

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
Wifi	✓	✓	✓
Câble USB	✓	✓	✗
Collation (2) Classique : boisson chaude, gressin avec fromage Premium : boisson chaude, smoothie, douceurs sucrées et collation salée selon l'heure	 Premium	 Premium	 Classique
Télévision	✓	✗	✗
Trousse bien-être Ensemble de produits eco-responsables pour votre retour à la maison	✓	✗	✗
Présence de l'accompagnant	✓	✗	✗
Salle d'eau privative (douche et WC individuel)	✓	✗	✗

(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 pas de chambre particulière ou d'espace privatif et serai hébergé(e) en chambre double ou salon.

Je comprends que :

- Si l'établissement ne peut répondre favorablement à ma demande de chambre premium, je séjournerai en espace privatif ou privatif premium, au tarif indiqué ci-dessus, ou à défaut, en chambre double sans surcoût
- Les accompagnant ne sont pas autorisés en salon ainsi que dans les espaces privatifs (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.



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@ivalto-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 :