

Nom: _____
Prénom: _____
Date d'entrée : _____

TARIFICATION HÔTELIERE

en SSR

Ref. FI-REP-040-R

Tarifs applicables au 1er janvier 2025

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

SOLO CONFORT PLUS

Tout le standing d'une chambre tout confort



	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				
	Repas accompagnent 1 repas / jour				
	Coin salon / Coffre-fort				

1 Prestation sur 3 disponibles : coupe/brushing <u>ou</u> soins esthétiques <u>ou</u> pédicure durant le séjour	
2 Prestations sur 3 disponibles : coupe/brushing <u>et / ou</u> soins esthétiques <u>et / ou</u> pédicure durant le séjour	

☐ Chambre Double 0€ par jour	☐ SOLO CLASSIC 98€ par jour	☐ SOLO PLUS 120€ par jour	☐ SOLO CONFORT 199€ par jour	☐ SOLO CONFORT PLUS 249€ par jour
--	---	---	--	---

☐ Petit déjeuner Plaisir (9€ / jour) <i>Sous réserve de contre-indication médicale</i>	☐ Télévision (7€ / jour)	☐ Lit accompagnant + petit déjeuner Plaisir (30€/jour)
☐ Déjeuner Plaisir (20€ / jour) <i>Sous réserve de contre-indication médicale</i>	☐ Wi-fi (5€ / jour)	☐ Repas accompagnant (20€/jour)
☐ Dîner Plaisir (20€ / jour) <i>Sous réserve de contre-indication médicale</i>	☐ Casque TV (5€ / jour)	☐ Frais d'ouverture de ligne (6€ / séjour) Communication à la charge du patient

les COMPLEMENTS
Merci de cocher les compléments souhaités

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.