



CHIRURGIE AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière

	Je souhaite être connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Chambre premium	Chambre individuelle
TARIF	69€ / jour	50€ / jour
Chambre seule (1)	✓	✓
Télévision + Presse en ligne	✓	✗
Coffre-fort individuel	✓	✗
Collation (2) <u>Classique</u> : 1 boisson chaude, 1 bouteille d'eau, 1 cookie ou 1 compote au choix <u>Premium</u> : 1 boisson chaude, 1 bouteille d'eau, 1 sandwich dinde emmental ou thon crudités, 1 compote et 1 cookie	 Premium	 Classique
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Sous réserve de disponibilité

(2) Sauf contre-indication médicale ou régime alimentaire



Toutes les chambres sont équipées de la wifi sans surcoût



Inclus



Non - inclus

Sur demande, pour un séjour en chambre type "individuelle" les objets personnels et de valeur (hors dispositifs médicaux : lunettes de correction, dentier, appareillage ORL, etc) peuvent être déposés dans le coffre-fort du service. Un inventaire sera dressé au moment du dépôt et signé par le patient. La Clinique décline toute responsabilité en cas de disparition ou détérioration desdits objets gardés par le patient lors du séjour.







Je ne souhaite pas de chambre particulière et serai hébergé(e) en chambre double/salon.
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 (hors mineurs)

OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE (Si option non comprise)

	Prestation	Prix	Choix patient
	Télévision + Presse en ligne	8 € / jour	<input type="checkbox"/>
	Collation premium Sandwich club mixte dinde emmental ou thon crudités fait maison, boisson chaude, bouteille cristalline, compote, un cookie moelleux fait maison	13 € / repas	<input type="checkbox"/>
	Formule Kids Une boisson au choix + un kit de coloriage en plus de la collation prévue Une collation premium adulte + une boisson au choix	18 € / formule	<input type="checkbox"/>
	Pack collation premium + Télévision/Presse en ligne	19 € / pack	<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 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, 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 sgd.accueil@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 :