

CHIRURGIE AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière

Je souhaite être
seul(e)

TYPE DE CHAMBRE	Chambre individuelle
TARIF	55€ / jour
Chambre seule avec coffre-fort (1)	☒
Collation Gourmande (2) Cake, compote, yaourt nature, carré de chocolat noir, noisettes, jus de pomme, boisson chaude	 Gourmande
Pack Multimédia Télévision / Presse et quotidiens en ligne	☒
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	☐

(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 ou d'espace individuel et serai hébergé(e) en chambre double ou salon. Des options à la carte sont disponibles en page 2 de ce document.

Je comprends que :

- Si l'établissement ne peut répondre favorablement à ma demande de chambre seule, je séjournerai en chambre double/salon et les prestations à la carte seront à ma charge (voir verso)
- Les accompagnant ne sont pas autorisés en salon (hors mineurs)



OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

	Prestation	Prix	Choix Patient
	Collation Gourmande Cake, compote, yaourt nature, carré de chocolat noir, noisettes, jus de pomme, boisson chaude	7€ / jour	☐
	Pack Multimédia (3) Télévision / Presse et quotidiens en ligne	13€ / jour	☐
	Pack Bien-Être Trousse de toilette (shampooing, gel douche, savon, kit dentaire, kit vanity) et chaussons	10€ / trousse	☐

(3) Option non accessible sur le parcours fast track

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 mlj.direction@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 :