

### COMPLÉTEZ VOTRE RÉSERVATION EN LIGNE

- A défaut :**
- Envoyez par mail cette fiche complétée avant votre hospitalisation (mail : [admissions.aug@elsan.care](mailto: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 :	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Après-midi

AVEZ-VOUS DÉJÀ SEJOURNÉ DANS NOTRE ÉTABLISSEMENT ?  Oui  Non

#### Copie des pièces obligatoires à joindre à cette fiche de pré-admission :

- Pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport)
- 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 : copie du placement sous une 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 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	

**Tournez la page SVP >>**

Je soussigné (e) NOM ..... Prénom.....né(le) .....  
déclare avoir pris connaissance du contenu et des tarifs des prestations pour exigence particulière du patient proposées au sein de l'établissement, à ma charge et/ou à celle de mon organisme complémentaire d'assurance maladie, et reconnais avoir choisi les prestations optionnelles sélectionnées ci-dessous en cochant la ou les case(s)correspondante(s).

	FORFAIT AMBU' VISION	CHAMBRE PARTICULIÈRE AMBU' VISION*
Espace privatif, calme et intime*		✓
Pause gourmande *** 1 boisson chaude, 1 verrine fromage blanc et compote, 1 brioche, 1 salade de fruits, 1 bouteille d'eau 50cl	✓	✓
Wifi	✓	✓
<b>Mon pack Vision***</b> 1 <sup>er</sup> œil : une paire de lunettes protectrice (catégorie 3 UV400) 2 <sup>e</sup> œil : une boîte à lunettes & un kit entretien lunettes	✓	✓
<b>Tarifs/séjour</b>	30€	75€
<b>Votre choix **</b>		
<b>1<sup>er</sup> œil</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2<sup>e</sup>me œil</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les tarifs s'entendent TTC. Tarifs au 1<sup>er</sup> décembre 2025.

\* sous réserve de disponibilité.

\*\* A défaut de choix, une collation de réalimentation (boisson chaude, yaourt) me sera servie dans les lieux de réception des patients prévus à cet effet.

\*\*\*Ces contenus peuvent varier en fonction des contraintes d'approvisionnement de nos fournisseurs.

## PARTICIPATIONS LIEES A VOTRE HOSPITALISATION

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

<b>Participation forfaitaire :</b> (pour tout acte égal ou supérieur à 120€) Pour tout acte inférieur à 120€, un ticket modérateur pourra vous être demandé. Ces montants peuvent vous être remboursés par votre mutuelle.	32€/séjour
--	------------

Nombre de case(s) cochée(s) :

Fait à ..... Le .....

Signature du patient ou du représentant légal

**PAS DE TIERS PAYANT MUTUELLE**

Mai 2026