



Hôpitaux Civils
de Colmar

FORMULAIRE DEMANDE / CONSENTEMENT DE CHAMBRE INDIVIDUELLE

Je soussigné(e)

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Date prévisionnelle de séjour :
.....

Nom et adresse de la Complémentaire santé / Mutuelle :
.....
.....

Emplacement étiquette
de séjour

Déclare avoir été informé(e) du tarif de la chambre individuelle de 55.80€ par jour.

La chambre individuelle est attribuée en fonction des disponibilités du service, des impératifs médicaux : elle ne peut être garantie

Oui, j'atteste demander ou consentir au placement en chambre individuelle :

Je m'engage à régler un éventuel reste à charge, non pris en charge par ma mutuelle

Oui, j'atteste demander ou consentir au placement en chambre individuelle :

Uniquement si le montant facturé est intégralement pris en charge par ma mutuelle

Non, je refuse le placement en chambre individuelle

Fait à Colmar, le

Signature de l'hospitalisé(e)

Ou du représentant légal

Lu et approuvé

Lu et approuvé

Document à remettre au service des Admissions (bâtiment 26 ou Pasteur 2), par mail
admissions.hospitalisations@ch-colmar.fr. Pour toute information : 03 89 12 51 51

Version février 2025