VIVALTO SANTÉ

ELSAN VIVALTO SANTÉ — CHP BREST PASTEUR

HOSPITALISATION COMPLETE

Je choisis ma prestation hôtelière en service de chirurgie ou de médecine

	J'accueille les proches	Je souhaite être connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Premium	Avantage	Individuelle
TARIF	**160 € / jour**	**120€ / jour**	**95 € / jour**
Chambre seule (1)	✓	✓	✓
Garantie de réservation	✓	✗	✗
Petit déjeuner (2)	Premium	Premium	Classique
Déjeuner / Dîner (2)	Premium	Classique	Classique
Pack Multimédia (3) Téléphone / Télévision	✓	✗	✗
Pack Accompagnant (3) Lit / Petit-déjeuner Premium Plateau courtoisie (bouilloire, dosettes, goûter)	✓	✓	✗
Pack Bien-Etre (4) Linge de toilette (XXXX) Trousse bien-être (1 savon, gel douche, 1 lait, 1 brosse à dents, 1 dentifirice, mouchoirs sous sachet)	✓	✗	✗
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	☐	☐	☐

(1) Sous réserve de disponibilité
(2) Sauf jour de l'intervention et contre-indication médicale ou régime alimentaire description sur la fiche options
(3) Par jour
(4) Par séjour

Toutes les chambres sont équipées de la wifi sans surcoût

✓ Inclus ✗ Non - inclus

☐ Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire et je serai hébergé(e) en chambre double.

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).

02 98 31 32 33

32 rue Auguste Kervern
29200 BREST

Tarifs TTC en vigueur au 01 janvier 2026

OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

	Prestation	Prix	Choix Patient
	**Pack Multimédia** Téléphone / Télévision	15 € / jour	☐
	**Pack Accompagnant (chambre particulière)** Lit / Petit-déjeuner Premium	30 € / jour	☐
	**Pack Bien-Etre** Linge de toilette (2 gants de toilette, 1 petite et 1 grande serviettes de toilette, 1 tapis) Trousse bien-être (shampoing, gel douche, savon)	10€ / séjour	☐
	**Petit déjeuner Premium** Boisson chaude + jus de fruits + viennoiserie + pain	12 € / repas	☐
	**Déjeuner ou Dîner Premium** entrée + plat + laitage + dessert	15€ / repas	☐

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 du 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 cpl.préad1@vivalto-sante.com ou cpl.préad2@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 règlementaition 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 :