

ENGAGEMENT A PAYER



GRUPE HOSPITALIER
MUTUALISTE DE GRENOBLE

Formulaire

Référence : FO-PCP-SEJ-021

Version 8 du 18/06/2015

Date :

Je soussigné(e) :

m'engage à régler, au Groupe Hospitalier Mutualiste, tous frais et suppléments qui ne seraient pas pris en charge par les organismes sociaux.

Je souhaite bénéficier des services suivants :

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

- 75€** par nuit pour les patients hospitalisés en chirurgie 4 (chambre confort avec wifi inclus)
- 52€** par nuit pour les patients hospitalisés en médecine/chirurgie/obstétrique (MCO)
- 40€** par nuit pour les patients hospitalisés en soins de suite et de réadaptation (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)

Téléphone

- **4€50** pour les frais d'ouverture de ligne+ coût des communications

Wi-Fi (sous réserve de couverture réseau)

- **1€** par jour

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.

Formulaire à retourner au bureau des admissions