

## COMPLETEZ VOTRE RESERVATION EN LIGNE :

Finess : 330780081

A défaut : ➔ envoyez par mail cette fiche complétée avant votre hospitalisation ([admissions.aug@elsan.care](mailto:admissions.aug@elsan.care))

➔ Ou déposez cette fiche à l'accueil lors de votre visite chez l'anesthésiste

## SEJOUR

Nom de votre praticien :	
Votre date d'entrée :	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Après-midi

AVEZ-VOUS DEJA SEJOURNE DANS NOTRE ETABLISSEMENT ?  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 : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> I	Portable :	
Lieu de naissance :			
Adresse :			
Code postal :		Mail patient ou représentant légal :	
Ville :		Nom – Prénom du médecin traitant :	
<b>PERSONNE À PREVENIR</b>			
Nom :		Prénom :	
Lien de parenté :		Téléphone :	
Ville :		Portable :	
<b>TUTEUR, CURATEUR OU SAUVEGARDE DE JUSTICE OU REPRESENTANT LEGAL</b>			
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 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Date de l'accident :
Nom Mutuelle :		N° d'adhérent :
Adresse :		
Bénéficiez-vous de :	CSS (complémentaire santé solidarité, ex CMU) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	100% (exonération du ticket modérateur) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Je soussigné(e) **NOM**.....**PRENOM**.....  
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 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	CHAMBRE PARTICULIERE		
	OFFRE CONFORT <small>(selon disponibilité)</small>	OFFRE PREMIUM <small>(selon disponibilité)</small>	OFFRE PLATINIUM <small>(garantie de réservation)</small>
Chambre privative, calme et intime	✓	✓	✓
Garantie de réservation			✓
TV : TNT et Canal+ (Cinéma, Séries, Sport ... )		✓	✓
Trousse bien-être et chaussons hôteliers <i>Un tube de dentifrice (10gr), une brosse à dents, un peigne, 4 coton tiges, 3 mouchoirs, un savon (25gr), un gel douche (33ml), un lait corps (33ml), un shampoing (33ml)</i>			✓
Duo de serviettes (mise à disposition)			✓
Ouverture de ligne et communication (gratuite)		Sur demande	Sur demande
Wifi	Sur demande	Sur demande	Sur demande
<b>Tarifs/jour</b>	<b>112€</b>	<b>119€</b>	<b>133€</b>
<b>Votre choix à cocher</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les tarifs s'entendent TTC et sont applicables par jour du 1er au dernier jour du séjour, jour de sortie inclus – Tarifs au 1<sup>er</sup> septembre 2025

	SERVICES À LA CARTE						
	TELEPHONE	WIFI <small>(sur demande)</small>	TV / CASQUE (2€)	TROUSSE BIEN ETRE	ACCOMPAGNANT		
					PACK NUITEE <small>(LIT DRAP PDJ)</small>	PACK NUITEE AVEC DINER	DINER
<b>Tarifs</b>	2€/jour	Gratuit	9€/unité	12€/unité	25€/jour	35€/jour	10€/unité
<b>Votre choix</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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<sup>er</sup> mars 2026

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

<b>Forfait journalier :</b>	23€/jour
<b>Participation forfaitaire : (pour tout acte égal ou supérieur à 120€)</b>	32€/séjour

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

Nombre de case(s) cochée(s) :

Fait à .....Le ..... Signature du patient :