

VOTRE SÉJOUR À LA CLINIQUE MONT-LOUIS

EN AMBULATOIRE (Tarifs au 1^{er} juillet 2020)

CONTACT
Tél : 5949
Mail : OCSejours@clinique-mont-louis.fr

La prise en charge à la clinique Mont-Louis se fait sur la base d'une chambre double. Pour plus de confort, nous vous proposons des prestations hôtelières et restauration complémentaires.

SÉLECTIONNEZ L'OFFRE HÔTELIÈRE DONT VOUS SOUHAITEZ BÉNÉFICIER

(merci de cocher la case correspondante)

	TARIF	
	Chirurgie et endoscopie	Esthétique et plastique
☐  ☐ Connexion wifi 5 € pour 24h ☐ Télévision 6 € pour 24h ☐ Ouverture ligne téléphonique 5,35 €	0 €	0 €
☐  - Chambre particulière AGATE, douche individuelle, coffre fort au bureau des admissions - Télévision, connexion wifi, téléphone (hors consommation)	60 €	150 €
☐  - Chambre particulière OPALE, douche individuelle, toilettes et vasque individuels, coffre fort en chambre - Goûter prestige, chaussons, trousse de toilette OPALE - Télévision, connexion wifi, téléphone (hors consommation)	150 €	220 €
☐  - Chambre particulière TOPAZE, douche individuelle, toilettes et vasque individuels, coffre fort en chambre, coin salon/ accompagnant, chaussons, trousse de toilette TOPAZE - Goûter prestige, pack repas accompagnant prestige - Télévision, connexion wifi, téléphone (hors consommation)	210 €	300 €

SÉLECTIONNEZ LA OU LES PRESTATION(S) COMPLÉMENTAIRE(S) DONT VOUS SOUHAITEZ BÉNÉFICIER

(merci de cocher la case correspondante)

REPAS

chambres AMBRE et AGATE

☐ Goûter prestige 5 € - Quantité :

Avez-vous des allergies alimentaires :

CONFORT

CHAMBRE

AMBULATOIRE

☐ Trousse de toilette OPALE 8 €
 ☐ Trousse de toilette TOPAZE 12 €
 ☐ Pack toilette (drap de bain et serviette de toilette) 5 €

Tout choix coché fait acte d'acceptation. Votre demande sera satisfaite en fonction de nos disponibilités. Le choix de chambre s'applique pour la durée complète du séjour, toute modification doit être formalisée en remplissant une nouvelle demande de suppléments à l'accueil. Nous vous remercions de votre compréhension et ferons le maximum pour vous donner satisfaction dans les meilleurs délais.

[illegible]

Je soussigné(e)
certifie avoir pris connaissance des conditions de facturation et des suppléments de frais de séjour que je devrai régler à la sortie.

Nom du chirurgien :

Date d'admission :

Date :

MLC-2021-F0-40.2