


















MA CHAMBRE SOLO

Tarifcation Hôtelière Hospitalisation

	 SOLO CLASSIC	 SOLO CONFORT
 Chambre privée ⁽¹⁾	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Intimités des visites	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Télévision	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Petit déjeuner classique ⁽²⁾	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Petit-déjeuner Plaisir ⁽²⁾	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Wi-Fi haut débit en illimité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Téléphone	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Repas classique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Mes Menus de Chef ⁽²⁾	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Lit et petit déjeuner accompagnant	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Trousse de toilette bien être	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Linge de toilette et peignoir à disposition	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Kit repos CONFORT (Masque de sommeil, plaid, boules quies)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

SOLO CLASSIC

130€ /jour

SOLO CONFORT

200€ /jour

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

 Vous pouvez compléter avec les prestations suivantes :

Repas de l'accompagnant **25 €**

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

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.

NOM: _____

Prénom: _____



MA CHAMBRE BULLE

Tarifification 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.