

AMBULATOIRE

Informations tarifaires

Catégorie prestation	Je prends soin de moi	Je souhaite être seul(e)
Tarifs	90€ / jour	50€ / jour
Espace individuel	✓	✓
Télévision	✓	✗
(I) Sous réserve de disponibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je ne souhaite pas de chambre individuelle ou d'espace privatif et serai hébergé(e) en espace commun.

Je comprends que :

- Si l'établissement ne peut répondre favorablement à ma demande de chambre seule, je séjournerai en chambre double ou espace commun et les prestations à la carte disponibles seront à ma charge
- Les accompagnants ne sont pas autorisés en espace collectif (hors mineurs)

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 reconnaît avoir choisi les prestations sélectionnées précédemment.

Participations liées à votre hospitalisation :

Je déclare être informé(e) :

- du paiement de la Participation Assuré Transitoire (PAT) forfaitaire de 24€ par séjour sauf en cas de prise en charge par la mutuelle ou de dérogations prévues par la loi.
- du paiement des prestations complémentaires choisies précédemment.

Aucun autre frais que ceux correspondant à des prestations de soins rendues ou, le cas échéant, à des exigences particulières (prestations accompagnant et de confort), que vous auriez sollicitées ne peut vous être facturé. Le montant de ces exigences particulières, dont la liste est strictement définie par la réglementation et comprend notamment l'accès à une chambre particulière, doit vous être communiquée avant la réalisation de la prestation de soins.

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

En qualité de Patient
 Autre

Signature :