

HOSPITALISATION

Je choisis ma prestation hôtelière

Je souhaite être accompagné(e)

Je souhaite me faire plaisir

Je souhaite être seul(e)

TYPE DE CHAMBRE ⁽¹⁾	Premium	Avantage	Individuelle
TARIF	180€ / jour	162€ / jour	135€ / jour
Pack Multimédia (Téléphone, Télévision, Wifi)	✓	✓	✓
Petit déjeuner ⁽²⁾	 Premium	 Premium	 Classique
Déjeuner ou Dîner ⁽³⁾ sous conditions de régime	 Premium	 Premium	 Classique
Presse en ligne	✓	✓	✓
Formule Accompagnant Lit / Petit-déjeuner Premium	✓	✗	✗
Trousse hygiène Brosse à dents, dentifrice, peigne, gel douche, shampoing, savon, lait corporel.	✓	✓	✗
Coffre sécurisé	✓	✓	✓
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	☐	☐	☐

(1) Sous réserve de disponibilité

(2) Petit déjeuner premium : boisson chaude & froide / pain / viennoiserie / yaourt / beurre, miel, confiture

(3) Déjeuner ou dîner premium : Entrée, plat, fromage, dessert

 Toutes les chambres sont équipées de la wifi sans surcoût



Inclus



Non - inclus

☐ Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire et je serai hébergé(e) en chambre double.

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).
- 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
	Télévision du 1er au 7ème jour	6€ / jour	☐
	à partir du 8ème jour	3€ / jour	☐
	Casque individuel télévision	3€ / séjour	☐
	Formule accompagnant Lit pliant/ Petit-déjeuner premium	25€ / nuit	☐
	Trousse hygiène Brosse à dents, dentifrice, peigne, gel douche, shampoing, savon, lait corporel.	8€ / séjour	☐
	Petit déjeuner Premium	7 € / repas	☐
	Déjeuner ou Dîner Premium	20 € / 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 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 paiement de la Participation Assurée 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

Signature :

☐ autre