

CHIRURGIE AMBULATOIRE

TYPE DE CHAMBRE	Chambre Avantage	Chambre Individuelle
TARIF	90€ / jour	75€ / jour
Collation (1) Café ou thé, jus de fruit, compote individuelle, croissant rond	 En chambre	 En salon collectif
Télévision	✓	✗
Presse en ligne	✓	✗
Je choisis ma prestation	☐	☐

(1) Sauf contre-indication médicale ou régime alimentaire



Toutes les chambres sont équipées de la wifi sans surcoût



Inclus



En option



Je ne souhaite pas de chambre particulière et serai hébergé(e) en chambre double ou espace collectif.

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 ou espace collectif et les prestations à la carte disponibles seront à ma charge (voir verso)
- Les accompagnants ne sont pas autorisés dans les espaces collectifs (hors mineurs et cas particuliers).



OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

	Prestation	Prix	Choix Patient
	Forfait Télévision + casque audio	16.00 €	☐
	Presse en ligne	10.00 €	☐

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 23€/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 cma.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 :