

HOSPITALISATION

Je choisis ma prestation hôtelière

	J'accueille les proches	Je souhaite être connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Premium	Avantage	Individuelle
TARIF	140 € / jour	120€ / jour	115 € / jour
Chambre seule	✓	✓	✓
Pack Multimédia Téléphone / Télévision / Presse en ligne	✓	✓	✗
Pack Accompagnant Lit / Petit-déjeuner	✓	✗	✗
Pack Bien-Etre Trousse bien-être (shampooing, gel douche, savon)	✓	✗	✗
Repas classique	✓	✓	✓
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	☐	☐	☐

(1) Sous réserve de disponibilité



Toutes les chambres sont équipées de la wifi et du coffre-fort 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 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).

Lu et approuvé

Signature



OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE*

	Prestation	Prix	Choix Patient
	Pack Multimédia Téléphone / Télévision / Presse en ligne	9 € / jour 0.15 € / min	☐
	Pack Accompagnant Lit / Petit-déjeuner <i>(Uniquement en chambre particulière)*</i>	20 € / jour	☐
	Pack Bien-Etre Trousse bien-être (shampooing, gel douche, savon)	10 € / pack	☐
	Petit déjeuner Premium* Boisson chaude, pain, confiture, beurre, croissant, yaourt, jus de fruit	8 € / repas	☐
	Déjeuner Premium* Entrée, plat, laitage, dessert	25 € / repas	☐
	Dîner Premium* Entrée, plat, laitage, dessert	25 € / repas	☐

**pour les patients hospitalisés :
en dehors du jour de l'intervention et en fonction des contre-indications médicales*

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 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 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 smo.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 :