















MA CHAMBRE SOLO

Tarifification Hôtelière Hospitalisation

	 DOUBLE CLASSIC	 SOLO CLASSIC
 Chambre privée		
 Intimité des visites		
 Télévision		
 Téléphone		

Double CLASSIC **0€**

SOLO CLASSIC **100€**

Les COMPLÉMENTS

- Frais d'ergothérapie si réalisation d'activités payantes
- Repas accompagnant 15€
- WIFI 10 € la semaine

MERCI DE COCHER LES COMPLÉMENTS SOUHAITÉS

FORFAIT JOURNALIER 17€/JOUR

La chambre est facturée du jour de l'entrée au jour de la sortie inclus.

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.