AMBULATOIRE

Informations tarifaires

	Je souhaite être seul(e)	Je souhaite être isolé(e)
Catégorie prestation	Chambre Individuelle (1)	Espace Privatif (1)
Tarifs	**90€ / jour**	**50€ / jour**
Espace individuel	✓	✓
Télévision	✓	✗
(1) Sous réserve de disponibilité	☐	☐

☐ Je ne souhaite pas de chambre particulière, ou d'espace individuel et serai hébergé(e) en espace commun*.

*Les accompagnants ne sont pas autorisés en espace commun (hors mineurs)

Je comprends que :

Si l'établissement ne peut répondre favorablement à ma demande de chambre particulière, je serai hébergé(e) en espace privatif au tarif indiqué ci-dessous

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 cmr.accadmission@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 ..... Le .....

Signature :

En qualité de : ☐ patient

☐ autre .....