

**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 :		

**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 : <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 .....  
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).

## AMBULATOIRE

	FORFAIT AMBU' et FORFAIT HDJ (*) Hospitalisation De Jour	CHAMBRE PARTICULIÈRE AMBU' (**)	FORFAIT OPHTALMO
Espace privatif (selon disponibilité)		✓	
Pause gourmande *** 1 boisson chaude, 1 verrine fromage blanc et compote, 1 brioche 1 salade de fruits, 1 bouteille d'eau 50cl Pour ORL : 1 crème dessert vanille, 1 yaourt bio aromatisé, 1 glace, 1 bouteille d'eau 50cl	✓	✓	✓
TV (TNT)	✓	✓	✓
Wifi (sur demande)	✓	✓	✓
Ma trousse « Ambu » Un tube de crème mains, 3 mouchoirs, 1 masque de nuit, 1 paire embout auditif, 1 peigne, 1 bloc note, 1 petit crayon à papier avec gomme	✓	✓	✓
Une boisson chaude pour votre accompagnant (s'adresser à la boutique)	✓	✓	✓
<b>Tarifs/séjour</b>	40€	70€	30€
<b>Votre choix à cocher **</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les tarifs s'entendent TTC – Tarifs au 18 décembre 2023

\*\* Sous réserve de disponibilité

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

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

## PARTICIPATIONS LIÉES 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€) Ce montant peut vous être remboursé par votre complémentaire santé.	24€/séjour

Nombre de case(s) cochée(s) :

Fait à .....Le ..... Signature patient ou représentant légal :

**PAS DE TIERS PAYANT MUTUELLE**