Ramsay Santé
Hôpital privé La Louvière

**ETIQUETTE PATIENT**

NOM:_____

Prénom:_____



# MA CHAMBRE SOLO

## Tarification Hôtelière Hospitalisation

| | SOLO CLASSIC | SOLO CONFORT |
|---|---|---|
| Chambre privée [1] | ● | ● |
| Intimités des visites | ● | ● |
| Télévision | ● | ● |
| Petit-déjeuner classique [2] | ● | |
| Petit-déjeuner Plaisir [2] | | ● |
| WIFI haut débit en illimité | ● | ● |
| Téléphone | ● | ● |
| Repas classique | ● | |
| Mes Menus de chef [2] | | ● |
| Lit et petit déjeuner accompagnant | | ● |
| Trousse de toilette bien-être | | ● |
| Linge de toilette et peignoir | | ● |
| Place de parking incluse [3] | | ● |

☐ SOLO **CLASSIC** **130€** /jour

☐ SOLO **CONFORT** **200€** /jour

■ Vous pouvez compléter avec les prestations suivantes :

**Repas de l'accompagnant ❑ 25 €**

**Nuit+Petit-déjeuner Plaisir accompagnant ❑ 60€**

(1) Une chambre partagée, incluant les repas, sans autre service est disponible.
(2) Prestation soumise à validation du personnel soignant.
(3) Prestation limitée à une place et sous réserve de disponibilité.

FORFAIT JOURNALIER 23€/JOUR
FORFAIT SUR ACTE SUPÉRIEUR OU ÉGAL À 120 EUROS__32€/SÉJOUR
La chambre est facturée du jour de l'entrée au jour de la sortie inclus.

Prise en charge éventuelle par votre complémentaire, sous réserve de vos droits et garanties, du supplément de chambre, du forfait journalier et du forfait sur acte supérieur à 120€. Pour tout séjour dont le tarif est inférieur à 120€, vous devez vous acquitter des 20% des frais de clinique et des honoraires du praticien (éventuellement pris en charge par votre complémentaire).

Je soussigné(e) : _____

Avoir pris connaissance des tarifs hôteliers et m'engage à régler les frais de séjour à la sortie de mon hospitalisation.

Date : _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ Signature (lu et approuvé)

Il vous appartient de vous rapprocher de votre complémentaire santé pour connaître le remboursement éventuel des frais de séjour.

Arrêté du 30 mai 2018 : "Aucun autre frais que ceux correspondant à des prestations de soins rendues ou, le cas échéant, à des exigences particulières que vous auriez sollicitées ne peut vous être facturé. Le montant de ces exigences particulières, dont la liste est strictement définie par la règlementation et comprend notamment l'accès à une chambre particulière, doit vous être communiqué avant la réalisation de la prestation de soins. "

version : 07.04.2026

Ramsay Santé
Hôpital privé La Louvière

**ETIQUETTE PATIENT**

NOM:_____

Prénom:_____



# MA CHAMBRE BULLE

# Tarification Hôtelière Ambulatoire

| | BULLE CLASSIC | BULLE CONFORT | BULLE GRAND CONFORT |
|---|---|---|---|
| Chambre privée (1) | ● | ● | ● |
| Télévision | ● | ● | ● |
| Wi-Fi haut débit en illimité | ● | ● | ● |
| Collation (Sucrée : boisson chaude, jus de fruits, croissant, sucre, pain, confiture, beurre) (Salée : boisson chaude, jus de fruits, pain, beurre, emmental, sucre, pain) | ● | | |
| Pause gourmande (2) | | ● | ● |
| Place de Parking Incluse (3) | | ● | ● |
| Boisson chaude pour l'accompagnant | | ● | ● |
| Kit repos CONFORT (Masque de sommeil, plaid, boule quies) | | | ● |
| Trousse de toillette bien-être | | | ● |

| ☐ Bulle **CLASSIC** | ☐ Bulle **CONFORT** | ☐ Bulle **GRAND CONFORT** |
|---|---|---|
| **95€** | **125€** | **155€** |

■ Vous pouvez compléter avec les prestations suivantes :

**Repas de l'accompagnant ❑ 25 €**

(1) Une chambre partagée, incluant une collation, sans autre service est disponible.
(2) Prestation soumise à validation du personnel soignant.
(3) Prestation limitée à une place et sous réserve de disponibilité.

FORFAIT SUR ACTE SUPÉRIEUR OU ÉGAL À 120 EUROS__32€/SÉJOUR

Prise en charge éventuelle par votre complémentaire, sous réserve de vos droits et garanties, du supplément de chambre, du forfait journalier et du forfait sur acte supérieur à 120€. Pour tout séjour dont le tarif est inférieur à 120€, vous devez vous acquitter des 20% des frais de clinique et des honoraires du praticien (éventuellement pris en charge par votre complémentaire).

Je soussigné(e) : _____

Avoir pris connaissance des tarifs hôteliers et m'engage à régler les frais de séjour à la sortie de mon hospitalisation.

Date : _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ Signature (lu et approuvé)

Il vous appartient de vous rapprocher de votre complémentaire santé pour connaître le remboursement éventuel des frais de séjour.

Arrêté du 30 mai 2018 : "Aucun autre frais que ceux correspondant à des prestations de soins rendues ou, le cas échéant, à des exigences particulières que vous auriez sollicitées ne peut vous être facturé. Le montant de ces exigences particulières, dont la liste est strictement définie par la règlementation et comprend notamment l'accès à une chambre particulière, doit vous être communiqué avant la réalisation de la prestation de soins. "

version : 02.04.2026

Ramsay Santé
Hôpital privé La Louvière

**ETIQUETTE PATIENT**

NOM:_____

Prénom:_____



# MA CHAMBRE PARTAGÉE

# Tarification Hôtelière Hospitalisation / Ambulatoire

| | CHAMBRE DOUBLE | ESPACE COMMUN |
|---|---|---|
| Chambre / Box | ● | ● |
| Collation classique | | ● |
| Repas classique | ● | |
| | ☐ 0€ | ☐ 0€ |

■ Vous pouvez compléter avec les prestations suivantes :

**Repas de l'accompagnant ❑ 25 €**

**Nuit+Petit-déjeuner Plaisir accompagnant ❑ 60€**

**TV / TEL / WIFI ❑ 25€**

FORFAIT SUR ACTE SUPÉRIEUR OU ÉGAL À 120 EUROS__32€/SÉJOUR

Prise en charge éventuelle par votre complémentaire, sous réserve de vos droits et garanties, du supplément de chambre, du forfait journalier et du forfait sur acte supérieur à 120€. Pour tout séjour dont le tarif est inférieur à 120€, vous devez vous acquitter des 20% des frais de clinique et des honoraires du praticien (éventuellement pris en charge par votre complémentaire).

Je soussigné(e) : _____

Avoir pris connaissance des tarifs hôteliers et m'engage à régler les frais de séjour à la sortie de mon hospitalisation.

Date : _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ Signature (lu et approuvé)

Il vous appartient de vous rapprocher de votre complémentaire santé pour connaître le remboursement éventuel des frais de séjour.

Arrêté du 30 mai 2018 : "Aucun autre frais que ceux correspondant à des prestations de soins rendues ou, le cas échéant, à des exigences particulières que vous auriez sollicitées ne peut vous être facturé. Le montant de ces exigences particulières, dont la liste est strictement définie par la règlementation et comprend notamment l'accès à une chambre particulière, doit vous être communiqué avant la réalisation de la prestation de soins. "

version : 07.04.2026

Ramsay Santé
Hôpital privé La Louvière

**ETIQUETTE PATIENT**

NOM:_____

Prénom:_____



# MA LOGE EN ENDOSCOPIE

## Tarification Hôtelière Ambulatoire

| | BULLE ENDOSCOPIE CLASSIC | BULLE ENDOSCOPIE CONFORT |
|---|---|---|
| Loge privée [1] | ● | ● |
| Télévision | ● | ● |
| Wi-Fi haut débit en illimité | ● | ● |
| Collation (Pain, beurre, confiture, compote, jus de fruit, boisson chaude ,dose de sucre) | ● | ● |
| Accompagnant possible | ● | ● |
| Parking et boisson inclus pour l'accompagnant [2] | | ● |

| ☐ BULLE ENDOSCOPIE CLASSIC | ☐ BULLE ENDOSCOPIE CONFORT |
|---|---|
| **79€** | **110€** |

(1) Une loge partagée, incluant les repas, sans autre service est disponible.
(2) Prestation limitée à une place et sous réserve de disponibilité.

FORFAIT SUR ACTE SUPÉRIEUR OU ÉGAL À 120 EUROS__32€/SÉJOUR

Prise en charge éventuelle par votre complémentaire, sous réserve de vos droits et garanties, du supplément de chambre, du forfait journalier et du forfait sur acte supérieur à 120€. Pour tout séjour dont le tarif est inférieur à 120€, vous devez vous acquitter des 20% des frais de clinique et des honoraires du praticien (éventuellement pris en charge par votre complémentaire).

Je soussigné(e) : _____

Avoir pris connaissance des tarifs hôteliers et m'engage à régler les frais de séjour à la sortie de mon hospitalisation.

Date : _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ Signature (lu et approuvé)

Il vous appartient de vous rapprocher de votre complémentaire santé pour connaître le remboursement éventuel des frais de séjour.

Arrêté du 30 mai 2018 : "Aucun autre frais que ceux correspondant à des prestations de soins rendues ou, le cas échéant, à des exigences particulières que vous auriez sollicitées ne peut vous être facturé. Le montant de ces exigences particulières, dont la liste est strictement définie par la règlementation et comprend notamment l'accès à une chambre particulière, doit vous être communiqué avant la réalisation de la prestation de soins. "

version : 07.04.2026

Ramsay Santé
Hôpital privé La Louvière

**ETIQUETTE PATIENT**

NOM:_____

Prénom:_____



# FORFAIT OPHTALMOLOGIE

## Tarification Hôtelière Ambulatoire

■ BULLE **OPHTALMOLOGIE CLASSIC**

| | |
|---|---|
| Espace collectif | ● |
| Télévision | ● |
| Wi-Fi haut débit en illimité | ● |
| Collation ( Pain, beurre, confiture, compote, jus de fruit, boisson chaude, dose de sucre ) | ● |
| Place de Parking Incluse (1) | ● |

☐ BULLE **OPHTALMOLOGIE CLASSIC**

**60€**

(1) Prestation limitée à une place et sous réserve de disponibilité.

FORFAIT SUR ACTE SUPÉRIEUR OU ÉGAL À 120 EUROS__32€/SÉJOUR

Prise en charge éventuelle par votre complémentaire, sous réserve de vos droits et garanties, du supplément de chambre, du forfait journalier et du forfait sur acte supérieur à 120€. Pour tout séjour dont le tarif est inférieur à 120€, vous devez vous acquitter des 20% des frais de clinique et des honoraires du praticien (éventuellement pris en charge par votre complémentaire).

Je soussigné(e) : _____

Avoir pris connaissance des tarifs hôteliers et m'engage à régler les frais de séjour à la sortie de mon hospitalisation.

Date : _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ Signature (lu et approuvé)

Il vous appartient de vous rapprocher de votre complémentaire santé pour connaître le remboursement éventuel des frais de séjour.

Arrêté du 30 mai 2018 : "Aucun autre frais que ceux correspondant à des prestations de soins rendues ou, le cas échéant, à des exigences particulières que vous auriez sollicitées ne peut vous être facturé. Le montant de ces exigences particulières, dont la liste est strictement définie par la règlementation et comprend notamment l'accès à une chambre particulière, doit vous être communiqué avant la réalisation de la prestation de soins. "

version : 07.04.2026

Ramsay Santé
Hôpital privé La Louvière

**ETIQUETTE PATIENT**

NOM:_____

Prénom:_____



# FORFAIT **HÔPITAL DE JOUR**

## Tarification Hôtelière

| | FORFAIT **HÔPITAL DE JOUR** |
|---|---|
| Chambre privée [1] | ● |
| Télévision | ● |
| Wi-Fi haut débit en illimité | ● |
| Téléphone | ● |
| Boisson chaude Offerte | ● |
| Place de parking incluse [2] | ● |

☐ FORFAIT **HÔPITAL DE JOUR**

**60€** /jour

(1) Une chambre partagée, incluant les repas, sans autre service est disponible.

(2) Prestation limitée à une place et sous réserve de disponibilité.

Je soussigné(e) : _____

Avoir pris connaissance des tarifs hôteliers et m'engage à régler les frais de séjour à la sortie de mon hospitalisation.

Date : _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ Signature (lu et approuvé)

Il vous appartient de vous rapprocher de votre complémentaire santé pour connaître le remboursement éventuel des frais de séjour.

Arrêté du 30 mai 2018 : "Aucun autre frais que ceux correspondant à des prestations de soins rendues ou, le cas échéant, à des exigences particulières que vous auriez sollicitées ne peut vous être facturé. Le montant de ces exigences particulières, dont la liste est strictement définie par la règlementation et comprend notamment l'accès à une chambre particulière, doit vous être communiqué avant la réalisation de la prestation de soins. "

version : 07.04.2026