

MATERNITÉ

Je choisis ma prestation hôtelière

Comme à la maison

j'accueille Mes proches

Je suis connectée

Je souhaite être seul(e)

TYPE DE CHAMBRE	Parentale	Grand confort	Avantage	Individuelle
TARIF	230 € / jour	150€ / jour	130€ / jour	95 € / jour
Chambre seule ⁽¹⁾ Avec télévision	✓	✓	✓	✓
Pack Multimédia Téléphone / Presse en ligne	✓	✓	✓	✗
Petit déjeuner	 Premium	 Classique	 Classique	 Classique
Déjeuner : Classique ⁽²⁾ Dîner : Premium pour la patiente	 Premium	 Classique	 Classique	 Classique
Pack retour à la maison 1 mois de couches * Sur une base de 7 couches par jour	✓	✓	✓	✗
Pack accompagnant (Fauteuil accompagnant / petit déjeuner / dîner) * Mis à disposition	✓ Premium	✓ Classique	✗	✗
Pack Soins et confort / par séjour Trousse bien-être (produits d'hygiène)	✓	✗	✗	✗
Pack Bien-Etre / par séjour Linge de toilette (drap de bain, tapis, peignoir) * Mis à disposition	✓	✗	✗	✗
Pack Chambre Parentale Lit double, boissons chaudes (café, thé), Réfrigérateur	✓	✗	✗	✗
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



Inclus



Non - inclus

☐ Je ne souhaite pas de chambre particulière et serai hébergé(e) en chambre double.
Des options à la carte sont disponibles en page 2 de ce document.

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

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

	Prestation	Prix	Choix Patient
	Pack Multimédia Téléphone / presse en ligne	20 € / jour	☐
	Téléphone hors coût com 0.23€/unité)	7 € / séjour	☐
	Télévision	7 € / jour	☐
	Pack Soins et Confort Trousse bien-être (produits d'hygiène)	15 € / séjour	☐
	Pack bien être 2 serviettes, 1 tapis de bain, un peignoir (mis à disposition)	50 € / jour	☐
	Pack retour à la maison 1 mois de couches / * Sur une base de 7 couches par jour	70 € / séjour	☐
	Pack Chambre Parentale Lit double, boissons chaudes (cafés, thés), Réfrigérateur	200 € / jour	☐
	Repas Premium entrée, plat, dessert	18 € / repas	☐
	Fauteuil accompagnant / petit déjeuner En fonction des disponibilités	45 € / nuit	☐
	Repas accompagnant Entrée + plat + dessert	10 € / repas	☐

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 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

En qualité de : ☐ patient

☐ autre

Signature :