

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 particulière ambu 30 €	
Chambre particulière	✓
Télévision (Canal +)	✓
Téléphone (ligne téléphonique permettant de recevoir des appels)	✓
Wi-fi	✗
Collation	✓
Salon de sortie	✓
Solution hydro-alcoolique (flacon de 30 ml)	✓
Coffre (Bureau des admissions et sorties)	✓
Parking	Gratuit
Tarif par jour d'hospitalisation - Votre choix	<input type="checkbox"/>
Options pour l'accompagnant (commande et règlement directement à l'accueil avant 10h00)	

✓ 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 .....