

# HOSPITALISATION CHIRURGIE ET MÉDECINE

Je choisis ma prestation hôtelière en service de chirurgie ou de médecine.

	Je me fais plaisir, chambre individuelle garantie	Je suis connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
<b>Offre chambre particulière</b>	Premium	Avantage	Individuelle
<b>Tarifs</b>	139 € / jour	99 € / jour	79 € / jour
<b>Pack multimédia</b> (téléphone, wifi et télévision)	✓ TV connectée	✓	✗
<b>Presse régionale (Voix du Nord)</b>	✓	✓	✗
<b>Petit-déjeuner*</b> Classique : petit déjeuner simple Premium : continental, sans-sel, diabétique	 Premium	 Premium	 Classique
<b>Déjeuner/Dîner *</b> Classique : entrée + plat + dessert Premium : Menu plaisir : entrée + plat + dessert	 Premium	 Classique	 Classique
<b>Coffre</b>	✓	✓	✗
<b>Formule accompagnant</b> (lit, petit-déjeuner et dîner)	 Premium	✗	✗
<b>Machiné à café avec dosettes</b>	✓	✗	✗
<b>Trousse bien-être</b> (shampooing, gel douche, savon, bouchons d'oreilles, brosse à dents, dentifrice, mouchoirs, masque de sommeil)	✓	✗	✗
<b>Serviette de toilette</b> <b>Drap de bain</b>	✓	✗	✗
<b>Choix de la catégorie de prestation (à cocher)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*sauf jour de l'intervention, le type d'intervention et 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 :