



# CHIRURGIE AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière

	Je souhaite être connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	AVANTAGE	INDIVIDUELLE
TARIF	59€ / jour	46€ / jour
<b>Chambre seule (1)</b>	✓	✓
<b>Pack Multimédia</b> Télévision/Presse en ligne	✓	✗
<b>Collation (2)</b> Plaisir : 1 boisson chaude ou froide, 1 encas salé, 1 encas sucré, eau, Classique : 1 cookie , 1 compote, 1 boisson chaude, eau	 Plaisir	 Classique
<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 d'un coffre individuel et 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 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 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 (si option non comprise)

Prestation	Prix	Choix patient
 <b>Prestation ambulatoire</b> Collation plaisir (1 boisson chaude ou froide, 1 encas salé, 1 encas sucré, eau) + Pack multimédia (télévision/presse en ligne)	20 € / jour	<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 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 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.

☐ 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 [crs.accueil@vivalto-sante.com](mailto:crs.accueil@vivalto-sante.com).

Fait à .....

Le .....

En qualité de : ☐ patient

Signature

☐ autre .....