







# 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	145 €/jour	105€ /jour	95 € /jour
<b>Chambre seule (1)</b>	✓	✓	✓
<b>Petit déjeuner (2)</b> <u>Classique</u> : Boisson chaude, pain/biscotte, beurre, confiture <u>Premium</u> : Boisson chaude, 1 pain ou biscottes, 1 viennoiserie, 1 yaourt, beurre, miel, confiture, jus de fruit	 Premium	 Premium	 Classique
<b>Déjeuner ou dîner (2)</b> <u>Classique</u> : Entrée + plat + dessert <u>Premium</u> : Entrée + plat + dessert + café (exemple de menu au verso)	 Premium	 Classique	 Classique
<b>Pack Multimédia</b> Téléphone (hors communications : 0.24€/unité) / Télévision/ Presse en ligne	✓	✓	✗
<b>Trousse de toilette bien-être</b> (Gel douche, shampoing, brosse à dent, dentifrice, bonnet de douche, peigne, bouchons d'oreille) / 1 kit par séjour	✓	✗	✗
<b>Espace détente</b> (coin salon, salle de bain moderne, machine à café en chambre)	✓	✗	✗
<b>Coffre-fort</b>	✓	✓	✗
<b>Choix de la catégorie de prestation (à cocher)</b>	<input type="checkbox"/>	<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 le séjour en chambre type "Individuelle" les objets personnels et de valeur (hors dispositifs médicaux : lunettes avec correction, dentier, appareillage ORL, etc) peuvent être déposés dans un coffre-fort à l'accueil de la Clinique. 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.

En chambre type "premium" et "avantage" un coffre-fort est mis à votre disposition pour y déposer les objets personnels et de valeur. Par conséquent la Clinique décline toute responsabilité en cas de disparition ou détérioration des objets gardés par le patient en dehors du coffre.

☐ 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 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 (si option non comprise)

	Prestation	Prix	Choix patient
	<b>Pack Multimédia</b> Télévision / Téléphone (hors communications 0.24€/unité) / Presse en ligne	8.50 € / jour	<input type="checkbox"/>
	<b>Petit déjeuner Premium</b> (Boisson chaude, 1 pain ou biscottes, 1 viennoiserie, 1 yaourt, beurre, miel, confiture, jus de fruit)	5 € / jour	<input type="checkbox"/>
	<b>Déjeuner et Dîner Premium</b> (Entrée + plat + dessert + boisson chaude) Exemple de menu : Tartare de saumon, citron et ciboulette Filet de poulet sauce morilles et polenta crémeuse Tartelette au chocolat	20 € / repas	<input type="checkbox"/>
	<b>Trousse de toilette bien-être</b> (Gel douche, shampoing, brosse à dent, dentifrice, bonnet de douche, peigne, bouchons d'oreille)	8 € / kit	<input type="checkbox"/>
	<b>Kit linge de toilette (caution de 100€)</b> (1 drap de bain, 1 serviette de toilette, 2 gants, 1 serviette de table)	11 € le kit	<input type="checkbox"/>
	<b>Lit Accompagnant</b> (uniquement en chambre individuelle) <b>et petit déjeuner classique</b>	25 € / jour	<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 du 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 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](mailto: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 :**