Chambre particulière OPALE, douche individuelle, toilettes et vasque individuels, coffre fort en chambre Petit-déjeuner continental, repas prestige, goûter prestige, pack drap et serviette de toilette, peignoir, chaussons, trousse de toilette OPALE Télévision, connexion wifi, téléphone (hors consommation) 	220 € par jour <i>Nuit non comprise</i>
<input type="checkbox"/>	 Topaze	<ul style="list-style-type: none"> Chambre particulière TOPAZE, douche individuelle, toilettes et vasque individuels, coffre fort en chambre, coin salon/ accompagnant, pack drap et serviette de toilette, peignoir, chaussons, trousse de toilette TOPAZE Petit-déjeuner continental, repas prestige, goûter prestige, pack repas accompagnant prestige Télévision, connexion wifi, téléphone (hors consommation) 	300 € par jour <i>Nuit non comprise</i>

SÉLECTIONNEZ LA OU LES PRESTATION(S) COMPLÉMENTAIRE(S) DONT VOUS SOUHAITEZ BÉNÉFICIER

(merci de cocher la case correspondante)

REPAS chambres AMBRE et AGATE	<input type="checkbox"/> Petit-déjeuner continental 4 € Quantité :	<input type="checkbox"/> Repas prestige 25 € Quantité :	<input type="checkbox"/> Pack classique accompagnant (petit-déjeuner, repas) 15 € Quantité :	<input type="checkbox"/> Repas cascher ou hallal 15 € Quantité :
	<input type="checkbox"/> Repas classique 12 € Quantité :	<input type="checkbox"/> Goûter prestige 5 € Quantité :	<input type="checkbox"/> Pack prestige (petit-déjeuner, goûter, repas) 30 € Quantité :	
Avez-vous des allergies alimentaires :				
CONFORT CHAMBRE	<input type="checkbox"/> Trousse de toilette OPALE 8 €	<input type="checkbox"/> Trousse de toilette TOPAZE 12 €	<input type="checkbox"/> Pack toilette (drap de bain et serviette de toilette) 5 €	
	<input type="checkbox"/> Peignoir et chaussons 8 €	<input type="checkbox"/> Coffre fort au bureau des admissions 4 €		

FORFAIT CENTRE DU SOMMEIL (hospitalisation une nuit) : 180 €

- Chambre particulière
- Repas prestige
- Petit-déjeuner continental
- Chaussons
- Télévision / Wifi

Tout choix coché fait acte d'acceptation. Votre demande sera satisfaite en fonction de nos disponibilités. Le choix de chambre s'applique pour la durée complète du séjour, toute modification doit être formalisée en remplissant une nouvelle demande de suppléments à l'accueil. Nous vous remercions de votre compréhension et ferons le maximum pour vous donner satisfaction dans les meilleurs délais.

NOTES ET COMMENTAIRES

FORFAIT JOURNALIER Le forfait journalier de 20 € est une participation forfaitaire que doit régler l'assuré dans le cadre de son hospitalisation supérieure à 24 heures. Son montant comprend les frais d'hébergement et d'entretien inhérents au séjour hospitalier.	20 € par jour
PARTICIPATION FORFAITAIRE DE L'ASSURÉ(E) sur un acte supérieur ou égal à 120 €	24 € par séjour

Pour les séjours en hospitalisation, un chèque de caution de vous sera demandé le jour de votre pré-admission et sera restitué à votre départ sur présentation de l'original du reçu (en cas de paiement en espèces) lorsque vous solderez votre compte. Cette caution sera encaissée en cas de non-paiement de la facture le jour de votre sortie.

Je soussigné(e)

certifie avoir pris connaissance des conditions de facturation et des suppléments de frais de séjour que je devrai régler à la sortie.

Nom du chirurgien :

Date d'admission :

Date :

Signature * :
(précédée de la mention « Lu et approuvé »)

**Si autre que le patient, merci de préciser NOM Prénom et lien de parenté*

NB : Pour les prises en charge en chirurgie esthétique, le règlement s'effectue uniquement en carte bleue ou espèces. Les chèques ne sont pas acceptés.