

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			
	FAST-TRACK	Chambre DOUBLE/SALON ⁽¹⁾ 18 €	Chambre INDIVIDUELLE 41 €	Chambre PRIVILEGE 57 €
Chambre particulière		x	✓	✓
Télévision		✓	✓	✓
Téléphone (hors communications 0.15€/ unité)		x	x	x
Wi-fi		✓	✓	✓
Collation*		Ambulunch	Ambulunch	Gourmande
Journal local		x	x	✓
Solution hydro-alcoolique (flacon)		x	x	✓
Trousse de toilette (brosse à dents, dentifrice, peigne, gel douche, shampoing, lait pour le corps, galet de savon)	Définit selon l'intervention pratiquée	O	O	O
Mise à disposition d'un peignoir		x	x	✓
Parking		x	x	✓
Tarif par jour d'hospitalisation – Votre choix		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Options pour chambre double			Télévision 6.50 € <input type="checkbox"/> Trousse de toilette 5.00 € <input type="checkbox"/>	

✓ inclus x 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 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 mon entrée dans l'établissement.

Fait à, le

Signature

En qualité de patient

autre : à préciser