



MA CHAMBRE SOLO

Tarification Hôtelière Hospitalisation

	 SOLO CLASSIC	 SOLO CONFORT
 Chambre privée ⁽¹⁾		
 Intimités des visites		
 Télévision		
 Petit déjeuner classique ⁽²⁾		
 Petit-déjeuner Plaisir ⁽²⁾		
 Wi-Fi haut débit en illimité		
 Téléphone		
 Repas classique		
 Mes Menus de Chef ⁽²⁾		
 Lit et petit déjeuner accompagnant		
 Trousse de toilette bien être		
 Linge de toilette et peignoir à disposition		

☐ **SOLO CLASSIC**

130€ /jour

☐ **SOLO CONFORT**

200€ /jour

 Vous pouvez compléter avec les prestations suivantes :

Repas de l'accompagnant ☐ **25 €**

Nuit+Petit-déjeuner Plaisir accompagnant ☐ **60€**

(1) Une chambre partagée, incluant les repas, sans autre service est disponible.
(2) Prestation soumise à validation du personnel soignant.

FORFAIT JOURNALIER 23€/JOUR
FORFAIT SUR ACTE SUPÉRIEUR OU ÉGAL À 120 EUROS__32€/SÉJOUR
La chambre est facturée du jour de l'entrée au jour de la sortie inclus.

Prise en charge éventuelle par votre complémentaire, sous réserve de vos droits et garanties, du supplément de chambre, du forfait journalier et du forfait sur acte supérieur à 120€. Pour tout séjour dont le tarif est inférieur à 120€, vous devez vous acquitter des 20% des frais de clinique et des honoraires du praticien (éventuellement pris en charge par votre complémentaire).

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.



MA CHAMBRE BULLE

Tarification Hôtelière Ambulatoire

La Clinique Lille Sud vous propose un forfait unique selon votre circuit de prise en charge.

FORFAIT AMBULATOIRE



Chambre / Box



Télévision



Wi-Fi haut débit en illimité



Collation

(gateau, yaourt, compote, jus de fruit,
boisson chaude, sucre, bouteille d'eau)



☐ **75€**

☒ Vous pouvez compléter avec les prestations suivantes :

Repas de l'accompagnant ☐ **25 €**

FORFAIT SUR ACTE SUPÉRIEUR OU ÉGAL À 120 EUROS__32€/SÉJOUR

Prise en charge éventuelle par votre complémentaire, sous réserve de vos droits et garanties, du supplément de chambre, du forfait journalier et du forfait sur acte supérieur à 120€. Pour tout séjour dont le tarif est inférieur à 120€, vous devez vous acquitter des 20% des frais de clinique et des honoraires du praticien (éventuellement pris en charge par votre complémentaire).

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.

NOM: _____

Prénom: _____



MA CHAMBRE PARTAGÉE

Tarification Hôtelière Hospitalisation / Ambulatoire

 CHAMBRE
DOUBLE

 ESPACE
COMMUN



Chambre / Box



Collation classique



Repas classique



☐ 0€

☐ 0€

 Vous pouvez compléter avec les prestations suivantes :

Repas de l'accompagnant ☐ 25 €

Nuit+Petit-déjeuner Plaisir accompagnant ☐ 60€

TV / TEL / WIFI ☐ 25€

FORFAIT JOURNALIER 23€/JOUR
FORFAIT SUR ACTE SUPÉRIEUR OU ÉGAL À 120 EUROS__32€/SÉJOUR

Prise en charge éventuelle par votre complémentaire, sous réserve de vos droits et garanties, du supplément de chambre, du forfait journalier et du forfait sur acte supérieur à 120€. Pour tout séjour dont le tarif est inférieur à 120€, vous devez vous acquitter des 20% des frais de clinique et des honoraires du praticien (éventuellement pris en charge par votre complémentaire).

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.