

**SERVICE MATERNITE**

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.



\*Hors jour de sortie.

\*\* repas supplémentaire : 18 €

**PARTICIPATIONS LIÉES A VOTRE HOSPITALISATION**

Je déclare**être informé (e) :**

* du paiement des **prestations complémentaires et options** choisies ci-dessus.

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