

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		
	CLASSIQUE 68 €	CONFORT 98 €	Chambre individuelle 125 € / 250 €
	(1)	(2)	(3) / (4)
box individuel /chambre particulière	✓	✓	✓
Télévision	✗	✗	✓
Téléphone (communications 0.62 €/ unité)	✗	✗	○
Wi-fi	✓	✓	✓
Collation	Classique	Chef Michalak	Classique / Chef Michalak
Musicothérapie (A)	9 €	✓	✓
Coffre	✓	✓	✓
Service de voiturier (B)	15 €	15 €	15 €

✓ inclus ✗ indisponible

## 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 :  
(1) (2) (3) (4) (A) (B)

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 .....