Clinique Richelieu
Saintes

CHIRURGIE AMBULATOIRE

Je choisis ma prestation hôtelière

	Je souhaite être connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
TYPE DE CHAMBRE	AVANTAGE	INDIVIDUELLE
TARIF	**59€ / jour**	**46€ / jour**
Chambre seule (1)	✓	✓
Pack Multimédia Télévision/Presse en ligne	✓	✗
Collation (2) Plaisir : 1 boisson chaude ou froide, 1 encas salé, 1 encas sucré, eau, Classique : 1 cookie , 1 compote, 1 boisson chaude, eau	Plaisir	Classique
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 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 espace collectif (hors mineurs).

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
Prestation ambulatoire Collation plaisir (1 boisson chaude ou froide, 1 encas salé, 1 encas sucré, eau) + Pack multimédia (télévision/presse en ligne)	20 € / 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 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 .....