

SMR - SOINS MEDICAUX ET READAPTATION

Je choisis ma prestation hôtelière

	Je me fais plaisir	Je souhaite être connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Premium	Avantage	Individuelle
TARIF	105 € / jour	85 € / jour	75 € / jour
Chambre seule (1)	✓	✓	✓
Petit déjeuner (2) Classique : Boisson chaude, pain ou biscotte, beurre, confiture Prémium : boisson chaude, Jus de fruits frais, yaourt, pain et brioche, beurre, confiture	 Prémium	 Prémium	 Classique
Déjeuner/Dîner Classique (entrée/plat/fromage/dessert)	 Classique	 Classique	 Classique
Pack Multimédia Téléphone (hors communications) / Télévision	✓	✓	✗
Pack Bien-Etre Trousse (brosse à dents/dentifrice/peigne/savon/gel douche/shampooing/lait corps) (3) Linge de toilette (drap de bain/serviette/tapis/peignoir) (4)	✓	✗	✗
Plateau de courtoisie (5) Gouter : boissons chaudes/biscuits	✓	✗	✗
Presse quotidienne (5) Courrier de l'Ouest ou Ouest France	✓	✗	✗
Choix de la catégorie de prestation (à cocher)	☐	☐	☐

(1) Sous réserve de disponibilité

(2) Sauf contre-indication médicale ou régime alimentaire

(3) Un par séjour

(4) Renouvellement à la demande

(5) Par jour



Toutes les chambres sont équipées de la wifi sans surcoût



Inclus



Non - inclus



Je ne souhaite pas de chambre particulière et serai hébergé(e) en chambre double. Des options à la carte sont disponibles en page 2 de ce document.

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).

Tarifs TTC en vigueur au 01/01/2026

OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

Prestation	Prix	Choix Patient
 Pack Multimédia Téléphone (hors communication) / Télévision	12 € / jour	☐
 Pack Bien-Etre - Linge de toilette (drap de bain, serviette, tapis et peignoir) - Trousse (shampooing, gel douche, savon, brosse à dents, dentifrice, lait corps et peigne)	15 € / pack	☐
 Petit-Déjeuner Premium Boisson chaude, jus de fruits frais, yaourt, pain et brioche, beurre, confiture	5 € / repas	☐
 Déjeuner ou Dîner classique pour l'accompagnant Entrée/plat/fromage/dessert	15 € / repas	☐
 Lit accompagnant / petit-déjeuner classique	25 € / jour	☐
 Pack Accompagnant Dîner classique / Lit / Petit-déjeuner Classique	35 € / jour	☐

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 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 : ppc.espacepatients@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

Signature :

☐ autre

Tarifs TTC en vigueur au 01/01/2026