

L'EXCELLENCE DES SOINS,
l'hospitalité en plus

PASSEPORT ADULTE



CLINIQUE 
SAINT JEAN DE DIEU

► POUR LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

Dossier médical :

- Fiche n° 1 complétée
- Dossier médical
- Examens réalisés et ordonnances si traitement quotidien

Dossier administratif :

- Carte d'identité ou passeport ou carte de séjour valide
- Carte vitale ou attestation de droits ouverts à l'Assurance Maladie
- Carte de mutuelle (hospitalisation complète)
- Justificatif d'une exonération : ALD, CSS/PUMA, AME, accident de travail...
- Pour les mineurs : **fiche n° 3** signée recto verso des **2 titulaires de l'autorité parentale** + livret de famille ou acte de naissance complet + pièces d'identité des 2 titulaires de l'autorité parentale
- Pour les majeurs sous tutelle : **fiche n°3** signée recto verso par le tuteur + pièce d'identité du tuteur, coordonnées et jugement
- Contactez au plus tôt votre mutuelle pour connaître les modalités de remboursement des honoraires et frais clinique
- Fiche n° 5** : préremplir en fonction de vos souhaits de prestations confort. Le devis vous sera expliqué lors de votre inscription

Ici, le **livret d'information** complet !



ATTENTION ! SANS CES DOCUMENTS VOTRE HOSPITALISATION SERA REPORTÉE.

Si un document manque veuillez l'envoyer par mail au plus vite avant votre entrée :

Séjour en ambulatoire : admissionsambu@clinique-stjeandedieu.com

Séjour en hospitalisation complète : admissions@clinique-stjeandedieu.com

► POUR LE JOUR DE VOTRE ENTRÉE

Préparation médicale :

- Prendre une douche la veille au soir et le jour J
- Respecter les consignes de jeûne
- Dépilation si nécessaire

Dossier médical à présenter :

- Fiche n° 2** ou **3** complétée recto verso
- Fiche n° 4** complétée
- Dossier médical et résultats d'examens (radiologique, biologique...)
- Ordonnances et médicaments avec les boîtes si traitement quotidien

Affaires à apporter :

- Si prescrit : attelles, chaussures orthopédiques, béquilles, panties
- Tenir compte de l'intervention prévue : tenue et sous-vêtements confortables et faciles à enfiler, chaussons, soutien-gorge sans armature pour une intervention du sein.

En hospitalisation complète, votre valise :

- Vêtements de nuit & chaussons
- Serviettes & gants de toilette
- Savon & shampoing
- Brosse à cheveux
- Brosse à dents & dentifrice
- Rasoir électrique

INFOS PRATIQUES

Dépôt d'argent et de valeurs

- Évitez de vous munir de biens précieux ;
- Déposez-les dans le coffre de sécurité individuel de votre chambre.

La Clinique ne pourra en aucun cas être tenue responsable des valeurs, bijoux et argent que vous conservez avec vous.

Pour limiter le risque d'infection :

- les enfants de - de 15 ans ne peuvent pas rendre visite aux patients dans les services de soins (arrêté préfectoral)
- les plantes et fleurs sont interdites

Visites en ambulatoire*

1 personne (en chambre partagée, elle devra vous attendre à la cafétéria)

Visites en hospitalisation complète*

Visites en journée de 13H à 21H :

- Chambre seule : 2 personnes maximum en même temps
- Chambre double : 1 seule personne

***Sauf restrictions liées à la pandémie (cf site internet)**

CONTACTS

Site Internet :

www.clinique-stjeandedieu.com

▶ **Prendre RDV avec un médecin ?**

Sur notre site Internet ou par e-mail :
consultation@clinique-stjeandedieu.com

▶ **Des questions sur vos soins, votre état de santé ?**

Standard : 01 40 61 11 00 : 24 h/24 h – 7 j/7

▶ **L'organisation de votre retour à domicile ou en soins de suite ?**

Assistante sociale :
assistantesociale@clinique-stjeandedieu.com
07 64 00 74 06 : 9h/17h - lundi, mercredi, jeudi

▶ **Votre dossier administratif ou vos frais de clinique avant votre séjour ?**

Ambulatoire : 01 40 61 46 38
Hospitalisation complète : 01 40 61 11 39

▶ **La facturation de la clinique ?**

Service facturation :
facturation.patients@clinique-stjeandedieu.com
01 40 61 11 01 : 14 h/16 h du lundi au vendredi

▶ **La facturation des médecins ?**

Contactez leur secrétariat

L'EXCELLENCE DES SOINS, *l'hospitalité en plus*



CERTIFIÉE AVEC MENTION
Haute Qualité des soins
par la Haute Autorité de Santé

CLASSÉE A **ENQUÊTE NATIONALE E-SATIS**



Score attribué par les patient(e)s
hospitalisé(e)s depuis 2018

MIEUX NOUS CONNAÎTRE

www.clinique-stjeandedieu.com



SUIVRE NOS ACTUALITÉS

   #CLINIQUESAINTJEANDEDIEU

Clinique Saint Jean de Dieu

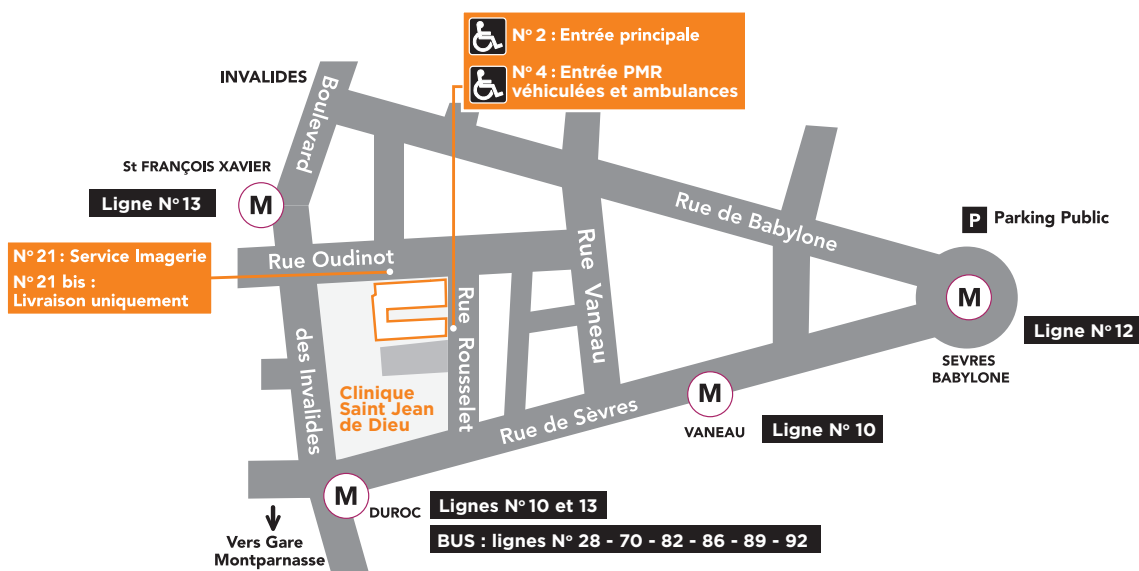
2 rue Rousselet – Paris 7^e

- ▶ **Prise de RDV :**
www.clinique-stjeandedieu.com
- ▶ **Standard :** 01 40 61 11 00
- ▶ **Consultations :** 01 40 61 11 22
- ▶ **Chimiothérapie :** 01 40 61 46 70

Centre d'imagerie Oudinot

21 rue Oudinot – Paris 7^e

- ▶ **Prise de RDV :**
www.doctolib.fr (Oudinot)
www.mammo.fr
- ▶ **Radiologie – Mammographie – Échographie – EOS :**
01 40 59 08 08
- ▶ **IRM :** 01 40 59 94 94
- ▶ **Scanner :** 01 40 33 15 15



QUESTIONNAIRE PRÉ-ANESTHÉSIQUE

À apporter pour votre consultation d'anesthésie

À REMPLIR

Nom de naissance : Nom usuel :
 Prénom : Date de naissance :
 Profession (même retraité(e)) : Poids : Taille :
 Chirurgien : Dr Anesthésiste - réanimateur : Dr
 Nature de l'intervention :
 Côté à opérer : Intervention prévue le :
 Médecin traitant : Dr

Avez-vous déjà eu des interventions ou des examens sous anesthésie (générale, péridurale ou locorégionale : membre ou partie d'un membre) ? OUI NON

Pour quelle(s) intervention(s) ? (Indiquer la date pour chaque intervention)

Vous a-t-on signalé une **complication** à l'occasion de celle(s)-ci ? OUI NON

Y a-t-il eu des **problèmes d'anesthésie** dans votre famille (père, mère, sœur, frère, enfant) ? OUI NON

Avez-vous fait des **allergies** (médicaments, latex), de l'**urticaire**, de l'**eczéma**, un **rhume** des foins ? OUI NON

Avez-vous un traitement pour l'**hypertension artérielle** ? OUI NON

Avez-vous de l'**angine de poitrine** ou fait un **infarctus** ? OUI NON

Avez-vous d'autres **maladies cardiaques** (arythmie, insuffisance cardiaque, pacemaker...) ? OUI NON

Avez-vous déjà eu une **phlébite** ou une **embolie pulmonaire** ? OUI NON

Avez-vous déjà eu un **ulcère** à l'estomac ou au **duodénum** ? OUI NON

Avez-vous du **diabète** ? OUI NON

Avez-vous consulté un médecin ou reçu un traitement pour un **saignement prolongé/inhabituel** (saignement de nez, petite coupure, extraction dentaire...) ? OUI NON

À REMPLIR

Avez-vous entendu parler d'**hémophilie** ou de **maladie de la coagulation** dans votre famille ? OUI NON

Avez-vous déjà reçu des **transfusions de sang** ? OUI NON

Avez-vous fait une **hépatite virale** ou une **autre maladie infectieuse grave** ? OUI NON

Êtes-vous **épileptique** ou avez-vous déjà fait un **accident neurologique** ? OUI NON

Avez-vous un **glaucome** (hypertension dans l'œil) ? OUI NON

Avez-vous de l'**asthme**, de la **bronchite chronique** ou un **autre problème respiratoire** ? OUI NON

Avez-vous des **problèmes urinaires** (calculs, infections...) ou de **prostate** ? OUI NON

Avez-vous entendu parler d'une des maladies suivantes dans votre famille :
myopathie - myasthénie - porphyrie - hyperthermie maligne ? OUI NON

Avez-vous un **appareil dentaire**, un **bridge**, une (des) dent(s) sur **pivot**, des **implants** dentaires ? OUI NON

(Complétez les informations concernant les dents au verso de cette fiche)
 Avez-vous d'**autres maladies** à nous signaler ? OUI NON

Quelle est votre **consommation journalière** de : • Tabac :
 • Alcool :
 • Autres drogues :

Grossesse ou retard de règles ? OUI NON

Signalez-le au chirurgien et/ou à l'anesthésiste-réanimateur en vue d'une éventuelle exposition aux rayonnements X (si votre état de santé le nécessite).

QUESTIONNAIRE PRÉ-ANESTHÉSIQUE

À REMPLIR

Notez **TOUS** les médicaments que vous prenez, ainsi que les doses :

.....

.....

.....

.....

.....

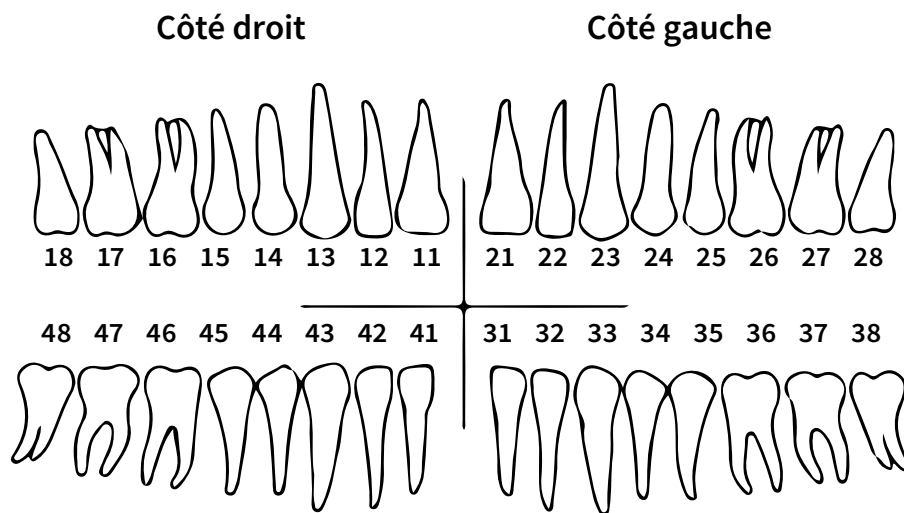
.....

.....

.....

Pour prévenir le risque de bris dentaire, veuillez signaler sur le schéma suivant :

- vos dents abîmées
- vos dents cassées
- vos appareils dentaires
- vos implants dentaires
- vos facettes



ATTENTION !

Pensez à apporter votre dernière ordonnance et les éventuels examens réalisés récemment (cardiologiques, pneumologiques, biologiques...). Tout médicament non signalé à l'anesthésiste-réanimateur ne pourra être délivré durant votre hospitalisation (somnifère, antalgique, antimigraineux, collyre, laxatif...).

Le : Signature :



À REMPLIR

À apporter le jour de votre entrée

Je soussigné(e),

Nom de naissance : Nom usuel :

Prénom : Date de naissance :

Nature de l'intervention chirurgicale :

Type d'anesthésie : Générale Locorégionale

Chirurgien : Dr Anesthésiste - réanimateur : Dr.....

Consentement éclairé préalable à l'examen ou l'intervention chirurgicale

Atteste avoir été informé(e) clairement (par oral et/ou par écrit) :

- De la nature de l'intervention ou de l'examen prévu, et la(les) technique(s) choisie(s)
- Des soins et des traitements péri-opératoires
- Des bénéfices et des risques du projet thérapeutique
- Du risque de survenue de complications, même exceptionnelles
- De la possibilité d'être exposé(e) aux rayonnements X si mon état de santé le nécessite

Certifie qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées et estime avoir été suffisamment informé(e). Donne mon consentement pour l'intervention prévue, les soins et les traitements qui seront dispensés pendant la durée du séjour. Accepte également les modifications de la méthode qui pourraient se révéler nécessaires pendant l'intervention.



Le : Signature :

Consentement éclairé préalable à l'acte anesthésique

Atteste avoir lu l'information médicale sur l'anesthésie (SFAR) consultable dans le passeport adulte et certifie avoir été informé(e) clairement (par oral et/ou par écrit) :

- De l'anesthésie prévue (méthode, avantages, risques, complications possibles) et des instructions pré-opératoires
- Des différentes techniques d'anesthésie et d'analgésie post-opératoire disponibles

Certifie qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées et estime avoir été suffisamment informé(e). Donne mon consentement pour l'anesthésie prévue. Accepte également les modifications de la méthode qui pourraient se révéler nécessaires pendant l'intervention. Mon accord concerne aussi la transfusion de sang ou de dérivés sanguins jugée indispensable par le médecin, ainsi que la pratique des tests de dépistage VIH et virus des hépatites B et C si nécessaire.



Le : Signature :

Intervention en ambulatoire

- Atteste avoir été informé(e) des consignes spécifiques
- Sera accompagné(e) pour la sortie et la nuit suivant l'intervention par : M. / Mme
- Prends acte du fait que les infirmiers(ères) pourront me téléphoner le lendemain de ma prise en charge pour prendre de mes nouvelles



Le : Signature :

Information sur les honoraires

Certifie avoir été informé(e) clairement par écrit des honoraires et éventuels compléments d'honoraires des praticiens.



Le : Signature :

Majeurs sous tutelle (le cas échéant)

Coordonnées tuteur/trice :

Nom : Prénom :

Adresse : Téléphone :

Je soussigné(e), agissant en qualité de tuteur(trice) du patient identifié en haut de cette fiche, donne mon consentement pour l'intervention prévue, les soins et les traitements qui seront dispensés pendant la durée du séjour. J'accepte également les modifications de la méthode qui pourraient se révéler nécessaires pendant l'intervention. Je donne mon consentement à l'anesthésie, à une transfusion de sang ou de dérivés sanguins jugée indispensable par le médecin, ainsi que la pratique des tests de dépistage VIH et virus des hépatites B et C si nécessaire.



Le : Signature :



FICHE D'ADMISSION DES MAJEURS

Personne à prévenir

Son rôle ?

C'est une personne qui peut être contactée par l'équipe médicale et soignante en cas d'événement(s) particulier(s) au cours de votre séjour, d'ordre organisationnel ou administratif (transfert vers un autre établissement de santé, fin du séjour et sortie de l'établissement...). Elle n'a pas accès aux informations médicales vous concernant et ne participe pas aux décisions médicales.

À REMPLIR

Je souhaite désigner :

Nom de naissance : Nom usuel : : Prénom :

Date de naissance : Téléphone :

Adresse :

Cette personne, légalement capable, est : Un proche Un parent Mon médecin traitant

Personne de confiance

Son rôle ?

C'est une personne qui peut avoir un rôle majeur dans les décisions médicales vous concernant dans le cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté. Elle sera consultée et recevra les informations nécessaires à cette fin. Cette personne n'a pas accès à votre dossier médical, seulement sur procuration de votre part. Elle n'est pas obligatoire mais cela est recommandé notamment lorsque l'équipe médicale est amenée à prendre des décisions importantes concernant votre état : choix d'une prise en charge particulière, limitations ou arrêts des traitements curatifs, application des directives anticipées... L'avis de la personne de confiance doit refléter votre volonté et non la sienne. C'est pourquoi ce choix est important.

À REMPLIR

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance. Toutefois, pendant votre séjour, vous pourrez en désigner une en remplissant cette fiche disponible auprès des infirmiers(ères).

Je souhaite désigner une personne de confiance et je m'engage à l'informer qu'elle le sera pour toute la durée de mon hospitalisation* et que son identité et ses coordonnées figureront dans mon dossier médical :

Nom de naissance : Nom usuel : : Prénom :

Date de naissance : Téléphone :

Adresse :

* Je peux modifier cette désignation à tout moment en remplissant la fiche de révocation disponible auprès des infirmiers(ères).

Directives anticipées

Si vous êtes majeur(e) vous pouvez indiquer vos souhaits concernant les conditions de la limitation ou arrêt de traitement(s) en cours, et les conditions de la conservation de ces données. Vos directives ne sont prises en compte que lorsque vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté. Leur durée de validité est de 3 ans, renouvelable par décision signée. La modification ou révocation sont possibles à tout moment. **Si vous souhaitez rédiger vos directives anticipées, retirez le formulaire auprès des infirmiers(ères).**



Le : Signature :



À signer recto-verso par les deux titulaires de l'autorité parentale* et à apporter, au plus tard, le jour de l'entrée



ATTENTION !

Si vous ne pouvez pas fournir les documents demandés, l'intervention sera reportée.

N'oubliez pas :

- le livret de famille ou acte de naissance complet
- les cartes d'identité des **deux titulaires** de l'autorité parentale (ou passeports ou cartes de séjour) ou le cas échéant, la décision judiciaire concernant la détention de l'autorité parentale
- les effets personnels de l'enfant : doudou propre, jeux, livres, biberons particuliers, laits particuliers, couches...

À REMPLIR

AUTORISATION D'OPÉRER

Nom et prénom du patient : Date de naissance :

Sexe : Féminin Masculin

Nature de l'intervention chirurgicale :

..... Le :

Je soussigné(e), certifie être le représentant légal du patient désigné ci-dessus et donne l'autorisation de l'opérer et de l'anesthésier.

À REMPLIR

ACCOMPAGNEMENT À L'ENTRÉE

Je certifie être le représentant légal du patient désigné ci-dessus et :

- m'engage à ce que l'un d'entre nous accompagne l'enfant pour son entrée ;**
- autorise M./Mme..... à l'accompagner le jour de son entrée.**

Cette personne devra **impérativement présenter sa pièce d'identité** lors de l'accueil de l'enfant.

À REMPLIR

ACCOMPAGNEMENT À LA SORTIE

Je certifie être le représentant légal du patient désigné ci-dessus et :

- m'engage à ce que l'un d'entre nous accompagne l'enfant pour sa sortie ;**
- autorise M./Mme..... à l'accompagner le jour de sa sortie.**

Cette personne devra **impérativement présenter sa pièce d'identité** lors de la sortie de l'enfant.

PÈRE

Nom :

Prénom :

Le :

Signature :

MÈRE

Nom :

Prénom :

Le :

Signature :

TUTEUR

Nom :

Prénom :

Le :

Signature :

*« Admission d'un mineur dans un établissement de santé », ministère de la Santé et des Sports, 15/09/2009



FICHE D'ADMISSION DES MINEURS (12-18 ans)

À REMPLIR

Nom et prénom du patient : Date de naissance :

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ PRÉALABLE À L'EXAMEN OU L'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je soussigné(e), certifie être représentant légal du patient désigné ci-dessus et certifie :

- avoir été informé(e) clairement (par oral et par écrit) de la nature de l'intervention ou de l'examen, de la (des) technique(s) choisie(s), des soins et des traitements péri-opératoires, des bénéfices et des risques du projet thérapeutique, du risque de survenue de complications même exceptionnelles;
- qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées et estime avoir été suffisamment informé(e);
- donner mon consentement pour l'intervention prévue pour le patient désigné ci-dessus, les soins et les traitements qui seront dispensés pendant la durée du séjour;
- accepter également les modifications de la méthode qui pourraient se révéler nécessaires pendant l'intervention;
- accepter la possibilité que le patient désigné ci-dessus soit exposé(e) au rayonnement X si son état de santé le nécessite.

PÈRE

Nom :

Prénom :

Le :

Signature :

MÈRE

Nom :

Prénom :

Le :

Signature :

TUTEUR

Nom :

Prénom :

Le :

Signature :



Signature du **PATIENT** :

À REMPLIR

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ PRÉALABLE À L'ACTE ANESTHÉSIQUE

Je soussigné(e), certifie être représentant légal du patient désigné ci-dessus et certifie :

- avoir été informé(e) clairement (par oral et par écrit) de l'anesthésie prévue (méthode, avantages, risques, complications possibles) et des instructions préopératoires. Les différentes techniques d'anesthésie et d'analgésie post-opératoire disponibles m'ont été expliquée et j'atteste avoir lu l'information médicale sur l'anesthésie (SFAR) consultable dans le passeport adulte ;
- qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées et estime avoir été suffisamment informé(e);
- donner mon consentement pour l'anesthésie prévue pour le patient désigné ci-dessus;
- accepter également les modifications de la méthode qui pourraient se révéler nécessaires pendant l'intervention, la transfusion de sang ou de dérivés sanguins, jugées indispensables par le médecin ainsi que la pratique des tests de dépistage VIH et virus des hépatites B et C si nécessaire.

PÈRE

Nom :

Prénom :

Le :

Signature :

MÈRE

Nom :

Prénom :

Le :

Signature :

TUTEUR

Nom :

Prénom :

Le :

Signature :



Signature du **PATIENT** :

INFORMATION SUR LES HONORAIRES

Certifie avoir été informé(e) clairement par écrit des honoraires et éventuels compléments d'honoraires des praticiens.



Le : Signature :

PROGRAMME PERSONNALISÉ DE SOINS (PPS)

Le programme personnalisé de soins **est un outil d'échange entre vous et les soignants** pour nous assurer que :

- ▶ vous avez **reçu les informations** sur l'intervention, les soins prévus, l'organisation de votre retour à domicile;
- ▶ ce programme de soins correspond à **vos attentes** et que **vous y adhérez**.



À SAVOIR

Avant votre entrée, si vous souhaitez un temps d'échange pour faire un point sur votre état de santé, l'organisation de votre séjour et de votre sortie, appelez au 01 40 61 11 00 pour prendre RDV avec un(e) infirmier(ère). Si vos questions peuvent être abordées pendant votre séjour, notez-les sur ce document que vous présenterez aux infirmiers(ères) à votre arrivée.

À REMPLIR

I. Pouvez-vous reformuler les étapes de votre prise en charge, discutées avec les médecins ?

(Intervention - Comment va se passer le retour à domicile...)

.....

.....

.....

.....

II. Reste-t-il des points à éclaircir ou à signaler à un(e) soignant(e) lors de votre entrée ?

(Intervention - Étapes de votre prise en charge médicale - Comment va se passer le retour à domicile...)

.....

.....

PARTIE RÉSERVÉE AUX SOIGNANTS

En cancérologie, quels sont les soins de support proposés ?

- Psychologue
 Diététicienne nutritionniste
 Consultation douleur
 Réseaux de santé
 Assistante sociale
 Association de patients
 Ateliers support cancérologie
 Autre :

.....

.....

.....



Signature du patient :

Signature du médecin :

FRAIS CLINIQUE ET PRESTATIONS CONFORT 1/2

AMBULATOIRE : votre reste à charge

Le reste à charge étant limité, nous ne prenons pas les accords de prise en charge mutuelle. Vous devrez donc régler ces frais (éventuellement remboursables par votre mutuelle) :

Forfait ambulatoire clinique _____ 30,00 €

Cas n° 1 : tarif conventionnel de base sécurité acte chirurgien + anesthésiste ≥ 120,00 €

Franchise médicale _____ 24,00 €

La prise en charge des soins par l'assurance maladie est de 100 % moins la franchise médicale.

ou

Cas n° 2 : tarif conventionnel de base sécurité acte chirurgien + anesthésiste < 120,00 €

Ticket modérateur _____ 20 % du séjour et de tous les actes

Dans ce cas la prise en charge des soins par l'assurance maladie est de 80 %.

EN OPTION Les prestations confort

Chambre particulière* (collation gourmande incluse) _____ 60,00 €

Collation gourmande** _____ 10,00 €

* La chambre particulière vous sera attribuée sous réserve de disponibilité le jour de votre entrée. Il n'est pas possible de réserver une vue sur le jardin.

** Ces prestations vous seront servies avec l'accord de votre médecin.

Découvrir nos prestations confort :



À REMPLIR

Je soussigné(e) : _____ ;

- reconnais avoir pris connaissance de ce devis ;

- m'engage à régler les frais résultants des suppléments non pris en charge par l'assurance maladie.

Participez à l'évaluation nationale de satisfaction e-Satis

J'autorise la transmission de mon e-mail au tiers délégué par la Direction générale de la santé chargé de l'enquête nationale e-Satis afin que je puisse donner mon avis sur ma prise en charge.

Oui Non



Le : _____ Signature :

FRAIS CLINIQUE ET PRESTATIONS CONFORT 2/2

HOSPITALISATION COMPLÈTE : votre reste à charge

Sur présentation de votre carte mutuelle, nous demanderons un accord de prise en charge. Cet accord doit nous parvenir au plus tard avant le jour de votre sortie. Vous ne réglerez alors que le montant restant à votre charge, calculé en fonction de l'accord de la prise en charge mutuelle.

À REMPLIR

Forfait journalier _____ **20,00 € / jour (dont j. de sortie)**

Cas n° 1 : tarif conventionnel de base sécurité acte chirurgien + anesthésiste **≥ 120,00 €**

Franchise médicale _____ **24,00 €**

La prise en charge des soins par l'assurance maladie est de 100 % moins la franchise médicale.

ou

Cas n° 2 : tarif conventionnel de base sécurité acte chirurgien + anesthésiste **< 120,00 €**

Ticket modérateur _____ **20 % du séjour et de tous les actes**

Dans ce cas la prise en charge des soins par l'assurance maladie est de 80 %.

EN OPTION Les prestations confort

LES CHAMBRES PARTICULIÈRES

Chambre particulière classique* _____ **210,00 € / jour (dont j. de sortie)**

Chambre particulière suite* _____ **300,00 € / jour (dont j. de sortie)**

LES ACCOMPAGNANTS EN CHAMBRE PARTICULIÈRE

Lit accompagnant (petit-déjeuner inclus) _____ **65,00 € / jour**

Lit accompagnant pour un enfant de -2 ans (petit-déjeuner inclus) _____ **Pas de supplément**

Repas accompagnant _____ **12,00 € / repas**

LES CHAMBRES DOUBLES

Chambre double _____ **Pas de supplément**

Forfait confort (TV - Tél - WIFI illimité - petit-déjeuner gourmand**) _____ **35,00 € / jour**

Télévision _____ **8,00 € / jour**

Téléphone (ouverture de ligne) _____ **5,00 €**

WIFI (6 heures) _____ **12,00 €**

Nécessaire de toilette _____ **10,00 €**

(gel douche, shampoing, savonnette, brosse à dent, dentifrice et peigne)

LES ACCOMPAGNANTS EN CHAMBRE DOUBLE

Fauteuil accompagnant pour un enfant de ≤12 ans _____ **Pas de supplément**

Petit-déjeuner accompagnant _____ **10,00 €**

* La chambre particulière vous sera attribuée sous réserve de disponibilité le jour de votre entrée. Il n'est pas possible de réserver une vue sur le jardin.

Elle sera facturée à la journée y compris le jour de la sortie.

** Ces prestations vous seront servies avec l'accord de votre médecin.

Découvrez nos prestations confort :



À REMPLIR

Je soussigné(e) : ;

- reconnais avoir pris connaissance de ce devis ;

- m'engage à régler les frais résultants des suppléments non pris en charge par l'assurance maladie.

Participez à l'évaluation nationale de satisfaction e-Satis

J'autorise la transmission de mon e-mail au tiers délégué par la Direction générale de la santé chargé de l'enquête nationale e-Satis afin que je puisse donner mon avis sur ma prise en charge.

Oui Non



Le : Signature :