

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 INDIVIDUELLE 61 €	Chambre AVANTAGE 75 €	Chambre PRIVILEGE 91 €
Chambre particulière	✓	✓	✓
Télévision	○	✓	✓
Téléphone (ouverture de la ligne) (hors communication X€/unité)	○	✓	✓
Wi-fi	✓	✓	✓
Presse quotidien	✗	✗	✓
Petit-déjeuner	Classique	Plaisir	Plaisir
Déjeuner/dîner	Classique	Classique	Prestige
Trousse Océan (brosse à dents, dentifrice,savon,shampoing)	○	○	✓
Mise à disposition de linge de toilette (1 kit/semaine)(drap de bain, serviette de toilette, gant de toilette)	○	○	✓
Formule accompagnant (lit+petit déjeuner)	○	○	○
Plateau courtoisie	○	○	✓
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	5€ <input type="checkbox"/>
Forfait accompagnant (lit + petit déjeuner en chambre seule uniquement)	16 € <input type="checkbox"/>
Plateau courtoisie	5 € <input type="checkbox"/>
Trousse de toilette /séjour (brosse à dents, dentifrice, savon, shampoing)	5 € <input type="checkbox"/>
Linge de toilette / séjour	10 € <input type="checkbox"/>
Ouverture de ligne téléphonique (par séjour)	3,90 € <input type="checkbox"/>
Communication téléphonique (à l'unité)	0,20 € <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