

HOSPITALISATION

Je choisis ma prestation hôtelière en service de chirurgie, cardiologie ou médecine polyvalente

	Je me fais plaisir	Je souhaite être connecté(e)	Je souhaite être seul(e)
Offre chambre particulière	Prestige	Confort	Individuelle
Tarifs	165 € / jour	115 € / jour	100 € / jour
Chambre seule (1)	✓	✓	✓
Petit déjeuner (2) Classique : petit déjeuner classique Gourmand : petit déjeuner classique + viennoiserie + fruit de saison	 Gourmand	 Gourmand	 Classique
Déjeuner/Dîner (2) Classique : entrée + plat + dessert Gourmand : entrée + plat + dessert au choix dans le menu prestige	 Gourmand	 Classique	 Classique
Collation (2) Petit pain ou biscottes, douceur du jour, yaourt, beurre, confiture ou miel, jus de fruits, boisson chaude (café, thé ou chocolat)	 Gourmand	✗	✗
Pack multimédia Téléphone / Télévision	✓	✓	●
Parking	✓	✓	✗
Trousse de toilette (shampooing, gel douche, savon, lait corps)	✓	✓	●
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 de la wifi sans surcoût



Inclus



En option sur demande cf ci-contre



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).



OPTIONS À LA CARTE

POUR LA CATÉGORIE "CHAMBRE INDIVIDUELLE"

	Prestation	Prix	Choix Patient
	Télévision	8 € / jour	☐
	Téléphone (+ communications)	2 € / jour	☐
	Pack accompagnant lit + petit-déjeuner + parking	20 € / jour	☐
	Trousse de toilette (shampooing, gel douche, savon, lait corps)	5 € / la trousse	☐

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 20€/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 paiement de la Participation Assuré Transitoire (PAT) forfaitaire de 24€ par séjour sauf en cas de prise en charge par la mutuelle ou de dérogations prévues par la loi.
- du paiement des prestations complémentaires choisies précédemment.

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

☐ autre

Signature :



Polyclinique de l'Europe
Saint-Nazaire



02 51 16 16 16



33 boulevard de l'Université
44600 SAINT NAZAIRE

Tarifs en vigueur au 1er Novembre 2025

Les tarifs s'entendent TTC