

Je soussigné(e), né(e) leà....., déclare avoir bien pris connaissance des tarifs des prestations pour exigence particulière du patient appliquées au sein de l'établissement, qui seront à ma charge directement et/ou à celle de ma mutuelle le cas échéant, et reconnais avoir choisi les prestations cochées ci-dessous, pour mon séjour prévu le / /

OFFRE AMBULATOIRE

	FORFAIT AMBULATOIRE	CHAMBRE PARTICULIERE AMBULATOIRE*
Chambre individuelle		✓
Coffre sécurisé / Armoire sécurisée		✓
Serviette (mise à disposition)		✓
Wifi	✓	✓
Trousse de bienvenue	✓	✓
Collation gourmande	✓	✓
Tarifs / jour	60 €	130 €
Choix du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Sous réserve de disponibilité.

Les tarifs sont TTC.

A défaut de choix, une collation simple de réalimentation sera servie et aucune autre prestation de confort ci-dessus ne sera délivrée.

PARTICIPATIONS OBLIGATOIRES LIÉES À VOTRE HOSPITALISATION

	Montant à régler lors de votre sortie conformément à la réglementation et aux tarifs en vigueur
Participation forfaitaire : (pour tout acte égal ou supérieur à 120€) Pour tout acte inférieur à 120€, un ticket modérateur pourra vous être demandé. Ces montants peuvent vous être remboursés par votre complémentaire santé.	24 €/séjour

Fait àLe

Signature du patient :