

		Forfait multimédia*	Journal	Kit de toilette**	Petit-déjeuner continental	Repas prestige	Oui	Non	SOUHAIT CHAMBRE EN HOSPITALISATION
80€/j	Chambre particulière selon disponibilité						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
100€/j	Chambre confort selon disponibilité	✓	✓				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
150€/j	Chambre sérénité avec certitude	✓	✓	✓	✓		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
200€/j	Chambre exclusive avec salon privatif	✓	✓	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
45€/j	Chambre particulière selon disponibilité						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
45€/j	Espace individuel Réservé à l'ophtalmologie	✓ Hors télévision					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
50€/j	Chambre confort selon disponibilité	✓ Hors téléphone	✓				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SOUHAIT CHAMBRE EN AMBULATOIRE

CHOIX DE VOS PRESTATIONS (SI NON INCLUSES DANS VOS CHAMBRES)

Forfait multimédia*	Téléphone <i>Ouverture de la ligne. Les appels seront facturés à votre sortie (0,20/impulsion). Le téléphone est sous votre responsabilité.</i>	5,50€ <i>Quelle que soit la durée du séjour.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Télévision <i>La télécommande sera remise par l'accueil lors de votre entrée.</i>	6€/j <i>Nb de jours :</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	WIFI <i>Vos identifiants vous seront remis par le personnel de l'accueil.</i>	3€/j <i>Nb de jours :</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kit de toilette** <i>Ce kit comprend : sac, linge de toilette, gel douche, shampoing, kit dentaire, kit coton-tige, lime à ongles et coton.</i>	12€	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Accompagnant <i>(Uniquement pour les patients en chambre particulière) Lit / Repas / Petit-déjeuner</i>	Nuit+Petit-dej : 20€ Nb : Repas : 11€ Nb :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assurez-vous auprès de votre mutuelle du niveau de prise en charge des prestations payantes. À défaut d'accord de prise en charge, ces prestations vous seront facturées.

Je m'engage à régler, à la fin de mon hospitalisation, les frais non pris en charge par ma caisse d'Assurance Maladie ou par ma mutuelle et je déclare avoir été informé-e des bases de tarification concernant les honoraires, les frais de séjour, les forfaits d'établissement, ainsi que les suppléments facultatifs.

Fait à Trélazé, le : Signature du patient ou de son représentant légal :