

Praticien :

Ref : FI-REP-151-C

TARIFICATION HÔTELIÈRE AMBULATOIRE : OPHTALMOLOGIE / ALR / DOULEUR

Tarifs applicables au 26 mai 2025



Salon



Chambre particulière



Fauteuil au sein d'un salon
dédié à cette prise en charge



Lit



Collation améliorée



Journal



☐ Salon
0€ (Café et biscuit)

☐ 54€

☐ 74€

Information sur la prise en charge mutuelle :
N° FINESS : 620100099
DMT Chirurgie : 181
DMT Endoscopie (colo/fibro)/Médecine : 174
Fax : 03 21 60 20 04

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 24€, 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.

Date : ____/____/____

Signature (lu et approuvé)

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