

HOSPITALISATION SMR

Je choisis ma prestation hôtelière en service de soins médicaux et de réadaptation.

| Offre chambre particulière | Je me fais plaisir, chambre individuelle garantie | Je souhaite être seul(e) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Premium | Individuelle |
| Tarifs | 109 € / jour | 79 € / jour |
| Pack multimédia (téléphone, wifi et télévision connectée) | ✓ | ✗ |
| Presse régionale (Voix du Nord) | ✓ | ✗ |
| Espace salon | ✓ | ✗ |
| Petit déjeuner * Classique : petit déjeuner simple Premium : continental, sans-sel, diabétique |  Premium |  Classique |
| Déjeuner / Dîner * Classique : entrée + plat+ dessert |  Classique |  Classique |
| Coffre | ✓ | ✗ |
| Machiné à café avec dosettes | ✓ | ✗ |
| Trousse bien-être (shampooing, gel douche, savon, bouchons d'oreilles, brosse à dents, dentifrice, mouchoirs, masque de sommeil) | ✓ | ✗ |
| Serviette de toilette Drap de bain | ✓ | ✗ |

Choix de la catégorie de prestation (à cocher)

* sauf contre-indication médicale (par exemple : régime alimentaire spécifique)



Inclus



Non - inclus



Wifi Gratuit pour tous

Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire et je serai hébergé(e) en chambre double. Les accompagnants ne sont pas autorisés en chambre double la nuit.

Je comprends que si l'établissement ne peut répondre favorablement à ma demande de chambre seule, je séjournerai en chambre double et les prestations à la carte disponibles en chambre double seront à ma charge.

Les prestations de chambre seule sont facturées du jour de mon entrée au jour de ma sortie inclus, et ce, quelles que soient les heures d'arrivée et de sortie.

OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

| | Services | Prix | Sélection |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
|  | Télévision | 8 € / jour | <input type="checkbox"/> |
|  | Téléphone : ouverture de ligne, les communications sortantes sont facturées au tarif en vigueur dans l'établissement. | accès réseau : 1.75€ / jour | <input type="checkbox"/> |
|  | Formule accompagnant (lit et petit déjeuner classique) | 25 € / jour | <input type="checkbox"/> |
|  | Repas accompagnant classique | 9 € / repas | <input type="checkbox"/> |
|  | Kit linge de toilette (serviette, drap de bain et trousse bien-être) | 10 € le kit | <input type="checkbox"/> |

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance des tarifs des prestations complémentaires pour exigence particulière du patient appliqués au sein de l'établissement pour mon séjour prévu le à ma charge et/ou celle de ma mutuelle, et reconnais avoir choisi les prestations sélectionnées ci-dessus.

Participations liées à votre hospitalisation :

Je déclare être informé(e) :

- du paiement du forfait hospitalier de 20€/jour y compris le jour de sortie sauf en cas de prise en charge par la mutuelle ou de dérogations prévues par la loi.
- du paiement de la Participation Assuré Transitoire (PAT) forfaitaire de 24€ par séjour sauf en cas de prise en charge par la mutuelle ou de dérogations prévues par la loi.
- du paiement des prestations complémentaires choisies ci-dessus.

Aucun autre frais que ceux correspondant à des prestations de soins rendues ou, le cas échéant, à des exigences particulières (prestations accompagnant et de confort) que vous auriez sollicitées ne peut vous être facturé. Le montant de ces exigences particulières, dont la liste est strictement définie par la réglementation et comprend notamment l'accès à une chambre particulière, doit vous être communiqué avant la réalisation de la prestation de soins.

Je m'engage à régler la totalité des frais susmentionnés à ma charge le jour de ma sortie de l'établissement.

Fait à

Le

En qualité de : patient
 autre

Signature :