

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 DOUBLE	Chambre PARTICULIERE 65 €	Chambre PARTICULIERE + 70 €
Chambre particulière	✗	✓	✓
Cabinet de toilette	✓	✓	✓
Douche	✗	✗	✓
Télévision (caution de 45€)	○	✓	✓
Téléphone (ouverture de la ligne) (grille tarifaire des coûts de communication disponible à l'accueil)	○	○	○
Wi-fi	✗	✗	✗
Petit-déjeuner	Classique	Classique	Classique
Déjeuner /Dîner	Classique	Classique	Classique
Goûter	✓	✓	✓
Solution hydro-alcoolique (flacon)	✓	✓	✓
Formule accompagnant (lit + repas)	✗	Lit : 20€ Repas : 11€	Lit : 20€ Repas : 11€
Coffre	✓	✓	✓
Parking	✓	✓	✓
Tarif par jour d'hospitalisation - Votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

✓ inclus ✗ indisponible ○ en option

OPTIONS A LA CARTE POUR TOUTES LES CATEGORIES DE CHAMBRES	
Télévision /jour (chambre double)	3 € <input type="checkbox"/>
Téléphone /séjour (hors communications x€ /unité)	5.34 € <input type="checkbox"/>
Boissons non alcoolisées	2 € <input type="checkbox"/>
Goûter : boisson-biscuit	2.50 € <input type="checkbox"/>
Sandwich + fruit ou laitage	5 € <input type="checkbox"/>
Repas accompagnant (chambre particulière)	11 € <input type="checkbox"/>
Lit accompagnant (chambre particulière)	20 € <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 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