

# Votre séjour à la Clinique Croix Saint-Michel

## Services hôteliers - AMBULATOIRE

Je soussigné(e) ..... déclare avoir pris connaissance du contenu et des tarifs des prestations pour exigence particulière du patient proposés au sein de l'établissement, à ma charge et/ou à celle de mon organisme complémentaire d'assurance maladie, et reconnais avoir choisi les prestations hôtelières souhaitées.

	FORFAIT AMBU *	CHAMBRE PARTICULIERE AMBU *
Chambre climatisée, calme et intime		✓
Plateau gourmand agrémenté de 5 composants		✓
Télévision / WIFI	✓	✓
Coffre-fort disponible dans le service	✓	✓
Parking gratuit (visiteurs y compris)	✓	✓
Ma trousse Ambu adulte ** <i>(3 produits cosmétiques, 1 set dentaire et 1 flacon de solution hydro-alcoolique)</i>	✓	✓
Ma trousse Ambu junior ** <i>(1 set dentaire, 1 sablier)</i>		
Tarifs / Séjour ***	30 €	60 €
Votre choix****	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Votre demande sera satisfaite en fonction de nos disponibilités.

\*\* Ces contenus peuvent varier en fonction des contraintes d'approvisionnement de nos fournisseurs.

\*\*\* Les tarifs s'entendent TTC. Tarifs en vigueur à partir du 01/05/2022.

\*\*\*\* A défaut de choix, une collation simple de réalimentation (agrémenté de 3 composants), vous sera servie.

La CMU ne prend pas en charge les prestations ci-dessus.

### PARTICIPATIONS LIEES A VOTRE HOSPITALISATION

Montant à régler lors de votre sortie suivant la réglementation et les tarifs en vigueur.

Participation aux frais d'hospitalisation fixé par arrêté ministériel Dans certains cas uniquement, pour les actes médicaux supérieurs ou égaux à 120 €.	24 €/séjour
---	-------------

Fait à ..... , le .....

Signature du patient ou du représentant légal