




































NOM: _____

Prénom: _____



MA CHAMBRE SOLO

Tarifification Hôtelière Hospitalisation

	 SOLO CLASSIC	 SOLO 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⁾		
 Lit et petit déjeuner accompagnant		
 Trousse de toilette bien-être Clarins		
 Linge de toilette et peignoir		
 Journal quotidien ou magazine pendant mon séjour		
 Place de parking incluse ⁽³⁾		

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.

NOM: _____

Prénom: _____




















MA CHAMBRE BULLE

Tarification Hôtelière Ambulatoire

BULLE CLASSIC

BULLE CONFORT

 Chambre privée ⁽¹⁾		
 Télévision		
 Wi-Fi haut débit en illimité		
 Collation (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)		
 Place de Parking Incluse ⁽³⁾		
 Boisson chaude pour l'accompagnant		

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.

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.

NOM: _____

Prénom: _____



FORFAIT AMBUGO

Tarification Hôtelière Ambulatoire

Pour les interventions suivantes : OPHTALMOLOGIE, ENDOSCOPIE



ambuGo



Espace partagé



Télévision



Wi-Fi haut débit en illimité



Collation

(Pain, beurre, confiture, compote, jus de fruit, boisson chaude, dose de sucre)



Accompagnant possible



Forfait ambuGO

75€

*Parcours soumis à validation médicale

Vous pouvez compléter avec les prestations suivantes :
Repas de l'accompagnant 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.