



FORFAIT OPHTALMOLOGIE

Tarifcation Hôtelière Ambulatoire

FORFAIT OPHTALMOLOGIE

	Espace partagé	●
	Télévision	●
	Wi-Fi haut débit en illimité	●
	Collation	●
	Place de Parking Incluse ⁽¹⁾	●

FORFAIT OPHTALMOLOGIE

60€

ESPACE COMMUN 0€
Sans service/ sans accompagnant

TV/TEL/WIFI 25€/JOUR

(1) Prestation limitée à une place et sous réserve de disponibilité.

FORFAIT SUR ACTE SUPÉRIEUR OU ÉGAL À 120 EUROS __24€/SÉJOUR

Prise en charge éventuelle par votre complémentaire, sous réserve de vos droits et garanties, du supplément de chambre, du forfait journalier et du forfait sur acte supérieur à 120€. Pour tout séjour dont le tarif est inférieur à 120€, vous devez vous acquitter des 20% des frais de clinique et des honoraires du praticien (éventuellement pris en charge par votre complémentaire).

Je soussigné(e) : _____

Avoir pris connaissance des tarifs hôteliers et m'engage à régler les frais de séjour à la sortie de mon hospitalisation.

Date : ___/___/___

Signature (lu et approuvé)

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



MA CHAMBRE BULLE

Tarifcation Hôtelière Ambulatoire

	 BULLE PLUS	 BULLE CONFORT	 BULLE GRAND CONFORT
 Chambre privée	●	●	●
 Télévision	●	●	●
 Wi-Fi haut débit en illimité	●	●	●
 Collation	●		
 Pause gourmande ⁽¹⁾		●	
 Pause gourmande pour moi & repas pour mon accompagnant ⁽¹⁾			●
 Place de Parking Incluse ⁽²⁾		●	●
 Boisson chaude Offerte		●	●
 Kit repos CONFORT			●
 Trousse de toilette bien-être			●
 Journal quotidien ou magazine pendant mon séjour			●

Bulle PLUS

95€

Bulle CONFORT

125€

Bulle GRAND CONFORT

155€

 ESPACE COMMUN Sans service

0€

TV/TEL/WIFI 25€/JOUR

 Les COMPLÉMENTS

Repas accompagnant 20 €

(1) Prestation soumise à validation du personnel soignant.
(2) Prestation limitée à une place et sous réserve de disponibilité.

FORFAIT SUR ACTE SUPÉRIEUR OU ÉGAL À 120 EUROS__24€/SÉJOUR

Prise en charge éventuelle par votre complémentaire, sous réserve de vos droits et garanties, du supplément de chambre, du forfait journalier et du forfait sur acte supérieur à 120€. Pour tout séjour dont le tarif est inférieur à 120€, vous devez vous acquitter des 20% des frais de clinique et des honoraires du praticien (éventuellement pris en charge par votre complémentaire).

Je soussigné(e) : _____

Avoir pris connaissance des tarifs hôteliers et m'engage à régler les frais de séjour à la sortie de mon hospitalisation.

Date : ___/___/___

Signature (lu et approuvé)

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