

HOSPITALISATION - MÉDECINE

Je choisis ma prestation hôtelière
Sous réserve de disponibilité le jour de l'hospitalisation

	J'accueille mes proches	Je souhaite être connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Premium	Avantage	Individuelle
TARIF	150 € / jour	135 € / jour	120 € / jour (2)
Chambre seule	✓	✓	✓
Petit déjeuner (1)	✓	✓	✓
Déjeuner / Dîner (1) Classique ou Prestige (gourmet)	 Prestige	 Prestige	✓
Formule Accompagnant Lit / Pension complète* Petit déjeuner, déjeuner et dîner classique	✓	✗	✗
Télévision	✓	✓	✗
Presse en ligne	✓	✓	✗
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	☐	☐	☐



Toutes les chambres sont équipées de la wifi et d'un coffre sans surcoût

(1) Sauf contre-indication médicale ou régime alimentaire

✓ Inclus

✗ En option

(2) Présence d'une chambre particulière sans douche dans le service à 95€

☐ 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).

OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

	Prestation	Prix	Choix Patient
	Formule Accompagnant Lit / Pension complète Petit déjeuner, déjeuner et dîner classique	80.00 € / jour	☐
	Formule Goûter Thermos d'eau chaude avec dosette de café ou thé, jus de fruits (20cl) (pomme ou orange), madeleine ou buns, confiture et pâte à tartiner	6.00 € / repas	☐
	Forfait ouverture télévision + casque audio 1ère journée À partir du 2ème jour	12.00 € 8.00 € / jour	☐
	Presse en ligne	10.00 € / jour	☐

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 :