

# GRILLE TARIFAIRES 2026

## applicable au 1<sup>er</sup> Février 2026

**ARRÊTÉ N° DAPI 2026 / 0006 portant fixation des « tarifs journaliers afférents à un ensemble de prestations relatives à l'hébergement » et du « financement des prestations afférentes à la dépendance » de l'EHPAD Père Faller pour l'année 2026**

### SOCLES DE PRESTATIONS COMPRIS DANS LE TARIF HEBERGEMENT

#### HEBERGEMENT

Hébergement	<b>78,79 €</b>	Hébergement - de 60 ans	<b>99,30 €</b>
Héb. nouvelle chambre	<b>80,79 €</b>	Héb. - de 60 ans nouvelle chambre	<b>101,30 €</b>
Dépôt de garantie	<b>2 000,00 €</b>		

#### DEPENDANCE

GIR 1 et 2	<b>22,84 €</b>	GIR 3 et 4	<b>14,49 €</b>	GIR 5 et 6	<b>6,15 €</b>
------------	----------------	------------	----------------	------------	---------------

#### RESTE A CHARGE

Coût par jour	<b>84,94 €</b>	Coût par jour - de 60 ans	<b>119,81 €</b>
Coût/jour nouvelle chambre	<b>86,94 €</b>	Coût/jour - de 60 ans nouvelle chambre	<b>121,81 €</b>
Réservation par jour	<b>58,79 €</b>	Réservation par jour - 60 ans	<b>79,30 €</b>
Réservation/ jour nouvelle chambre	<b>60,79 €</b>	Réservation/jour - 60 ans nouvelle chambre	<b>81,30 €</b>
Libération*par jour	<b>58,79 €</b>	Libération*par jour - de 60 ans	<b>79,30 €</b>
Libération*/jour nouvelle chambre	<b>60,79 €</b>	Libération*/jour - de 60 ans nouvelle chambre	<b>81,30 €</b>

\* Libération de chambre, facturation de 6 jours maximum

#### ABATTEMENTS

Forfait hospitalier dès le 4e jour	<b>20,00 €</b>	Forfait psychiatrique dès le 4e jour	<b>15,00 €</b>
Déduction forfaire absence pour convenance personnelle	<b>4,60 €</b>		

### SOCLES DE PRESTATIONS NON COMPRIS DANS LE TARIF HEBERGEMENT

#### RESTAURATION VISITEURS

Déjeuner	<b>12,00 €</b>	Dîner	<b>10,00 €</b>
----------	----------------	-------	----------------

#### COMMUNICATION / DIVERS

Timbre	<b>1,52 €</b>	Photocopie	<b>0,60 €</b>	Rejet bancaire	<b>13,50 €</b>
--------	---------------	------------	---------------	----------------	----------------

Ouverture de ligne téléphonique + frais de communication à charge du résident

Prestations de coiffure, d'esthéticienne, pédicure, kinésithérapeut et dentiste voir tarifs affichés au salon de coiffure

Je soussigné(e) M.Mme et/ou .....

Représentant légal .....

Certifie avoir pris connaissance des tarifs de l'année appliqués dans l'établissement.

A ..... Le .....

Signature : Prénom et NOM précédés de la mention "Lu et approuvé"

Le tarif est susceptible d'évoluer annuellement ou plus dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur (décision tarifaire de la CEA / Augmentation du prix libre selon l'indice INSEE).

**Après information au sein de l'établissement, cette annexe doit être signée 30 jours après l'affichage de l'arrêté de tarification. Au-delà de cette date, l'évolution des tarifs est validée et applicable, même si le résident ou le représentant n'a pas signé cette annexe.**