

CHIRURGIE AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière

	j'accueille mes proches	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Espace privatif premium	Espace privatif
TARIF	70 € / jour	60 € / jour
Espace privatif (1)	✓	✓
Télévision	✓	✓
Collation (2) Classique : sandwich, encas, boisson Repas chaud : plat chaud, encas, boisson	 Repas chaud	 Classique
Offre accompagnant Présence en chambre et salon dédié (3)	✓	✗
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	☐	☐

(1) Sous réserve de disponibilité

(2) Sauf contre-indication médicale ou régime alimentaire

(3) Présence en chambre en pré et post opératoire



Toutes les chambres sont équipées de la wifi sans surcoût, accès ouvert sur demande à l'accueil



Inclus



Non - inclus

☐ Je ne souhaite pas d'espace privatif et serai hébergé(e) en salon.

Je comprends que :

- Si l'établissement ne peut répondre favorablement à ma demande de chambre seule, je séjournerai en espace collectif.
- Les accompagnants ne sont pas autorisés en espace collectif (hors mineurs).



OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

	Prestation	Prix	Choix Patient
	Repas chaud plat chaud, encas, boisson	8 € / repas	☐
	Offre Accompagnant Présence en chambre et salon dédié	10 € / jour	☐

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 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.

☐ J'autorise l'établissement à me recontacter sur les prestations complémentaires à ma prise en charge médicale (ex : chambre particulière, parking, etc.). Je comprends que ce choix est facultatif, sans impact sur ma prise en charge médicale, et que je peux retirer mon consentement à tout moment sur simple demande formulée par courriel à l'adresse pau.espacepatient@vivalto-sante.com

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 :