

CHIRURGIE FAST TRACK

Je choisis ma prestation hôtelière

Je souhaite être
seul(e)

Catégorie de prestation

Espace
Individuel

Tarifs

50€ / jour

Espace individuel (1)



Collation (2)

Compote, jus de pomme, yaourt, biscotte, beurre et confiture



Choix de la catégorie de
prestation (à cocher)

☐

(1) Sous réserve de disponibilité

(2) Sauf contre-indication médicale ou régime alimentaire



Inclus

☐ Je ne souhaite pas d'espace individuel et serai hébergé(e) en salon collectif.

Je comprends que :

- Si l'établissement ne peut répondre favorablement à ma demande d'espace individuel, je séjournerai en salon collectif
- Les accompagnants ne sont pas autorisés dans le service Fast Track, ni dans le salon collectif (hors mineurs).

Tarifs TTC en vigueur au 01/01/2026

TARIF UNIQUE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES D'ESPACE

Pour simplifier votre choix, nos tarifs en **FAST TRACK** sont conçus sans options supplémentaires.

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 : box individuel, 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 : ppc.espacepatients@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 réglementation 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