

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.

SUITE PARENTALE	
Tarif par jour*	Suite parentale 250 €
Suite comprenant un lit double, un salon et une terrasse privative	✓
Terminal multimédia (Télévision, Téléphone**, Radio)	✓
Wi-fi	✓
Repas pour la maman (petit-déjeuner, déjeuner, goûter, dîner)	Gourmand
Repas pour l'accompagnant (petit-déjeuner et au choix déjeuner ou dîner)	Gourmand
Sélection de boissons fraîches et chaudes***	✓
Champagne****	✓
Panier gourmand*****	✓
Trousseau de toilette complet*****	✓
Cadeau pour votre bébé	✓
Déclaration de naissance	✓
Je choisis la prestation	<input type="checkbox"/>

✓ inclus    ✗ indisponible    ○ en option

\*Jour de sortie facturé si sortie après 13H.

\*\*Hors coûts des communications (0.21 €TTC la minute)

\*\*\*Comprend de l'eau plate et pétillante, jus d'orange, café, thé et chocolat

\*\*\*\*Comprend 2 bouteilles de champagne petit format

\*\*\*\*\*Comprend une sélection de produits locaux de saison pouvant varier

\*\*\*\*\*Comprend le linge de toilette, peignoir et produits de toilette.

## 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 .....