

Praticien :

TARIFICATION HÔTELIERE

Hospitalisation complète

Nom: _____

Prénom: _____

Date d'entrée : _____

Ref : FI-REP-095-G



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 +

	Chambre privée				
	Intimité des visites				
	Télévision				
	Wi-Fi				+ Code pour l'accompagnant
	Téléphone** Ligne privée				
	Petit Déjeuner Plaisir *				
	Déjeuner Plaisir *				
	Dîner Plaisir *				
	Trousse d'accueil				Egalement pour l'accompagnant
	Kit Linge Peignoir, chaussons Serviettes				
	Journal				
	Lit accompagnant et petit déjeuner plaisir				
	Repas accompagnant 1 repas / jour				Tous les repas
	Coin salon Coffre-fort				

*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

☐
SOLO CONFORT +
249€ par jour

- ☐
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
- ☐
Lit accompagnant + petit déjeuner Plaisir (30€/jour)
- ☐
Repas accompagnant (20€/jour)

- ☐
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

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

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.