



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	
	Pass Hospitalisation CLASSIQUE 75 €	Pass Hospitalisation CONFORT 85 €
Chambre particulière	✓	✗
Chambre particulière confort (avec douche)	✗	✓
Télévision (6 € / jour et caution de 50 €)	○	○
Téléphone (ouverture de la ligne 6 €) (hors communications 0,30 € TTC / unité)	○	○
Wi-fi	✗	✗
Petit-déjeuner	✓	✓
Déjeuner /Dîner	✓	✓
Solution hydro-alcoolique (flacon de 30 ml)	✗	✓
Formules accompagnant	○	○
Coffre (Bureau des admissions et sorties)	✓	✓
Parking	Gratuit	Gratuit
Tarif par jour d'hospitalisation - Votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

✓ inclus ✗ indisponible ○ en option

OPTIONS A LA CARTE POUR TOUTES LES CATEGORIES DE CHAMBRES	
Télévision / jour	6 € <input type="checkbox"/>
Téléphone / séjour (hors communications 0,30 € TTC / unité)	6 € <input type="checkbox"/>

Possibilité de paiement en différé, possibilité de paiement en plusieurs fois, appel de taxi pour sortie non-conventionnée, envoi de duplicatas après la sortie

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