

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

TARIFICATION HÔTELIÈRE

en SSR

Ref. FI-REP-040-T

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 accompagnant 1 repas / jour | | | ● | Tous les repas |
| 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 | | | | ● |

Egalement pour l'accompagnant

*Sous réserve de contre-indication médicale

**Appels sortants facturés. Voir tarifs en vigueur à l'accueil.
Forfait ouverture de séjour Ch. double ou SOLO CLASSIC : 6€/séjour.

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chambre Double 0€ par jour | <input type="checkbox"/> SOLO CLASSIC 98€ par jour | <input type="checkbox"/> SOLO PLUS 120€ par jour | <input type="checkbox"/> SOLO CONFORT 199€ par jour | <input type="checkbox"/> SOLO CONFORT PLUS 249€ par jour |
|--|---|---|--|---|

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Petit déjeuner Plaisir (9€ / jour) <i>Sous réserve de contre-indication médicale</i> | <input type="checkbox"/> Télévision (7€ / jour) | <input type="checkbox"/> Lit accompagnant + petit déjeuner Plaisir (30€/jour) |
| <input type="checkbox"/> Déjeuner Plaisir (20€ / jour) <i>Sous réserve de contre-indication médicale</i> | <input type="checkbox"/> Wi-fi (5€ / jour) | <input type="checkbox"/> Repas accompagnant (20€/jour) |
| <input type="checkbox"/> Dîner Plaisir (20€ / jour) <i>Sous réserve de contre-indication médicale</i> | <input type="checkbox"/> Casque TV (5€ / jour) | <input type="checkbox"/> 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.

Praticien :

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

Ref : FI-REP-098-K

TARIFICATION HÔTELIÈRE en Ambulatoire

Tarifs applicables au 1er janvier 2025



ESPACE PARTAGÉ

Partagez votre chambre avec un autre patient

BULLE CONFORT

Profitez d'un espace privé connecté

GRAND CONFORT

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



Chambre double



Espace dédié



Intimité des visites



Télévision



Wi-Fi



Téléphone***
Ligne privée



Kit Linge
Peignoir, chaussons
Serviettes



Trousse d'accueil



Chambre avec
salle de douche



Journal



Pause gourmande patient



Ticket
cafétéria



Présence possible
de mon accompagnant
à mes côtés **



Chambre Double
0€ par jour

BULLE PLUS
87€ par jour

BULLE CONFORT
149€ par jour

*Cet espace est réservé pour les interventions sous anesthésie locale
**La présence de l'accompagnant est limitée pour l'offre "Espace partagé" et "Classic" pour des raisons d'intimité, un salon d'attente est mis à disposition. La présence de l'accompagnant est autorisée pour les patients mineurs.
***Appels sortants facturés. Voir tarifs en vigueur à l'accueil. Forfait ouverture de séjour "Espace partagé" ou "BULLE PLUS" : 6€/séjour.

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.

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.

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

Praticien :

TARIFICATION HÔTELIÈRE

Hospitalisation complète

Ref : FI-REP-095-G

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 +

| | Chambre Double | SOLO CLASSIC | SOLO PLUS | SOLO CONFORT | 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 | | | | ● | ● |
| Kit Linge Peignoir, chaussons Serviettes | | | | ● | ● |
| Journal | | | ● | ● | ● |
| Lit accompagnant et petit déjeuner plaisir | | | | ● | ● |
| Repas accompagnant 1 repas / jour | | | | ● | Tous les repas |
| Coin salon Coffre-fort | | | | | ● |

Egalement pour l'accompagnant

*Sous réserve de contre-indication médicale
**Appels sortants facturés. Voir tarifs en vigueur à l'accueil.

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Chambre Double 0€ par jour | <input type="checkbox"/> SOLO CLASSIC 98€ par jour | <input type="checkbox"/> SOLO PLUS 120€ par jour | <input type="checkbox"/> SOLO CONFORT 199€ par jour | <input type="checkbox"/> 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° FINES : 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.

TARIFICATION HÔTELIÈRE en Chimiothérapie



**CHAMBRE
DOUBLE**

Partagez votre chambre
avec un autre patient

SOLO

Profitez du calme et de
l'intimité de votre chambre

 Espace
Individuel



 Télévision



 Wi-Fi



 Pause gourmande



Chambre double
0€ par jour

SOLO
54€ par jour

les
COMPLEMENTS

Télévision (7€ / jour)

Wi-fi (5€ / jour)
Tarif dégressif selon forfait

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 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.

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)

Praticien :

Ref : FI-REP-151-B

TARIFICATION HÔTELIÈRE AMBULATOIRE : OPHTALMOLOGIE / ALR / DOULEUR

Tarifs applicables au 1er janvier 2025



Salon



Chambre particulière



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



Lit



Collation



Journal



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

54€

74€

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.