























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		
 Linge de toilette et peignoir		
 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

Tarifification Hôtelière Ambulatoire

	 BULLE CLASSIC	 BULLE CONFORT	 BULLE GRAND CONFORT
 Chambre privée ⁽¹⁾	●	●	●
 Télévision	●	●	●
 Wi-Fi haut débit en illimité	●	●	●
 Collation <small>(Sucrée : boisson chaude, jus de fruits, croissant, sucre, pain, confiture, beurre) (Salée : boisson chaude, jus de fruits, pain, beurre, emmental, sucre, pain)</small>	●		
 Pause gourmande ⁽²⁾		●	●
 Place de Parking Incluse ⁽³⁾		●	●
 Boisson chaude pour l'accompagnant		●	●
 Kit repos CONFORT <small>(Masque de sommeil, plaid, boule quies)</small>			●
 Trousse de toilette bien-être			●

Bulle **CLASSIC**

95€

Bulle **CONFORT**

125€

Bulle **GRAND CONFORT**

155€

 Vous pouvez compléter avec les prestations suivantes :

Repas de l'accompagnant 25 €

(1) Une chambre partagée, 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: _____



MA LOGE EN ENDOSCOPIE







Tarifification Hôtelière Ambulatoire



**BULLE
ENDOSCOPIE
CLASSIC**



**BULLE
ENDOSCOPIE
CONFORT**

 Loge privée ⁽¹⁾	●	●
 Télévision	●	●
 Wi-Fi haut débit en illimité	●	●
 Collation (Pain, beurre, confiture, compote, jus de fruit, boisson chaude ,dose de sucre)	●	●
 Accompagnant possible	●	●
 Parking et boisson inclus pour l'accompagnant ⁽²⁾		●



**BULLE
ENDOSCOPIE
CLASSIC**

79€



**BULLE
ENDOSCOPIE
CONFORT**

110€

(1) Une loge partagée, incluant les repas, sans autre service est disponible.

(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: _____



FORFAIT OPHTALMOLOGIE

Tarifification Hôtelière Ambulatoire

BULLE OPHTALMOLOGIE CLASSIC

 Espace collectif	<input checked="" type="checkbox"/>
 Télévision	<input checked="" type="checkbox"/>
 Wi-Fi haut débit en illimité	<input checked="" type="checkbox"/>
 Collation <small>(Pain, beurre, confiture, compote, jus de fruit, boisson chaude, dose de sucre)</small>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Place de Parking Incluse ⁽¹⁾	<input checked="" type="checkbox"/>

BULLE OPHTALMOLOGIE CLASSIC

60€

(1) 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: _____



FORFAIT HÔPITAL DE JOUR

Tarification Hôtelière

FORFAIT HÔPITAL DE JOUR

 Chambre privée ⁽¹⁾	●
 Télévision	●
 Wi-Fi haut débit en illimité	●
 Téléphone	●
 Boisson chaude Offerte	●

FORFAIT HÔPITAL DE JOUR

60€ /jour

(1) Une chambre partagée, incluant les repas, sans autre service est disponible.

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.