

FORMULAIRE DE RECUEIL DU CONSENTEMENT CHAMBRE INDIVIDUELLE

Service d'hospitalisation : N° chambre :

Date d'entrée :/...../..... N° Séjour :

INFORMATIONS PERSONNELLES

Je soussigné(e)

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Nom de la Mutuelle / Organisme complémentaire :

CONSENTEMENT ET TARIFS

☐ Demande à bénéficier d'une chambre seule

- J'ai pris connaissance des conditions financières ci-dessous et je les accepte.
- Je suis informé(e) que la demande d'une chambre individuelle ne vaut pas réservation et reste soumise aux disponibilités du service

Type d'hospitalisation	Tarifs *
Chirurgie ambulatoire et hôpital de jour	55 € / jour
Hospitalisation complète MCO et SMR	65 € / jour

**Cette facturation se fera à hauteur de la prise en charge de votre mutuelle.
Vous n'aurez pas de reste à charge**

Fait à :

Le :

SIGNATURE :

