VIVALTO SANTÉ

ELSAN VIVALTO SANTÉ — CHP BREST PASTEUR

CHIRURGIE AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière

	Je souhaite m'occuper	Je souhaite être seul(e)	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Chambre Avantage	Chambre individuelle	Espace Individuel
TARIF	**80 € / jour**	**70 € / jour**	**45 € / jour**
Chambre seule (1)	✓	✓	Espace privatif
Collation (2) Classique : encas / compote / boisson Premium : sandwich / encas / boisson	Premium	Classique	Premium
Pack Multimédia Télévision	✓	✗	✗
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	☐	☐	☐

(1) Sous réserve de disponibilité
(2) Sauf contre-indication médicale ou régime alimentaire

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) 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).

02 98 31 32 33

32 rue Auguste Kervern
29200 BREST

Tarifs TTC en vigueur au 01 août 2026

OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

	Prestation	Prix	Choix Patient
	**Pack Multimédia** Télévision	15 € / jour	☐
	**Collation Premium**	10 € / collation	☐

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 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 **Signature :**

☐ autre .....