HOSPITALISATION

Je choisis ma prestation hôtelière en service de chirurgie

	Je me fais plaisir	Je suis connecté(e)	Je suis seul(e)
Offre chambre particulière	Premium	Avantage	Individuelle
Tarifs	**105 € / jour**	**85 € / jour**	**75 € / jour**
Télévision & Téléphone (Téléphonie hors communications)	✓	✓	✗
Flacon de Solution Hydro Alcoolique *(100ml)*	✓	✓	✓
Petit déjeuner Classique : petit déjeuner simple Premium : petit déjeuner gourmet	Premium	Premium	Classique
Déjeuner/Diner Classique : entrée + plat + dessert Premium (gourmet) : entrée + plat + dessert	Premium	Classique	Classique
Plateau de courtoisie & Presse (Café, thé, ... & presse quotidienne)	✓	✗	✗
Trousse de toilette Océan & Kit de toilette patient (trousse complète, linge et produits de toilette à disposition)	✓	✗	✗
Nuit et petit déjeuner accompagnant	●	●	●
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	☐	☐	☐

Toutes les chambres sont équipées de la wifi

✓ Inclus ● En option sur demande ✗ Non - inclus

☐ Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire et je serai hébergé(e) en chambre double.
Les accompagnants ne sont pas autorisés en chambre double la nuit.

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 en chambre double seront à ma charge.

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.

OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

Services	Prix	Sélection
Télévision (jour de sortie facturé)	6 € / jour	☐
Téléphone (hors communications 0.23€/unité)	4 € / séjour	☐
Nuit / petit déjeuner accompagnant (Accompagnement gratuit pour les enfants de -12 ans)	23 € / jour	☐
Repas accompagnant classique	10 € / repas	☐
Repas gourmand patient / accompagnant	16 € / repas	☐
Kit Linge de toilette à disposition (serviette de toilette, de douche et tapis de bain)	10 € le kit	☐
Coffre (dépôt à l'entrée et retrait à la sortie)	5 € / séjour	☐
Trousse de toilette Océan (lait pour le corps, gel douche, shampooing, savon, brosse à dent, dentifrice)	5 €	☐
Plateau de courtoisie (Thé, café et biscuits)	5 €	☐

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 ci-dessus.

Participations liées à votre hospitalisation :

Je déclare être informé(e) :

- du paiement du forfait hospitalier de 20€/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 paiement de la Participation Assuré Transitoire (PAT) forfaitaire de 24€ par séjour sauf en cas de prise en charge par la mutuelle ou de dérogations prévues par la loi.
- du paiement des prestations complémentaires choisies ci-dessus
- qu'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 j'aurai sollicitées ne peut m'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 m'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 .....

VIVALTO SANTÉ
Clinique Sainte-Marie
Châteaubriant

02 40 55 88 88

Clinique Sainte Marie
9 rue de Verdun
44110 CHATEAUBRIANT

Tarifs en vigueur au 06 janvier 2024
Les tarifs s'entendent TTC