

NOM : PRENOM :
Séjour prévu le

déclare avoir pris connaissance des tarifs **des prestations complémentaires** proposées par l'établissement, frais qui seront à ma charge et/ou celle de ma mutuelle.

Je reconnais vouloir bénéficier des prestations choisies ci-dessous :

Tarif par jour y compris le jour de sortie <i>Selon décret 2019-719 du 08/07/2019</i>	CHAMBRE PARTICULIÈRE CONFORT 98 €	CHAMBRE PARTICULIÈRE 78 €
Chambre individuelle	✓	✓
Coffre	✓	✓
Télévision	✓	<i>en option</i>
Téléphone (hors communications)	✓	<i>en option</i>
Wifi	✓	<i>en option</i>
VOTRE CHOIX	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>

Si je ne choisis aucune de ces prestations, je serai en chambre double sans supplément.

OPTIONS A LA CARTE	
Télévision	<input type="radio"/> 6 €/jour
Téléphone (hors communications 0.30€/unité)	<input type="radio"/> 6 €/séjour
Wifi	<input type="radio"/> 8 €/séjour
Formule accompagnant (lit + petit déjeuner)	<input type="radio"/> 15 €
Repas accompagnant	<input type="radio"/> 9 €

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 En qualité : de patient

Signature



autre (parent, tuteur...) : à préciser
.....