

HOSPITALISATION - CHIRURGIE

Je choisis ma prestation hôtelière

J'accueille mes proches

Je suis connecté(e)

Je souhaite être seul(e)

TYPE DE CHAMBRE	Premium	Avantage	Individuelle
TARIF	149 € / jour	106 € / jour	89 € / jour
Chambre seule (1)	✓	✓	✓
Petit déjeuner (2) <small>Classique : Pain ou biscuits, jus d'orange, beurre, confiture, boisson chaude au choix, brioche le samedi</small>	 Classique	 Classique	 Classique
Déjeuner/dîner (2) <small>Classique : entrée, plat, fromage et/ou dessert, thé ou café uniquement après le déjeuner</small>	 Classique	 Classique	 Classique
Pack Multimédia <small>Télévision/presse en ligne/Téléphone</small>	✓	✓	✗
Espace accompagnant <small>(Chambre spacieuse avec coin salon : machine à café en chambre)</small>	✓	✗	✗
1 Formule accompagnant <small>1 Lit / 1 Petit déjeuner / 1 Repas (* voir au verso)</small>	✓	✗	✗
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Sous réserve de disponibilité

(2) Sauf jour de l'intervention et 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 au verso 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 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
	Pack Multimédia Télévision / Presse en ligne / Téléphone	20 € / jour
	Formule accompagnant (lit/petit déjeuner) (Pain ou biscuits, jus d'orange, beurre, confiture, boisson chaude au choix, brioche le samedi)	21 € / jour
	Repas accompagnant (Entrée + plat + fromage et/ou dessert + boisson chaude uniquement pour le déjeuner)	12 € / repas

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 reconnaît 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 votre 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>

J'autorise l'établissement à me recontacter sur les prestations complémentaires à ma prise en charge médicale (ex : chambre particulière, 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.

Aucun 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

Signature :

autre