















MA CHAMBRE SOLO

Tarification Hôtelière Hospitalisation

	 DOUBLE CLASSIC	 DOUBLE CONFORT	 SOLO CLASSIC	 SOLO CONFORT
 Chambre privée			●	●
 Intimité des visites			●	●
 Salle de bain		●	●	●
 Téléphone	●	●	●	●
 Télévision	●	●	●	●
 Wi-Fi haut débit en illimité				●
 Trousse de toilette bien être				●
 Kit repos CONFORT				●
	<input type="checkbox"/> Double CLASSIC	<input type="checkbox"/> Double CONFORT	<input type="checkbox"/> SOLO CLASSIC	<input type="checkbox"/> SOLO CONFORT
	0€	50€	100€	120€

Les COMPLÉMENTS

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

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.