HOSPITALISATION VIA LES URGENCES

Je choisis ma prestation hôtelière

Catégorie Prestation	Individuelle
TARIF	**95 € / jour**
Pack Multimédia Téléphone / Télévision	✗
Petit déjeuner (1) **Classique:** boisson chaude / pain / jus de fruits	Classique
Déjeuner/Diner (1) Classique : entrée + plat + dessert	Classique
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	☐

(1) Sauf jour de l'intervention et contre-indication médicale ou régime alimentaire

✓ Inclus ✗ Non - inclus

☐ Je ne souhaite pas de chambre particulière et serai hébergé(e) en chambre double. Des options à la carte sont disponibles ci-dessous.

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

	Prix	Choix Patient
Pack Multimédia (chambre particulière) Téléphone / Télévision	15 € / jour	☐
Pack Multimédia (chambre double) Téléphone / Télévision	7.5 € / jour	☐

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 ci-dessus.

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 stg.vsmobile@vivalto-sante.com@vivalto-sante.com

Participations liées à votre hospitalisation :
Je déclare être informé(e) :

- du paiement 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 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
- de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique «Bloctel», sur laquelle je peux m'inscrire gratuitement (https://www.bloctel.gouv.fr)

Je m'engage à régler la totalité des frais susmentionnés à ma charge le jour de ma sortie de l'établissement
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 règlementaition et comprend notamment l'accès à une chambre particulière, doit vous être communiqué avant la réalisation de la prestation de soins.

Fait à ..... **Le** ..... **En qualité de** ☐ patient

Signature : ☐ autre .....