

Je soussigné.e : .....

Pour :  Moi-même                      Mon accompagnant.e  
 Mon enfant                      Autre : .....

M'engage à régler, au Groupe Hospitalier Mutualiste, tout supplément en l'absence de prise en charge totale ou partielle par les organismes tiers-payeurs.

Je souhaite bénéficier des services suivants :

### **CHAMBRE PARTICULIÈRE**

---

(dans la limite des disponibilités le jour de votre entrée)

80 € par jour  
60 € par jour pour les adhérents mutuelle MFP

### **LIT ACCOMPAGNANT.E**

---

**15 € par nuit** (gratuit pour les accompagnants de moins de 12 ans)

### **PACK MATERNITE POUR ACCOMPAGNANT.E**

---

**69 € PACK TROIS JOURS** (durée moyenne de séjour) : incluant 3 nuitées, 3 petits déjeuners et 2 repas au choix (un formulaire précis vous sera remis pour les régimes alimentaires, allergies, jour des repas)

Nombre de cases cochées : .....

Date : ..... / ..... / .....

Signature :

*Les tarifs sont ceux en vigueur ce jour.  
Ils sont susceptibles d'être modifiés à la date de votre hospitalisation.*