

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

Prénom: \_\_\_\_\_



# MA CHAMBRE BULLE

## Tarifification Hôtelière Ambulatoire

**BULLE CLASSIC**

**BULLE CONFORT**



Circuit court / Box individuel



Chambre privée <sup>(1)</sup>



Télévision



Wi-Fi haut débit en illimité



Collation <sup>(2)</sup>  
(boisson chaude, biscuit)



Pause gourmande <sup>(2)</sup>  
(compote, gâteaux moelleux, gaufre, boisson chaude, jus de fruit)



Boisson chaude offerte <sup>(3)</sup>  
(pour mon accompagnant)



Bulle **CLASSIC**

**60€**

Bulle **CONFORT**

**95€**

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 un accompagnant par patient.

**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).

La chambre est facturée du jour de l'entrée au jour de la sortie inclus.

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 SOLO

# Tarifcation Hôtelière Hospitalisation

### SOLO CLASSIC

 Chambre privée <sup>(1)</sup>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Intimités des visites	<input checked="" type="checkbox"/>
 Télévision	<input checked="" type="checkbox"/>
 Wi-Fi haut débit en illimité	<input checked="" type="checkbox"/>
 Téléphone	<input checked="" type="checkbox"/>
 Petit-déjeuner classique <sup>(2)</sup>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Repas classique	<input checked="" type="checkbox"/>

### SOLO CLASSIC

**100€** /jour

Vous pouvez compléter avec les prestations suivantes :

**Repas de l'accompagnant**  25 €

**Nuit+Petit-déjeuner Plaisir accompagnant**  60€

(1) Une chambre partagée, incluant une collation, sans autre service est disponible.

(2) Prestation soumise à validation du personnel soignant.

FORFAIT JOURNALIER 23€/JOUR

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).

La chambre est facturée du jour de l'entrée au jour de la sortie inclus.

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.