

Je soussignée (NOM, Prénom, Date de naissance)..... déclare avoir pris connaissance du contenu et des tarifs des prestations pour exigence particulière du patient proposées au sein de l'établissement, à ma charge et/ou à celle de mon organisme complémentaire d'assurance maladie, et reconnais avoir choisi les prestations optionnelles sélectionnées ci-dessous en cochant la ou les case(s) correspondante(s).

Souhaitez-vous bénéficier d'une chambre particulière ?	COSY	BABY	FAMILY	FAMILY+ (A partir du 01/03/23)
Chambre particulière*	✓	✓	✓	✓
Téléphone (ouverture de ligne téléphonique + 1€ de communication)		✓	✓	✓
Télévision (TNT)		✓	✓	✓
Wifi		✓	✓	✓
1 livre photo Cewe à créer soi-même en ligne (sans lien avec prestation photographie)		✓	✓	✓
1 ticket de parking co-parent		✓	✓	✓
1 cape de bain bébé		✓	✓	✓
Petit déjeuner continental tous les matins (boisson chaude, mini-viennoiseries, pain aux céréales, beurre, confiture, yaourt, jus d'orange)		✓	✓	✓
Repas gourmands pour le séjour ** (entrée, plat, dessert), en substitution du repas standard			1/jour	1/jour
Co-parent pack nuitée pendant tout le séjour (nuit + petit déjeuner continental)			✓	
Co-parent pack demi-pension pendant tout le séjour (nuit + petit déjeuner continental + 1 repas gourmand/jour)				✓
Mise à disposition de linge de toilette (tapis de bain, drap de bain, serviette – le linge de toilette sera facturé en cas de non restitution)				✓
1 plateau de courtoisie (bouilloire, café, thé)				✓
Tarifs/jour	80€/jour	100€/jour	135€/jour	180€/jour
Votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les tarifs s'entendent TTC et sont applicables par jour du 1^{er} au dernier jour du séjour, jour de sortie inclus. Tarifs au 1^{er} janvier 2023.

*sous réserve de disponibilités. ** sous réserve de contraintes médicales

	SERVICES À LA CARTE				
	Chambre double		Kit d'accueil (trousse et prêt linge de toilette)	Accompagnant	
	Pack TV Wifi	Pack TV Téléphone		Nuit + petit-déjeuner continental	
Tarifs	10€/jour	10€/unité	15€/unité	30€/unité	Du/...../.....
Votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Au/...../.....

Les tarifs s'entendent TTC.

PARTICIPATIONS LIEES A VOTRE HOSPITALISATION

Montants à régler lors de votre sortie suivant la réglementation et les tarifs en vigueur

Forfait journalier (Art. L174-4 du code de la sécurité sociale)	20€/jour
--	----------

Ces montants peuvent le cas échéant vous être remboursés par votre organisme complémentaire d'assurance maladie.

Nombre de case(s) cochée(s) :

Fait àLe

Signature du patient ou de son représentant légal