

NOM: _____

Prénom: _____



MA CHAMBRE SOLO

Tarification Hôtelière Hospitalisation

	SOLO PLUS	SOLO CONFORT	SOLO GRAND CONFORT
Chambre privée	●	●	●
Intimité des visites	●	●	●
Télévision	●	●	●
Petit-déjeuner Plaisir ⁽¹⁾	●	●	●
Wi-Fi haut débit en illimité	●	●	●
Téléphone	●	●	●
Mes Menus de Chef ⁽¹⁾ servis en chambre		●	●
Un Menu de chef pour votre accompagnant (au choix midi ou soir)		●	●
Lit et petit déjeuner accompagnant		●	●
Trousse de toilette bien être		●	●
Linge de toilette et peignoir à disposition		●	●
Journal quotidien ou magazine pendant mon séjour		●	●
Parking offert pendant le séjour ⁽²⁾		●	●
Chambre spacieuse et confortablement meublée			●
Une collation dans l'après midi ⁽¹⁾			●
Panier gourmand			●

SOLO PLUS

☐ MCO : 130€ par jour

☐ SSR : 110€ par jour

SOLO CONFORT

☐ MCO : 200€ par jour

☐ SSR : 165€ par jour

SOLO GRAND CONFORT

☐ MCO : 280€ par jour

☐ SSR : 215€ par jour

CHAMBRE PARTAGÉE

Sans service

☐ 0€

TV/TEL/WIFI

☐ 25€/JOUR

Petit-déjeuner Plaisir au choix :

- ☐ Petit-déjeuner Continental
- ☐ Petit-déjeuner Vitalité
- ☐ Petit-déjeuner British
- ☐ Petit-déjeuner Diabétique

Les COMPLÉMENTS

- Repas accompagnant ☐ 20€
- Nuit+Petit-déjeuner Plaisir accompagnant ☐ 60€
- (Pour les enfants de moins de 12 ans, la nuit et le petit-déjeuner sont offerts à l'accompagnant)

MERCI DE COCHER LES COMPLÉMENTS SOUHAITÉS

(1) Prestation soumise à validation du personnel soignant.

(2) Prestation limitée à une place et sous réserve de disponibilité.

FORFAIT JOURNALIER 20€/JOUR

FORFAIT SUR ACTE SUPÉRIEUR OU ÉGAL À 120 EUROS__24€/SÉJOUR

La chambre est facturée du jour de l'entrée au jour de la sortie inclus.

Je soussigné(e) : _____

Avoir pris connaissance des tarifs hôteliers et m'engage à régler les frais de séjour à la sortie de mon hospitalisation.

Date : ____/____/____

Signature (lu et approuvé)

Il vous appartient de vous rapprocher de votre complémentaire santé pour connaître le remboursement éventuel des frais de séjour.