

NOM: _____

Prénom: _____



MA CHAMBRE BULLE

Tarifification Hôtelière Ambulatoire

ESPACE COLLECTIF

BULLE PLUS

BULLE GRAND CONFORT

Chambre privée		●	●
Télévision		●	●
Wi-Fi haut débit en illimité	●	●	●
Collation	●	●	
Pause gourmande ⁽¹⁾			
Pause gourmande pour moi & repas pour mon accompagnant ⁽¹⁾			●
Place de Parking Incline ⁽²⁾			●
Boisson chaude Offerte	●	●	●
Kit repos CONFORT			●
Trousse de toilette bien-être			●
Journal quotidien ou magazine pendant mon séjour			●
Accompagnant possible	●	●	●

Espace **COLLECTIF**

Bulle **PLUS**

Bulle **GRAND CONFORT**

75€

130€

155€

ESPACE COMMUN 0€
Sans service

TV/TEL/WIFI 25€/JOUR

Les COMPLÉMENTS

Repas accompagnant 20€

(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 _ 24€/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.