

ETIQUETTE PATIENT

NOM : _____

Prénom : _____

TARIFICATION HÔTELIÈRE

NOS CHAMBRES

- 

CHAMBRE INDIVIDUELLE **100€** par jour
(Uniquement Cliniques : de la Victoire, du Sport et de Chirurgie Orthopédique)
- 

CH. INDIVIDUELLE HOSPITALISATION **90€** par jour
(Vous passez la nuit dans l'établissement)
- 

CHAMBRE DOUBLE **45€** par jour
(Sauf Polyclinique du Bois et Clinique Ambroise Paré
Confort : téléphone, télévision)
- 

CHAMBRE / BOX AMBULATOIRE **60€** par jour
- 

CHAMBRE S.S.R. **80€** par jour
(Uniquement Cliniques : St-Jean, du Sport et de Chirurgie Orthopédique, et Val de Lys)

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.