




































NOM: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_



## MA CHAMBRE SOLO

# Tarifification Hôtelière Hospitalisation

	 <b>SOLO CLASSIC</b>	 <b>SOLO CONFORT</b>
 Chambre privée <sup>(1)</sup>		
 Intimité des visites		
 Télévision		
 Petit-déjeuner classique <sup>(2)</sup>		
 Petit-déjeuner Plaisir <sup>(2)</sup>		
 Wi-Fi haut débit en illimité		
 Téléphone		
 Repas classique		
 Repas Mes Menus de Chef <sup>(2)</sup>		
 Lit et petit déjeuner accompagnant		
 Trousse de toilette bien être Clarins		
 Linge de toilette et peignoir à disposition		
 Journal quotidien ou magazine pendant mon séjour		
 Parking offert pendant le séjour <sup>(3)</sup>		

**SOLO CLASSIC**  
**130€** /jour

**SOLO CONFORT**  
**200€** /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.



## MA CHAMBRE BULLE

# Tarification Hôtelière Ambulatoire

	 <b>BULLE CLASSIC</b>	 <b>BULLE CONFORT</b>
 Espace privé <sup>(1)</sup>	●	●
 Télévision	●	●
 Wi-Fi haut débit en illimité	●	●
 Collation <sup>(2)</sup> <small>(Madeleine, yaourt, jus de fruit, boisson chaude, sucre, bouteille d'eau)</small>	●	●
 Pause gourmande pour moi & pour mon accompagnant <sup>(2)</sup> <small>(Sucrée : compote, yaourt, moelleux, biscuit, boisson chaude, sucre, bouteille d'eau) (Salée : sandwich, yaourt, biscuit, boisson chaude, sucre, bouteille d'eau)</small>	●	●
 Trousse de toilette bien-être	●	●
 Journal quotidien ou magazine pendant mon séjour	●	●
 Accompagnant possible	●	●
 Boisson chaude <sup>(2)</sup>	●	●
 Place de Parking Incluse <sup>(3)</sup>	●	●

Bulle **CLASSIC**

**95€**

Bulle **CONFORT**

**125€**

 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.



# Tarifification Hôtelière CIRCUIT COURT

**Pour les interventions suivantes :**  
**OPHTALMOLOGIE, FIBROSCOPIE, CHIRURGIE DE LA MAIN,**  
**CHIRURGIE DU BRAS**

**ESPACE COLLECTIF**

**ESPACE PRIVÉ**

 Télévision	●	●
 Wi-Fi haut débit en illimité	●	●
 Collation (Madeleine, yaourt, jus de fruit, boisson chaude, sucre, bouteille d'eau)	●	
 Pause gourmande <sup>(1)</sup> (Sucrée : compote, yaourt, moelleux, biscuit, boisson chaude, sucre, bouteille d'eau) (Salée : sandwich, yaourt, biscuit, boisson chaude, sucre, bouteille d'eau)		●
 Boisson chaude <sup>(1)</sup>		●
 Accompagnant possible	●	●
 Place de Parking Incluse <sup>(2)</sup>		●

Espace **COLLECTIF**

**60€**

Espace **PRIVÉ**

**75€**

(1) Prestation soumise à validation du personnel soignant.  
(2) 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.