Clinique du Sport
Bordeaux-Mérignac

SERVICE AMBULATOIRE

INFORMATION TARIFAIRE

Prestations conventionnées Assurance Maladie

Participation Assuré Transitoire (PAT) fixée par arrêté ministériel ..... **24€ / Séjour ***

La Participation Assuré Transitoire (PAT) est une participation forfaitaire, demandée par l'Assurance Maladie au patient, pour les actes médicaux dont le tarif est supérieur ou égal à 120€. Ces frais peuvent être pris en charge en tout ou partie par votre mutuelle selon votre contrat.
* Exonération du forfait de 24€ : CMU-CSS, Accident du travail, Invalidité, Régime SNCF

Nom, Prénom : ..... **Date d'intervention :** .....

1- Je choisis le box ambulatoire * :
Cocher la prestation choisie

	PRESTATIONS AMBULATOIRES	
	☐ **AMBU - PASS** 49€	☐ **AMBU - PREMIUM** 65€ **A CHOISIR AU PLUS TARD 24H AVANT VOTRE ADMISSION**
Box individuel	✓	✓
Collation	Standard	Confort *
Tablette tactile pour TV & WIFI	✓	✓
Vestiaire sécurisé	✓	✓
Parking	●	✓

✓ Inclus ● En option sur demande

** Collation CONFORT : 1 salade de pâtes et crudités, 1 gâteau aux pommes "maison", 1 yaourt bio, 1 bouteille d'eau 50cl, 1 bouteille de jus d'orange, 1 boisson chaude (thé/Café/Chocolat)*

2- Je règle avant mon admission grâce au paiement en ligne : https://www.cliniquedusport-bx.fr/Paiement-en-ligne

- Box AMBU - PASS : 49€ + 24€ de forfait sécurité sociale → Montant à régler : 73€
- Box AMBU - PREMIUM : 65€ + 24€ de forfait sécurité sociale → Montant à régler : 89€

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-dessus.

Participations liées à votre hospitalisation :

Je déclare être informé(e) :
- du paiement du forfait hospitalier de 20€/jour y compris le jour de sortie sauf en cas de dérogations prévues par la loi. Ce forfait ne sera facturé que si vous devez être hospitalisé(e) le soir de votre intervention (sortie reportée au lendemain) ;
- du paiement de la Participation Assuré Transitoire (PAT) forfaitaire de 24€/séjour sauf en cas de prise en charge par la mutuelle ou de dérogations prévues par la loi ;
- du paiement des prestations complémentaires choisies ci-dessus.

Aucun autre frais que ceux correspondant à des prestations de soins rendues ou, le cas échéant, à des exigences particulières (prestations accompagnant, de confort, etc) que vous auriez sollicitées ne peut vous être facturé. Le montant de ces exigences particulières, dont la liste est strictement définie par la règlementation (Art. R.162-27 Code de la sécurité sociale), doit vous être communiqué avant la réalisation de la prestation de soins.

Je m'engage à régler la totalité des frais susmentionnés à ma charge le jour de ma sortie de l'établissement.

Fait à ..... Le : ..... Signature

En qualité de : ☐ patient ☐ autre .....