





# MÉDECINE ET RÉADAPTATION (SMR)

Je choisis ma prestation hôtelière

	J'accueille mes proches	Je souhaite être seul(e)
<b>TYPE DE CHAMBRE</b>	Premium	Individuelle
<b>TARIF</b>	109 € / jour	79 € / jour
<b>Chambre seule (1)</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Petit déjeuner (2)</b> Classique : petit déjeuner simple Premium : petit déjeuner amélioré	 Premium	 Classique
<b>Déjeuner / Dîner (2)</b> Classique : entrée + plat+ dessert	 Classique	 Classique
<b>Pack Multimédia</b> Téléphone / Télévision connectée / Presse régionale (La Voix du Nord)	<input checked="" type="checkbox"/> TV connectée	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Pack Bien-Etre</b> Linge de toilette, renouvellement quotidien (serviette et drap de bain) Trousse bien-être, une par séjour (shampooing, gel lavant, galet savon et lait pour le corps)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Espace salon / Coffre / Machine à café avec dosettes</b> (3 dosettes par jour)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Choix de la catégorie de prestation (à cocher)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Sous réserve de disponibilité

(2) Sauf contre-indication médicale ou régime alimentaire



Toutes les chambres sont équipées de la wifi sans surcoût



Inclus



Non - inclus

Je ne souhaite pas de chambre particulière et serai hébergé(e) en chambre double.  
Des options à la carte sont disponibles page 2 de ce document (au verso).

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 seront à ma charge (voir verso)
- Les accompagnants ne sont pas autorisés en chambre double la nuit (hors mineurs)
- 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 (sauf en cas de transfert vers une autre structure).

# OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

	Prestation	Prix	Choix Patient
	<b>Télévision</b>	8 €/jour	<input type="checkbox"/>
	<b>Téléphone</b> ouverture de ligne, les communications sortantes sont facturées au tarif en vigueur dans l'établissement.	accès réseau : 1,75€/jour	<input type="checkbox"/>
	<b>Pack Accompagnant</b> Lit / Petit-déjeuner classique	25 €/ nuit	<input type="checkbox"/>
	<b>Repas accompagnant classique</b> (entrée/plat/fromage/dessert)	9 € / repas	<input type="checkbox"/>
	<b>Kit linge de toilette</b> (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 précédemment.

## Participations liées à votre hospitalisation :

Je déclare être informé(e) :

- du paiement du forfait hospitalier de 23€/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 fait que certains actes et soins donnent lieu à un ticket modérateur (PAT, TNJP ..... ) qui représente la part non remboursée par l'assurance maladie. Ce montant reste à ma charge, sauf prise en charge par ma mutuelle ou dérogations prévues par la loi.
- du paiement des prestations complémentaires choisies précédemment,
- de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique «Bloctel», sur laquelle je peux m'inscrire gratuitement (<https://www.bloctel.gouv.fr>).

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 :