



DEMANDE DE PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES

CHAMBRE (cocher la case correspondante à votre souhait)	
▪ Chambre particulière (CP) ⇨ 40 €/ jour <i>Sous réserve de disponibilité.</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (chambre double sans supplément)

AUTRES PRESTATIONS (cocher la case correspondant à votre souhait)		
▪ Télévision ⇨ 4,5 €/jour <i>Chèque de caution de 30 € pour la télécommande</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
▪ Téléphone ⇨ ouverture de ligne :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Afin d'éviter de faire l'avance des frais, fournir **impérativement au plus tard le jour de votre admission** une prise en charge de votre mutuelle.

RENSEIGNEMENTS À FOURNIR À VOTRE MUTUELLE :

Hospitalisation Médecine carcinologique (DMT 126)
Mode de traitement **03** (Hospitalisation complète)
N° de Fax de l'Institut Sainte Catherine : **04.90.27.63.20**
Code Finess de l'Institut Sainte Catherine : **840 000 350**

Mme Mlle M. :s'engage à payer les frais liés aux différentes prestations demandées ci- dessus.

NB : Ce document devra être remis au bureau des entrées le jour de votre admission

Date : /___/___/___/

Signature :