



CENTRE HOSPITALIER  
DU SUD SEINE ET MARNE  
FONTAINEBLEAU • MONTEREAU-FAULT-YONNE • NEMOURS

**CENTRE HOSPITALIER DU SUD SEINE-ET-MARNE**  
**Service des Admissions**

**Fontainebleau**

@mail : [be.fon@ch-sud77.fr](mailto:be.fon@ch-sud77.fr)  
CODE FINESS : 77000149  
CODE DMT : \_\_\_\_\_

**Montereau**

@mail : [admission@ch-sud77.fr](mailto:admission@ch-sud77.fr)  
CODE FINESS : 77000164  
CODE DMT : \_\_\_\_\_

**Nemours**

@mail : [be.nem@ch-sud77.fr](mailto:be.nem@ch-sud77.fr)  
CODE FINESS : 77000214  
CODE DMT : \_\_\_\_\_

## CONTRAT - CHAMBRE PARTICULIERE

Le Centre Hospitalier du Sud Seine-et-Marne propose des chambres individuelles aux patients désireux de bénéficier d'une certaine intimité pendant leur séjour à l'hôpital. Celles-ci sont mises à leur disposition en fonction des disponibilités du service, au jour de leur admission.

Les patients en chambre particulière bénéficient des mêmes soins et des mêmes prestations hôtelières que les autres hospitalisés.

Pour bénéficier d'une chambre particulière : Vous devez formuler votre demande en amont ou le jour de votre admission.

**LE SERVICE NE CONNAIT PAS A L'AVANCE LES DISPONIBILITES EN CHAMBRES INDIVIDUELLES.**

C'est uniquement au moment de votre arrivée dans le service d'accueil que le personnel soignant pourra répondre favorablement ou non à votre attente.

### VOUS SOUHAITEZ BENEFICIER D'UNE CHAMBRE PARTICULIERE PENDANT VOTRE SEJOUR

Le supplément correspondant à cette prestation s'élève à **60 € par jour** à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2026.

Le coût de la chambre particulière n'est pas pris en charge par la sécurité sociale (ni par la CMU complémentaire ni par l'Aide Médicale d'Etat).

- Ce supplément est à la charge de votre organisme complémentaire (mutuelle).

- Si vous n'êtes pas bénéficiaire d'un organisme complémentaire, vous serez redevable de la totalité des suppléments à votre sortie.

- Nous vous conseillons de vous renseigner auprès de votre mutuelle en amont de votre admission, afin de connaître précisément les conditions financières de votre prise en charge.

### CONDITIONS D'ENGAGEMENT

Je soussigné(e), M/Mme .....

Né(e) le : .. / .. / .. N° de sécurité sociale : .....

Nom de la complémentaire santé/Mutuelle : .....

Tél. portable : ..... Email : .....@ .....

Date d'entrée prévue : ... / ... / ..... Service : .....

**Atteste :**

- Avoir pris connaissance de l'ensemble des informations relatives aux modalités de fonctionnement des chambres particulières et en accepter les conditions.
- Souhaite bénéficier d'une chambre particulière pour mon séjour et m'engage à régler un éventuel reste à charge.
- Ne souhaite pas bénéficier d'une chambre particulière pendant mon séjour.

A .....

Signature :

Le ... / ... / .....