



# Prestations hôtelières

Cochez les prestations hôtelières dont vous souhaitez bénéficier pour votre séjour.  
Nous nous efforcerons d'y répondre sous réserve de disponibilité de ces prestations.

## **Chambre particulière « Privilège »**

60 € par jour

- Chambre individuelle
- TV
- Internet par WIFI
- Ouverture de la ligne téléphonique

### Les + de la formule :

- + Les services inclus à un prix plus attractif qu'à la carte
- + Vous bénéficiez de l'intimité d'une chambre individuelle
- + Cette formule peut être prise en charge selon les complémentaires santé.  
Renseignez-vous auprès de votre mutuelle !

## **Chambre standard**

40 € par jour

## **Chambre double** (chambre partagée à 2 patients)

PEC Ass. Maladie

### Par la signature de ce document vous attestez :

- Que les options cochées correspondent bien à la demande formulée
- Avoir été informé que ces prix sont facturés y compris en cas de permission de week-end
- Avoir été informé que la somme non prise en charge par la mutuelle vous sera directement facturée

## AUTRES SERVICES

### Télévision (Chaines nationales + TNT)

- 6€ par jour
- 30€ par semaine (7jours)
- 60€ par mois (30 jours)

### Ouverture de ligne téléphonique

- 5€

### Internet par WIFI

- 2,40€ par jour
- 14,50€ par semaine (7 jours)
- 48€ par mois (30 jours)

- Linge  25€ par filet

Date : .....

Signature du patient : .....

Etiquette patient



## **Incapacité à formuler une demande / incapacité d'écrire :**

*Si la demande n'est pas faite par le patient lui-même (ex : représentant légal)*

NOM Prénom : .....

Qualité (tuteur, ...) : .....

- Que les options cochées correspondent bien à la demande formulée
- Avoir été informé que ces prix sont facturés y compris en cas de permission de week-end
- Avoir été informé que la somme non prise en charge par la mutuelle vous sera directement facturée

DATE : .....

Signature : .....

*Si le patient est dans l'incapacité d'écrire / signer sa demande*

Si vous ne pouvez pas écrire, deux témoins attestent que la demande respecte votre volonté libre et éclairée.

Témoin 1 :

NOM : ..... Prénom : .....

Qualité : .....

Fait le ..... La Membrolle sur Choixille

Signature : .....

Témoin 2 :

NOM : ..... Prénom : .....

Qualité : .....

Fait le ..... La Membrolle sur Choixille

Signature : .....