

# SERVICE AMBULATOIRE / ENDOSCOPIE

Je choisis ma prestation hôtelière

Je me fais plaisir

Je suis connecté(e)

Je souhaite être seul(e)

OFFRE	Chambre premium	Espace privatif premium	Espace privatif
TARIF	300 € / jour	180 € / jour	160 € / jour
<b>Wifi</b>	✓	✓	✓
<b>Câble USB</b>	✓	✓	✗
<b>Collation (2)</b> Classique : boisson chaude, gressin avec St Moret Premium : boisson chaude, smoothie, douceurs sucrées et collation salée selon l'heure	Premium	Premium	Classique
<b>Télévision</b>	✓	✗	✗
<b>Trousse bien-être</b> Ensemble de produits eco-responsables pour votre retour à la maison	✓	✗	✗
<b>Présence de l'accompagnant</b>	✓	✗	✗
<b>Salle d'eau privative (douche et WC individuel)</b>	✓	✗	✗



(1) Sous réserve de disponibilité

(2) Sauf contre-indication médicale ou régime alimentaire

✗ Non - inclus

✓ Inclus

Un service de voiturier payant est disponible à partir de 07h30 à la clinique. Les tarifs sont précisés par le voiturier.



Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire et je serai hébergé(e) dans un espace collectif.

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 espace collectif (hors mineurs).

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

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 [cvh.contact@vivalto-sante.com](mailto:cvh.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 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 .....

En qualité de :  patient

autre .....

**Signature :**