



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 CONFORT 125 €	Chambre PREMIUM 250 €
	(1)	(2)
Chambre particulière	✓	✓
Télévision	✓	✓
Téléphone (communications 0.62 €/ unité)	○	○
Wi-fi	✓	✓
Petit-déjeuner	Classique	Classique
Déjeuner /Dîner	Classique	Classique
Goûter	Classique	Chef Michalak
Offre musicothérapie (A)	✗	✓
Service de voiturier / 24 heures (B)	25 €	25 €
Coffre	✓	✓

✓ inclus ✗ indisponible ○ en option

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 : (1) (2) (A) (B)

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