Centre Cardiologique d'Evecquemont

Etiquette patient : .....

HOSPITALISATION - MEDECINE

Je choisis ma prestation hôtelière

(Sous réserve de disponibilité le jour de l'hospitalisation)

	Je me fais plaisir	Je souhaite m'occuper	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	PREMIUM	AVANTAGE	INDIVIDUELLE
TARIF	**130 € / jour**	**120 € / jour**	**105 € / jour**
Chambre particulière	✓	✓	✓
Petit déjeuner (1) Classique : pain, jus de fruits, boisson chaude Premium : pain, jus de fruits, boisson chaude, yaourt, et croissant	Premium	Premium	Classique
Déjeuner/Diner (1)	Classique	Classique	Classique
Gôuter Classique : biscuits et boisson fraîche ou thé ou café Premium : bouilloire, 3 dosettes café/thé, biscuits (3)	Classique	●	●
Pack Bien-être Trousse bien-être (shampooing, gel douche, savon) (2)	✓	●	●
Pack Multimédia Télévision / Presse en ligne	✓	✓	●
Espace Grand confort Salon, coin bureau Télévision format XXL	✗	✗	✗
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	☐	☐	☐

(1) Sauf jour de l'intervention, contre-indication médicale et régime alimentaire spécifique
(2) Un par séjour
(3) Renouvellement quotidien

Toutes les chambres sont équipées de la wifi sans surcoût

✓ Inclus ● En option sur demande ✗ 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

Prestations	Prix	Choix du patient
Pack Multimédia Télévision et casque / Presse en ligne	12.00 € / jour	☐
Télévision du 1er au 7ème jour **Télévision à partir du 8ème jour**	6.00 € / jour 3.00€ / jour	☐
Presse en ligne	5.00 € / séjour	☐
Casque	5.00 € / séjour	☐
Offre Petit Déjeuner premium Yaourt, croissant, pain, jus de fruits et boisson chaude	8.00 €/ repas	☐
Offre Gouter classique Biscuits et boisson fraîche ou chaude	5.00 € / repas	☐
Offre Gouter premium Au choix : Bouilloire, 3 dosettes café/thé, biscuits	10.00 € / repas	☐
Lit + pension complète accompagnant *Petit déjeuner classique, déjeuner et diner classique*	80.00 € / jour	☐
Prestation blanchisserie	10.00 € / le sac	☐

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 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 cce.contact@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 :