

ETIQUETTE PATIENT

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

# TARIFICATION HÔTELIÈRE

## NOS CHAMBRES

- 

**CHAMBRE INDIVIDUELLE**  
(Uniquement Cliniques :  
de la Victoire, du Sport et de Chirurgie Orthopédique)

**100€** par jour
- 

**CH. INDIVIDUELLE HOSPITALISATION**  
(Vous passez la nuit dans l'établissement)

**90€** par jour
- 

**CHAMBRE DOUBLE HOSPITALISATION**  
(Sauf Polyclinique du Bois et Clinique Ambroise Paré  
Confort : téléphone, télévision)

**45€** par jour
- 


**CHAMBRE / BOX AMBULATOIRE**

**60€** par jour
- 

**CHAMBRE S.S.R.**  
(Uniquement Cliniques :  
St-Jean, du Sport et de Chirurgie Orthopédique, et Val de Lys)

**80€** par jour

## LES SUPPLÉMENTS

- 

COMMUNICATIONS TÉLÉPHONIQUES \_\_\_\_\_ **0,23€** l'unité
- 

REPAS ACCOMPAGNANT \_\_\_\_\_ **15€**
- 

NUIT ACCOMPAGNANT\* + PETIT DÉJEUNER \_\_\_\_\_ **12€**

\*gratuit pour les enfants de - de 12 ans

\*la nuit accompagnant entrainera systématiquement la facturation d'une chambre individuelle standard

FORFAIT JOURNALIER : \_\_\_\_\_ **18€** par jour

PARTICIPATION ASSURÉ (si l'acte est supérieur ou égal à 120€) \_\_\_\_\_ **18€** par séjour

Je soussigné (e)

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

**Atteste avoir pris connaissance des tarifs hôteliers et m'engage à régler les frais de séjour à la sortie de mon hospitalisation de M.C.O. et/ou de S.S.R.**

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature (lu et approuvé)

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