Clinique Richelieu
Saintes

VIVALTO SANTÉ

SERVICE AMBULATOIRE
PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

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 :

	CHAMBRE PARTICULIÈRE 53 €	**PASS AMBU 17 €**
Chambre individuelle	✓	Non
Coffre	✓	✓
Collation plaisir	✓	✓
Télévision	✓	✓
Wifi (8€ pour le séjour)	✓	en option
VOTRE CHOIX	**Oui** ○ **Non** ○	**Oui** ○ **Non** ○

Si je ne choisis aucune de ces prestations, je serai en chambre double avec une collation basique (1 cookie, 1 boisson chaude, 1 bouteille d'eau, 1 compote) sans supplément.

PARTICIPATIONS LIÉES A VOTRE HOSPITALISATION

Je déclare **être informé (e) :**

- du paiement de la **P**articipation **A**ssuré **T**ransitoire **(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

☐autre (parent, tuteur, …) : à préciser……

Signature