



Date : .....

Je soussigné(e) : .....

Pour :

Moi-même

Mon conjoint

Mon enfant

.....

M'engage à régler, au Groupe Hospitalier Mutualiste, tous suppléments 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)

Pour les patients adhérents à une mutuelle FNMF (Fédération Nationale de la Mutualité Française)

60 € par jour pour une hospitalisation en médecine/chirurgie/obstétrique (MCO)  
40 € par jour pour une hospitalisation en UMAG ou en SSR.

Pour les patients adhérents à une mutuelle autre :

64 € par jour pour une hospitalisation en médecine/chirurgie/obstétrique (MCO)  
40 € par jour pour une hospitalisation en UMAG ou en SSR.

**Lit accompagnant** (disponible uniquement en chirurgie et maternité et dans la limite des disponibilités le jour de votre entrée)

15 € par nuit avec petit déjeuner inclus (gratuit pour les accompagnants des enfants de moins de 12 ans)

Nombre de cases cochées : .....

**Signature :**

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