



MA CHAMBRE SOLO

Tarifification Hôtelière Hospitalisation

	SOLO CLASSIC	SOLO CONFORT	SOLO GRAND CONFORT
Chambre privée ⁽¹⁾	●	●	●
Intimités des visites	●	●	●
Télévision	●	●	●
Petit déjeuner classique ⁽²⁾	●		
Petit-déjeuner Plaisir ⁽²⁾		●	●
WIFI haut débit en illimité	●	●	●
Téléphone	●	●	●
Repas classique	●		
Mes Menus de Chef ⁽²⁾		●	●
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 ⁽³⁾		●	●
Chambre spacieuse et confortablement meublée			●
Une collation ⁽²⁾ (Jus de fruit, madeleine, gâteau, yaourt, boisson chaude, sucre, bouteille d'eau)			●
Panier gourmand			●

SOLO CLASSIC
 MCO : 130€ par jour
 SMR : 110€ par jour

SOLO CONFORT
 MCO : 200€ par jour
 SMR : 165€ par jour

SOLO GRAND CONFORT
 MCO : 280€ par jour
 SMR : 215€ par jour

Vous pouvez compléter avec les prestations suivantes :
Repas de l'accompagnant 25 €
Nuit+Petit-déjeuner Plaisir accompagnant 60€

(1) Une chambre partagée, incluant les repas, sans autre service est disponible.
 (2) Prestation soumise à validation du personnel soignant.
 (3) Prestation limitée à une place et sous réserve de disponibilité.

FORFAIT JOURNALIER 23€/JOUR
 FORFAIT SUR ACTE SUPÉRIEUR OU ÉGAL À 120 EUROS__32€/SÉJOUR
 La chambre est facturée du jour de l'entrée au jour de la sortie inclus.

Prise en charge éventuelle par votre complémentaire, sous réserve de vos droits et garanties, du supplément de chambre, du forfait journalier et du forfait sur acte supérieur à 120€. Pour tout séjour dont le tarif est inférieur à 120€, vous devez vous acquitter des 20% des frais de clinique et des honoraires du praticien (éventuellement pris en charge par votre complémentaire).

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.















NOM: _____

Prénom: _____



MA CHAMBRE BULLE

Tarification Hôtelière Ambulatoire

	 BULLE CLASSIC	 BULLE CONFORT	 BULLE GRAND CONFORT
 Chambre privée ⁽¹⁾	●	●	●
 Télévision	●	●	●
 Wi-Fi haut débit en illimité	●	●	●
 Collation ⁽²⁾ (Madeleine, yaourt, jus de fruit, boisson chaude, sucre, bouteille d'eau)	●		
 Pause gourmande ⁽²⁾ (Sucrée : compote, yaourt, moelleux, biscuit, boisson chaude, sucre, bouteille d'eau) (Salée : sandwich, yaourt, biscuit, boisson chaude, sucre, bouteille d'eau)		●	
 Pause gourmande pour moi & repas pour mon accompagnant ⁽²⁾			●
 Place de Parking Incluse ⁽³⁾		●	●
 Boisson chaude offerte		●	●
 Kit repos CONFORT (Masque de sommeil, plaid, boules quies)			●
 Trousse de toilette bien-être			●
 Journal quotidien ou magazine pendant mon séjour			●

Bulle **CLASSIC**
 95€

Bulle **CONFORT**
 125€

Bulle **GRAND CONFORT**
 155€

 Vous pouvez compléter avec les prestations suivantes :
Repas de l'accompagnant **25 €**

(1) Un espace commun, incluant une collation, sans autre service est disponible.

(2) Prestation soumise à validation du personnel soignant.

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

FORFAIT SUR ACTE SUPÉRIEUR OU ÉGAL À 120 EUROS __32€/SÉJOUR

Prise en charge éventuelle par votre complémentaire, sous réserve de vos droits et garanties, du supplément de chambre, du forfait journalier et du forfait sur acte supérieur à 120€. Pour tout séjour dont le tarif est inférieur à 120€, vous devez vous acquitter des 20% des frais de clinique et des honoraires du praticien (éventuellement pris en charge par votre complémentaire).

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.

NOM: _____

Prénom: _____



MA CHAMBRE PARTAGÉE

Tarification Hôtelière Hospitalisation / Ambulatoire

 **CHAMBRE
DOUBLE**

 **ESPACE
COMMUN**



Chambre / Box



Collation classique



Repas classique



0€

0€

 Vous pouvez compléter avec les prestations suivantes :

Repas de l'accompagnant **25 €**

Nuit+Petit-déjeuner Plaisir accompagnant **60€**

TV / TEL / WIFI **25€**

FORFAIT SUR ACTE SUPÉRIEUR OU ÉGAL À 120 EUROS__32€/SÉJOUR

Prise en charge éventuelle par votre complémentaire, sous réserve de vos droits et garanties, du supplément de chambre, du forfait journalier et du forfait sur acte supérieur à 120€. Pour tout séjour dont le tarif est inférieur à 120€, vous devez vous acquitter des 20% des frais de clinique et des honoraires du praticien (éventuellement pris en charge par votre complémentaire).

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.