

Nom: \_\_\_\_\_  
Prénom: \_\_\_\_\_  
Date d'entrée : \_\_\_\_\_

# TARIFICATION HÔTELIÈRE

## Hospitalisation complète

Ref : FI-REP-095-G



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



Journal



Lit accompagnant  
et petit déjeuner plaisir



Repas accompagnant  
1 repas / jour



Casque TV

**Chambre Double**

Partagez votre chambre avec un autre patient

**SOLO CLASSIC**

Profitez du calme et de l'intimité de votre chambre

**SOLO PLUS**

Restez connecté et savourez un Petit Déjeuner plaisir

**SOLO CONFORT**

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

**FORFAIT ESTHÉTIQUE**

\*Sous réserve de contre-indication médicale

\*\*Appels sortants facturés.

Voir tarifs en vigueur à l'accueil.

Chambre Double  
0€ par jour

SOLO CLASSIC  
98€ par jour

SOLO PLUS  
120€ par jour

SOLO CONFORT  
199€ par jour

FORFAIT ESTHÉTIQUE  
385€ par jour

les  
**COMPLÉMENTS**

Merci de cocher les compléments souhaités

- Petit déjeuner Plaisir (9€ / jour)  
*Sous réserve de contre-indication médicale*
- Déjeuner Plaisir (20€ / jour)  
*Sous réserve de contre-indication médicale*
- Dîner Plaisir (20€ / jour)  
*Sous réserve de contre-indication médicale*

- Télévision (7€ / jour)
- Wi-fi (5€ / jour)  
*Tarif dégressif selon forfait*
- Casque TV (5€ / jour)

- Frais d'ouverture de ligne (6€ / séjour)  
Communications à la charge du patient
- Lit accompagnant + petit déjeuner Plaisir (30€/jour)
- Repas accompagnant (20€/jour)

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.

Je m'engage à donner lors de mon entrée dans l'établissement un chèque de provision de ..... €, selon le devis établi par l'établissement.

**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.