

## ENGAGEMENT À PAYER

Je soussigné·e : .....

Pour :  Moi-même                      Mon accompagnant·e

                    Mon enfant                      Autre : .....

Atteste demander le placement en chambre individuelle, si disponible, ou y consentir<sup>1</sup>.

Je souhaite bénéficier des services suivants, dont tout ou une partie peuvent être pris en charge par ma mutuelle<sup>2</sup>.

### CHAMBRE INDIVIDUELLE

---

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

80 € par jour pour tout patient hospitalisé

60 € par jour pour une hospitalisation en UMAG ou en SMR

### LIT ACCOMPAGNANT·E

---

15 € par nuit (gratuit pour les accompagnants·es des enfants de moins de 12 ans)

Nombre de cases cochées : .....

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

Signature :

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

<sup>1</sup> Je suis déjà en chambre individuelle

<sup>2</sup> Je m'engage à régler, au Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble, tous suppléments en l'absence de prise en charge totale ou partielle par les organismes tiers-payeurs