

## SELECTIONNEZ VOTRE NIVEAU DE CONFORT

		Forfait Confort	Espace individuel	Chambre particulière
<b>Tranquillité</b>	Chambre privée			✓
	Box individuel		✓	
	Coffre fort			✓
	Toilettes individuelles			✓
	Douche individuelle			✓
<b>Divertissement</b>	TV	✓	✓	✓
	Wifi illimité	✓	✓	✓
	Revue TV / Jeux	✓	✓	✓
<b>Convivialité</b>	Pause gourmande	✓	✓	✓
	Instant accompagnant	✓	✓	✓
<b>Bien-Être</b>	Serviette main	✓	✓	✓
	Trousse bien-être	✓	✓	✓
<b>Hygiène</b>	Solution Hydro Alcoolique	✓	✓	✓
<b>Tarif par jour TTC au 30 novembre 2020</b>		<b>15 €</b>	<b>25 €</b>	<b>45 €</b>
<b>Sélectionnez votre niveau de confort</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je m'engage par conséquent à régler, à la sortie de l'établissement tous les suppléments que j'ai coché ci-dessus dans les prestations, options non prise en charge, totalement ou partiellement, par un organisme tiers-payeurs. Je suis invité(e) à effectuer auprès de l'administration le dépôt des sommes d'argent et objets de valeur en ma possession et dégage la responsabilité de la clinique en cas de perte ou de vol si refus à cette formalité.

A SARAN, le .....

Signature du patient

**Étiquette du patient**

Informations à donner à votre mutuelle :  
N° FINESS : 450010079  
DMT 181  
N° Fax : 0238796069

## SELECTIONNEZ VOTRE NIVEAU DE CONFORT

		Chambre Particulière	Chambre Premium	Chambre Privilège
<b>Tranquillité</b>	Chambre privée	✓	✓	✓
	Coffre fort	✓	✓	✓
	Toilettes individuelles	✓	✓	✓
	Douche individuelle	✓	✓	✓
<b>Sérénité</b>	Garantie de réservation		✓	✓
<b>Divertissement</b>	TV		✓	✓
	Wifi illimité		✓	✓
	Revue TV / Jeux		✓	✓
	Presse du jour			✓
<b>Convivialité</b>	Chevet réfrigéré			✓
	Bouilloire			✓
	Bouteille d'eau			✓
	Thé, café, sucre			✓
<b>Bien-Être</b>	Serviette main		✓	✓
	Trousse bien-être		✓	✓
	Chaussons		✓	✓
	Peignoir			✓
	Serviette et tapis de douche			✓
<b>Hygiène</b>	Solution Hydro Alcoolique	✓	✓	✓
<b>Tarif par jour TTC au 30 novembre 2020 y compris le jour de sortie</b>		<b>85 €</b>	<b>115 €</b>	<b>150 €</b>
<b>Sélectionnez votre niveau de confort</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vous souhaitez également :

Wifi : 5€/jour (à voir directement à la boutique)

Télévision : 6,50€/jour

Téléphonie : 5€/séjour

Nuit accompagnant : 35€/nuit

(pour les enfants de moins de 11 ans,

sauf Maternité, à voir directement avec le service)

A SARAN, le .....

Je m'engage par conséquent à régler, à la sortie de l'établissement tous les suppléments que j'ai coché ci-dessus dans les prestations, options non prise en charge, totalement ou partiellement, par un organisme tiers-payeurs. Je suis invité(e) à effectuer auprès de l'administration le dépôt des sommes d'argent et objets de valeur en ma possession et dégage la responsabilité de la clinique en cas de perte ou de vol si refus à cette formalité.

Signature du patient

Étiquette du patient

Informations à donner à votre mutuelle :

N° FINESS : 450010079

DMT 181

N° Fax : 0238796069