CHIRURGIE AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière :

	Hors parcours fast-track		Parcours fast-track
	J'accueille mes proches	Je souhaite être seul(e)	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Chambre premium	Chambre individuelle	Espace individuel
TARIF	**115 € / jour**	**75 € / jour**	**50 € / jour**
Chambre seule (1)	✓	✓	Espace individuel
Collation (2) Fast-track : gaufre, compote, eau Classique : boisson, sandwich beurre fromage, compote, madeleine Premium : boisson, sandwich premium (jambon crudités ou fromage crudités), yaourt local, gaufre	Premium	Classique	Fast-track
Télévision	✓ TV connectée	✗	✓
Presse régionale La Voix du Nord	✓	✗	✗
Collation accompagnant Premium : boisson, sandwich premium (jambon crudités ou fromage crudités), yaourt local, gaufre	Premium	✗	✗
Machine à café avec dosettes 3 dosettes	✓	✗	✗
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.

Je comprends que :

- Si l'établissement ne peut répondre favorablement à ma demande de chambre seule, je séjournerai en chambre double ou espace collectif.
- Les accompagnants ne sont pas autorisés en espace collectif (hors mineurs).

03 21 63 88 60
100 Boulevard Emile Basly
62 400 Béthune

Tarifs TTC en vigueur au 05 octobre 2026

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 aab.admissions@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 règlementation 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 .....

En qualité de : ☐ **Patient** **Le** .....

☐ **Autre** ..... **Signature :**

03 21 63 88 60
100 Boulevard Emile Basly
62 400 Béthune