

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.

Tarif par jour y compris le jour de sortie	PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES			
	Chambre INDIVIDUELLE 80 €	Chambre AVANTAGE 94 €	Chambre PREFERENCE 119 €	Chambre GRAND CONFORT 139 €
Chambre particulière	✓	✓	✓	✓
Télévision	O	✓	✓	✓
Téléphone (ouverture de la ligne) (hors communications 0.15€/ unité)	O	✓	✓	✓
Wi-fi (sur demande)	✓	✓	✓	✓
Presse quotidienne (sauf week-end et férié)	x	x	✓	✓
Petit déjeuner*	Classique	Plaisir	Plaisir	Plaisir
Déjeuner*/Dîner*	Classique	Classique	Classique	Plaisir
Gouter* (sauf week-end et férié)	x	x	✓	✓
Plateau courtoisie (sauf week-end et férié)	x	x	x	✓
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 de linge de toilette (1 serviette, 1 drap de bain, 1 tapis de bain, 2 gants de toilette) et 1 peignoir (par séjour)	O	O	O	✓
Formule accompagnant / jour (lit + petit-déjeuner)	O	O	✓	✓
Parking	x	x	✓	✓
Accueil & services personnalisés	x	x	x	✓
Tarif par jour d'hospitalisation – Votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

✓inclus x indisponible O en option

\*Le service des repas est conditionné aux contraintes de régime liées au protocole de soins

OPTIONS A LA CARTE POUR TOUTES LES CATEGORIES DE CHAMBRES	
Télévision/jour	6.50 € <input type="checkbox"/>
Téléphone/séjour (hors communication 0.15€/unité)	6.00 € <input type="checkbox"/>
Trousse de toilette	5.00 € <input type="checkbox"/>
Linge de toilette /séjour	10.00 € <input type="checkbox"/>
Formule accompagnant / jour (lit + petit déjeuner)	23.00 € <input type="checkbox"/>
Petit déjeuner plaisir /repas	8.00 € <input type="checkbox"/>
Déjeuner ou Dîner Classique / repas (Entrée + plat + dessert)	11.50 € <input type="checkbox"/>
Déjeuner ou Dîner Plaisir / repas (Entrée + plat + dessert)	22.00 € <input type="checkbox"/>

## PARTICIPATIONS LIÉES A VOTRE HOSPITALISATION

Je déclare être informé(e) :

- du paiement du **Forfait Hospitalier** de 20,00 € par jour y compris le jour de sortie (conformément à l'art. du décret n°2019-719 du 08.07.2019) sauf en cas de prise en charge par la mutuelle ou de dérogations prévues par la loi.
- du paiement de la **Participation Assuré Transitoire (PAT)** forfaitaire de 24,00 € 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 .....