

TARIFICATION HÔTELIÈRE

Hospitalisation complète

Nom: _____
Prénom: _____
Date d'entrée : _____



**Chambre
Double**

Partagez votre chambre
avec un autre patient



**SOLO
CLASSIC**

Restez connecté



**SOLO
CONFORT**

Profitez de plus de confort et
partagez-le avec un proche



**SOLO
GRAND
CONFORT**

Tous le standing d'une
chambre tout confort
Uniquement en maternité



**Chambre
double**



**Chambre
privée**



**Intimité
des visites**



Télévision



Wi-Fi



**Téléphone
Ligne privée**



**Petit déjeuner
Plaisir ***



**Déjeuner
Plaisir ***



**Dîner
Plaisir ***



**Trousse
d'accueil**



**Kit Linge
Peignoir, chaussons
Serviettes**



Revue



**Lit accompagnant
et petit déjeuner
plaisir**



**Repas
accompagnant
1 repas / jour**



**Espace
Thé/ café à volonté**



**Chambre
spacieuse
Lit deux places**

*Sous réserve de
contre-indication médicale
**Appels sortants facturés.
Voir tarifs en vigueur à l'accueil.



Chambre Double
0€ par jour



**SOLO
CLASSIC**
119€ par jour



**SOLO
CONFORT**
199€ par jour



**SOLO GRAND
CONFORT**
249€ par jour



les
COMPLEMENTS
Merci de cocher les compléments souhaités



Petit déjeuner des chefs (9€ / jour)
Sous réserve de contre-indication médicale



Repas des chefs (20€ / jour)
Sous réserve de contre-indication médicale



Télévision (7€ / jour)
6€ / jour à compter du 10ème jour



Wi-fi (5€ / jour)
Tarif dégressif selon forfait



Lit accompagnant + petit déjeuner Plaisir (30€/jour)

Information sur la prise en charge mutuelle :
N° FINESS : 590816310
DMT Chirurgie : 181
DMT Médecine : 174
DMT Maternité : 165
Fax : 03 27 71 17 23

Je soussigné(e) : _____

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

Je m'engage à régler directement à l'établissement les frais d'hospitalisation (forfait journalier, ticket modérateur) déduction faite de la participation éventuelle des organismes tiers-payants, les suppléments divers choisis ci-dessus et tous les frais éventuellement engagés par l'établissement aux fins d'actions de recouvrement de sa créance.

La chambre est facturée du jour de l'entrée au jour de la sortie inclus. Le choix de la chambre est soumis à la disponibilité de l'établissement

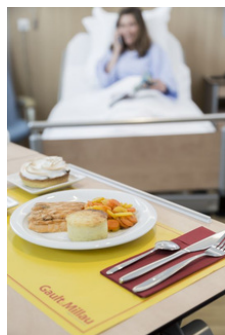
Date : ____/____/____

Signature (lu et approuvé)

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

TARIFICATION HÔTELIÈRE

Ambulatoire



**Espace
Collectif**

Partagez votre chambre
avec un ou plusieurs
autre(s) patient(s)



**BULLE
CLASSIC**

Profitez d'un espace privé
connecté et de plus de confort
à partager avec
votre proche



**BULLE
CONFORT**

Profitez d'un espace privé
connecté et de plus de confort
à partager avec votre proche



**Chambre
double**



**Box
Individuel**



**Chambre
privée**



**Collation
Ambulatoire**



Wi-Fi



Télévision



**Trousse
d'accueil**



**Presse
du jour**



**Lunch
accompagnant**



Circuit court



**Chambre Double
0€ par jour**



**Bulle Classic
89€ par jour**



**Bulle Confort
109€ par jour**



**les
COMPLEMENTS**



Wi-fi (5€)

Merci de cocher les compléments souhaités

Information sur la prise en charge mutuelle :
N° FINESS : 590816310
DMT Chirurgie : 181
DMT Médecine : 174
DMT Maternité : 165
Fax : 03 27 71 17 23

Je soussigné(e) : _____

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

Je m'engage à régler directement à l'établissement les frais d'hospitalisation (participation assurée journalière 32€, ticket modérateur) déduction faite de la participation éventuelle des organismes tiers-payants, les suppléments divers choisis ci-dessus et tous les frais éventuellement engagés par l'établissement aux fins d'actions de recouvrement de sa créance.

La chambre est facturée du jour de l'entrée au jour de la sortie inclus. Le choix de la chambre est soumis à la disponibilité de l'établissement.

Date : __/__/__ Signature (lu et approuvé)

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