






















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

Prénom: \_\_\_\_\_



## MA CHAMBRE SOLO

# Tarification Hôtelière Hospitalisation

|  |  <b>SOLO CLASSIC</b> |  <b>SOLO CONFORT</b> |  <b>SOLO GRAND CONFORT</b> |
|--|---|---|---|
|  Chambre privée <sup>(1)</sup>  | ●   | ●   | ●   |
|  Intimité des visites   | ●   | ●   | ●   |
|  Télévision   | ●   | ●   | ●   |
|  Petit-déjeuner classique <sup>(2)</sup>  | ●   |   |   |
|  Petit-déjeuner Plaisir <sup>(2)</sup>  |   | ●   | ●   |
|  Wi-Fi haut débit en illimité   | ●   | ●   | ●   |
|  Téléphone  | ●   | ●   | ●   |
|  Repas classique  | ●   |   |   |
|  Mes Menus de Chef <sup>(2)</sup>   |   | ●   | ●   |
|  Un Menu de chef pour votre accompagnant (au choix midi ou soir)   |   |   | ●   |
|  Lit et petit déjeuner accompagnant   |   | ●   | ●   |
|  Trousse de toilette bien être  |   | ●   | ●   |
|  Linge de toilette et peignoir à disposition  |   | ●   | ●   |
|  Journal quotidien ou magazine pendant mon séjour   |   | ●   | ●   |
|  Parking offert pendant le séjour <sup>(3)</sup>  |   | ●   | ●   |
|  Chambre spacieuse et confortablement meublée   |   |   | ●   |
|  Une collation <sup>(2)</sup><br><small>(Dus de fruit, madeleine, gâteau, yaourt, boisson chaude, sucre, bouteille d'eau)</small> |   |   | ●   |
|  Panier gourmand  |   |   | ●   |

**SOLO CLASSIC**

**130€** /jour

**SOLO CONFORT**

**200€** /jour

**SOLO GRAND CONFORT**

**350€** /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

# Tarifcation Hôtelière Ambulatoire



**BULLE CLASSIC**

**BULLE CONFORT**

**BULLE GRAND CONFORT**

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| Chambre privée <sup>(1)</sup>  |   | ● | ● | ● |
| Télévision   | ● | ● | ● | ● |
| Wi-Fi haut débit en illimité   | ● | ● | ● | ● |
| Collation<br>(Madeleine, yaourt, jus de fruit, boisson chaude, sucre, bouteille d'eau)   | ● | ● |   |   |
| Pause gourmande <sup>(2)</sup><br>(Sucrée : compote, yaourt, moelleux, biscuit, boisson chaude, sucre, bouteille d'eau)<br>(Salée : sandwich, yaourt, biscuit, boisson chaude, sucre, bouteille d'eau) |   |   | ● |   |
| Pause gourmande pour moi & repas pour mon accompagnant <sup>(2)</sup>  |   |   |   | ● |
| Place de Parking Incluse <sup>(3)</sup>  |   |   | ● | ● |
| Boisson chaude offerte pour mon accompagnant   |   |   | ● | ● |
| Kit repos CONFORT<br>(Masque de sommeil, plaid, boules quies)  |   |   |   | ● |
| Trousse de toilette bien-être  |   |   |   | ● |
| Journal quotidien ou magazine pendant mon séjour   |   |   |   | ● |
| Circuit COURT  | ● |   |   |   |

Forfait ambuGO

**75€**

Bulle CLASSIC

**95€**

Bulle CONFORT

**125€**

Bulle GRAND CONFORT

**155€**

\*Parcours soumis à validation médicale

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.