



POLYCLINIQUE DU BOIS

ETIQUETTE PATIENT

NOM : _____

Prénom : _____

MATERNITÉ POLYCLINIQUE DU BOIS

TARIFICATION HÔTELIÈRE

NOS CHAMBRES

SUITE ODYSSEE * **200€** par jour

(Chambre high-tech : système de son Bose®, TV intelligente, Wi-fi, tablette à disposition, Lit 2 personnes, salon, climatisation, Kit hôtelier mis à disposition : peignoir, chausson... Repas gourmets servis en chambre, nuit accompagnant)

CHAMBRE DE LUXE * **150€** par jour

(COMPRIS : Nuit accompagnant, TV, Climatisation, Wi-fi, Salon)

CHAMBRE V.I.P. * **110€** par jour

(COMPRIS : Nuit accompagnant, TV, Climatisation, Wi-fi)

PETITE CHAMBRE V.I.P. * **90€** par jour

(COMPRIS : Nuit accompagnant, TV, Climatisation, Wi-fi)


CHAMBRE INDIVIDUELLE * **75€** par jour

(COMPRIS : Télévision, Wi-fi)

CHAMBRE AMBULATOIRE * **60€** par jour

(COMPRIS : Télévision, Wi-fi)

LES SUPPLÉMENTS

 **TÉLÉVISION** _____ **6€** par jour

 **COMMUNICATIONS TÉLÉPHONIQUES** _____ **0,23€** l'unité

 **REPAS ACCOMPAGNANTS** _____ **15€**

 **NUIT ACCOMPAGNANT + PETIT DÉJEUNER** _____ **12€**

FORFAIT JOURNALIER _____ **18€** par jour

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

OUVERTURE DE LA LIGNE TÉLÉPHONIQUE _____ **5€** par séjour

SÉJOUR : 0€ pour les détenteurs de la CMU
Nuit accompagnant **75€** par jour

* selon disponibilité

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.

Date : ____ / ____ / ____

Signature (lu et approuvé)

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