

CHIRURGIE AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière

TYPE DE CHAMBRE ⁽¹⁾	Chambre individuelle	Espace partagé
	TARIF	
	95€ / jour	0€ / jour
Télévision ⁽²⁾	✓	✗
Presse en ligne	✓	✗
Collation ⁽³⁾ (Sous condition de régime)	 Premium	 Classique
Formule Accompagnant (Hébergement + collation)	✓	✗
Parking offert ⁽⁴⁾	✓	✗
Salle de bain privative	✓	✗
Coffre sécurisé ⁽⁵⁾	✓	✓
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	☐	☐



Inclus

Non - inclus

(1) Sous réserve de disponibilité

(2) Wifi disponible dans tous les espaces sans surcoût

(3) Collation premium : boisson chaude & froide / cake / yaourt & compote / confiserie

(4) Présentez votre ticket de parking à l'accueil général avant votre départ afin de le faire valider.

(5) Casier vestiaire en espace partagé

Je comprends que :

- Si l'établissement ne peut répondre favorablement à ma demande de chambre seule, je séjournerai en espace partagé et les prestations à la carte disponibles seront à ma charge (voir verso).
- Les accompagnants ne sont pas autorisés en espace partagé (hors mineurs).
- En cas de non-restitution de la télécommande le jour de votre sortie de l'établissement, je suis informé que le montant de la télécommande me sera facturé et je m'engage à payer le cout lié au remplacement de la télécommande, soit 20 €.



OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

Prestation	Prix	Choix Patient
 Collation Premium (Boisson chaude & froide / cake / yaourt & compote / confiserie)	7 € / repas	☐
 Presse en ligne	5 € forfait séjour	☐

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 32€ 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.
- 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 epm.preadmissions@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 :

FAST-TRACK

Je choisis ma prestation hôtelière

TYPE D'ESPACE ⁽¹⁾	Cocon individuel	Espace partagé
TARIF	75€ / jour	0€ / jour
Télévision ⁽²⁾	✓	✗
Presse en ligne	✓	✗
Collation ⁽³⁾ (Sous condition de régime)	 Premium	 Classique
Parking offert ⁽⁴⁾	✓	✗
Coffre sécurisé ⁽⁵⁾	✓	✓
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	☐	☐

(1) Sous réserve de disponibilité

(2) Wifi disponible dans tous les espaces sans surcoût

(3) Collation premium : boisson chaude & froide / cake / yaourt & compote / confiserie

(4) Présentez votre ticket de parking à l'accueil général avant votre départ afin de le faire valider.

(5) Casier vestiaire en espace partagé



Inclus



Non - inclus

Je comprends que :

- Si l'établissement ne peut répondre favorablement à ma demande de box individuel, je séjournerai en espace partagé et les prestations à la carte disponibles seront à ma charge (voir verso)
- Les accompagnants ne sont pas autorisés en service fast-track (hors mineurs).
- En cas de non-restitution de la télécommande le jour de votre sortie de l'établissement, je suis informé que le montant de la télécommande me sera facturé et je m'engage à payer le cout lié au remplacement de la télécommande, soit 20 €.



OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

Prestation	Prix	Choix Patient
 Collation Premium (Boisson chaude & froide / cake / yaourt & compote / confiserie)	7 € / repas	☐
 Presse en ligne	5 € forfait séjour	☐

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 32€ 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.
- 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 epm.preadmissions@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 :

