

Je soussigné(e)
déclare avoir pris connaissance des tarifs des prestations complémentaires pour exigence particulière du patient appliqués au sein de l'établissement pour mon séjour prévu le
à ma charge et/ou celle de ma mutuelle, et reconnais avoir choisi les prestations sélectionnées ci-dessous.

	PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES		
	Chambre DOUBLE/SALON ⁽¹⁾ 18 €	Chambre INDIVIDUELLE 38 €	Chambre PRIVILEGE 55 €
Chambre particulière	✗	✓	✓
Télévision	✓	✓	✓
Wi-fi	✓	✓	✓
Collation*	Ambulunch	Ambulunch	Gourmande
Journal local	✗	✗	✓
Solution hydro-alcoolique (flacon)	✗	✗	✓
Trousse de toilette (brosse à dents, dentifrice, peigne, gel douche, shampoing, lait pour le corps, galet de savon)...	O	O	O
Mise à disposition d'un peignoir	✗	✗	✓
Parking	✗	✗	✓
Tarif par jour d'hospitalisation – Votre choix	☐	☐	☐
Options pour chambre double	Télévision 6.50 € ☐ Trousse de toilette 5.00€ ☐		

✓ inclus ✗ indisponible O en option *Le service des repas est conditionné aux contraintes de régime liées au protocole de soins.

⁽¹⁾Selon la nature de votre intervention et la prescription médicale, vous pourrez être amené à séjourner dans un salon avec fauteuil ou dans une chambre avec un lit.

PARTICIPATIONS LIÉES A VOTRE HOSPITALISATION

Je déclare être informé (e) :

- du paiement de la **Participation Assuré Transitoire (PAT)** forfaitaire de 18, 00 € par séjour sauf en cas de prise en charge par la mutuelle ou de dérogations prévues par la loi.
- du paiement des **prestations complémentaires et options** choisies ci-dessus.

Je m'engage à régler la totalité des frais susmentionnés à ma charge le jour de ma sortie de l'établissement.

Fait à , le

Signature

En qualité ☐ de patient

☐ autre : à préciser