

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)	☒	☒
Pack Multimédia Téléphone / Télévision / Presse en ligne	☒	☒
Coffre-fort individuel	☒	☒
Collation (2)	 Premium <u>Classique :</u> • 1 boisson chaude ou froide, • 1 encas salé, • 1 encas sucré. <u>Premium :</u> • 1 boisson chaude ou froide, • 1 encas premium salé, • 2 encas sucrés.	 Classique <u>Choix 1 encas salé :</u> ☐ 1 sandwich baguette rustique américain jambon ☐ 1 salade crudités, tomates confites, œuf, fromage ☐ 1 wrap crudités, thon <u>Choix 1 encas sucré :</u> ☐ 1 fruit de saison ☐ 1 compote pomme fraise ☐ 1 cookie super moelleux maison ☐ 1 yaourt aromatisé Danone
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	☐	☐

(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



Je ne souhaite pas de chambre particulière et serai hébergé(e) en chambre double/salon.
Des options à la carte sont disponibles au verso 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 espace collectif (hors mineurs).

Sur demande, les objets personnels et de valeur (hors dispositifs médicaux : lunettes avec correction, dentier, appareillage ORL, etc) peuvent être déposés dans un coffre 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 de son séjour.



OPTIONS À LA CARTE

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

	Prestation	Prix	Choix patient
	Pack multimédia (Télévision / Téléphone / Presse en ligne)	8,50 € / jour	☐
	Collation premium Une boisson chaude ou froide, un encas premium salé et deux encas sucrés Exemple d'encas premium salé: Sandwich baguette rustique américain jambon ou baguette céréales thon Salade crudités, tomates confites, œuf et fromage Wrap crudités thon ou jambon	13 € / repas	☐
	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	☐
	Pack collation premium + Pack multimédia	19 € / pack	☐

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 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 cpr.preadmission@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 :