

COMPLÉTEZ VOTRE RESERVATION EN LIGNE

A défaut :

- Envoyez par mail cette fiche complétée avant votre hospitalisation (mail : admissions.aug@elsan.care)
- Ou déposez cette fiche complétée à l'accueil lors de votre visite chez l'anesthésiste

SEJOUR

Nom de votre praticien :	
Votre date d'entrée :	☐ Matin ☐ Après-midi

AVEZ-VOUS DÉJÀ SEJOURNÉ DANS NOTRE ÉTABLISSEMENT ? ☐ Oui ☐ Non

- Pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport)
- Carte mutuelle
- Carte vitale mise à jour
- Attestation d'accident du travail le cas échéant
- Devis des praticiens signés
- Pour les mineurs
 - Autorisation d'opérer signée par les 2 parents
 - Livret de famille et pièces d'identité des 2 parents
- Pour les majeurs protégés : jugement de placement sous mesure de protection judiciaire

RENSEIGNEMENTS

Nom d'usage (ou marital) :		Prénom de naissance :	
Nom de naissance :		Téléphone :	
Né(e) le :	Sexe : ☐ F ☐ M ☐ I	Portable :	
Lieu de naissance :			
Adresse :			
Code postal :	Mail patient ou représentant légal :		
Ville :	Nom – Prénom médecin traitant :		

PERSONNE À PREVENIR

Nom :	Prénom :
Lien de parenté :	Téléphone :
Ville :	Portable :

TUTEUR, CURATEUR OU SAUVEGARDE DE JUSTICE OU REPRESENTANT LEGAL

Nom et Coordonnées :

RENSEIGNEMENTS ASSURE(E) – si différent

Nom d'usage (ou marital) :	Prénom :
Nom de naissance :	Né(e) le :
Adresse :	
Code postal :	Ville :

ASSURANCE

N° de Sécurité Sociale :	
Adresse :	
S'agit-il d'un accident du travail : ☐ Oui ☐ Non	Date de l'accident :
Nom Mutuelle :	N° d'adhérent :
Adresse :	
Bénéficiez-vous de :	CSS (complémentaire santé solidarité, ex CMU) ☐ Oui ☐ Non 100% (exonération du ticket modérateur) ☐ Oui ☐ Non

Tournez la page SVP >>

Je soussigné(e) NOM Prénom
Date de naissance déclare avoir pris connaissance du contenu et des tarifs des prestations pour exigence particulière, proposées au sein de l'établissement, à ma charge et/ou à celle de ma mutuelle, et reconnaît avoir choisi les prestations optionnelles sélectionnées ci-dessous en cochant la ou les case(s) correspondante(s).

HOSPITALISATION

Souhaitez-vous bénéficier d'une chambre particulière ? ☐ Oui ☐ Non	CHAMBRE PARTICULIERE		
	OFFRE CONFORT (selon disponibilité)	OFFRE PREMIUM (selon disponibilité)	OFFRE PLATINIUM (garantie de réservation)
Chambre privative, calme et intime	✓	✓	✓
Garantie de réservation			✓
TV : TNT et Canal+ (Cinéma, Séries, Sport ...)		✓	✓
Trousse bien-être et chaussons hôtelier <i>Un tube de dentifrice (10 gr), une brosse à dent, un peigne, 4 cotons tige, 3 mouchoirs, un savon (25gr), un gel douche (33 ml), un lait corps (33ml), un Shampoing (33 ml).</i>			✓
Magazine TV <u>ou</u> Duo de serviettes (mise à disposition)			✓
Ouverture de ligne et communication (gratuite)		Sur demande	Sur demande
Wifi	Sur demande	Sur demande	Sur demande
Tarifs/jour	101€	108€	118€
Votre choix à cocher	☐	☐	☐

Les tarifs s'entendent TTC et sont applicables par jour du 1er au dernier jour du séjour, jour de sortie inclus – Tarifs au 1^{er} janvier 2023

	SERVICES À LA CARTE						
	TELEPHONE	WIFI (sur demande)	TV / CASQUE (2€)	TROUSSE BIEN ETRE	ACCOMPAGNANT		
					PACK NUITEE (LIT DRAP PDJ)	PACK NUITEE AVEC DINER	DINER
Tarifs	2€/jour	Gratuit	9€/jour	12€/unité	24€/jour	34€/jour	10€/unité
Votre choix	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Les tarifs s'entendent TTC, en euros et sont applicables par jour du 1er au dernier jour du séjour, jour de sortie inclus – Tarifs au 1^{er} juillet 2023

- ☐ **Je choisis de bénéficier du Forfait Parcours Patient d'un montant de 11€ TTC/séjour.** En contrepartie des démarches de coordination pour faciliter votre parcours de soins, effectuées par la clinique, en amont et/ou en aval de votre séjour dans l'établissement. : par exemple, avant votre admission, pour une mise en relation directe avec votre organisme complémentaire pour connaître vos garanties et les conditions de prise en charge/ en sortie de séjour, pour faciliter votre retour à domicile (services sociaux, hébergement post hospitalisation, réservation de taxi, transports, réseaux de ville)
- ☐ **Je déclare avoir pris connaissance : d'une mise à disposition d'un coffre pour dépôt de valeur.** L'établissement ne saurait être tenu pour responsable en cas de disparition ou de détérioration.

PARTICIPATIONS DEMANDEES POUR LE COMPTE DE LA SECURITE SOCIALE

Montant à régler lors de votre sortie suivant la réglementation et les tarifs en vigueur

Forfait journalier :	20€/jour
Participation forfaitaire : (pour tout acte égal ou supérieur à 120€)	24€/séjour

Ce montant peut éventuellement être pris en charge par votre complémentaire santé.

Nombre de case(s) cochée(s) :

Fait àLe Signature patient ou représentant légal :