Clinique Richelieu
Saintes

HOSPITALISATION - CHIRURGIE

Je choisis ma prestation hôtelière

	J'accueille mes proches	Je suis connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	Premium	Avantage	Individuelle
TARIF	**149 €/ jour**	**106 € / jour**	**89 € / jour**
Chambre seule (1)	✓	✓	✓
Petit déjeuner (2) Classique : Pain ou biscottes, jus d'orange, beurre, confiture, boisson chaude au choix, brioche le samedi	Classique	Classique	Classique
Déjeuner/dîner (2) Classique : entrée, plat, fromage et/ou dessert, thé ou café uniquement après le déjeuner	Classique	Classique	Classique
Pack Multimédia Télévision/presse en ligne/Téléphone	✓	✓	✗
Espace accompagnant (Chambre spacieuse avec coin salon : machine à café en chambre)	✓	✗	✗
1 Formule accompagnant 1 Lit / 1 Petit déjeuner / 1 Repas (* voir au verso)	✓	✗	✗
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

Toutes les chambres sont équipées d'un coffre individuel et 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 au verso 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).

05 46 90 58 00
crs.accueil@vivalto-sante.com
22 Rue Montlouis
17100 SAINTES
Tarifs TTC en vigueur au 1er Août 2026

OPTIONS À LA CARTE

POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE CHAMBRE

	Prestation	Prix	Choix patient
	**Pack Multimédia** Télévision / Presse en ligne / Téléphone	20 € / jour	☐
	**Formule accompagnant (lit/petit déjeuner)** (Pain ou biscottes, jus d'orange, beurre, confiture, boisson chaude au choix, brioche le samedi	21 € / jour	☐
	**Repas accompagnant** (Entrée + plat + fromage et/ou dessert + boisson chaude uniquement pour le déjeuner)	12 € / 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 **crs.accueil@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 règlementation 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 .....

Signature :

En qualité de : ☐ patient

☐ autre .....