

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 15 €	Chambre PARTICULIERE 65 €	Chambre PARTICULIERE + 70 €
Chambre particulière	✗	✓	✓
Cabinet de toilette	✓	✓	✓
Douche	✗	✗	✓
Télévision	✓	✓	✓
Téléphone (grille tarifaire des coûts de communication disponible à l'accueil)	○	○	○
Wi-fi	✗	✗	✗
Collation	Classique	Classique	Classique
Solution hydro-alcoolique (flacon)	✓	✓	✓
Coffre	✓	✓	✓
Parking	✓	✓	✓
Boisson chaude ou jus de fruits accompagnant	✓	✓	✓
Tarif par jour d'hospitalisation - Votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Options	Caution télévision 45 € <input type="checkbox"/> Téléphone 5.34 € <input type="checkbox"/> Boissons non alcoolisées 2€ <input type="checkbox"/> Goûter boisson-biscuit 2.50 € <input type="checkbox"/> Sandwich + fruits ou laitage 5 € <input type="checkbox"/> Repas accompagnant 11 € <input type="checkbox"/>		

✓ inclus ✗ indisponible ○ en option

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 sus-mentionnés à ma charge le jour de ma sortie de l'établissement.

Fait à , le

Signature

En qualité de patient

autre : à préciser