

**FAITES VOTRE RESERVATION SOIT :**

Finess : 330780081

- **En déposant IMPERATIVEMENT** cette fiche à l'accueil lors de votre visite chez l'anesthésiste
- Fiche disponible et imprimable sur le site <https://www.elsan.care/fr/clinique-saint-augustin/mon-parcours>

**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	Portable :	
Adresse :			
Ville :		Code postal :	
Mail :		Nom du médecin traitant :	

**PERSONNE À PREVENIR**

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

**TUTEUR, CURATEUR OU SAUVEGARDE DE JUSTICE**

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) ..... 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 (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			✓
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
<b>Tarifs/jour</b>	<b>93€</b>	<b>100€</b>	<b>110€</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

	SERVICES À LA CARTE					
	TELEPHONE	TV / CASQUE (2€)	TROUSSE BIEN ETRE	ACCOMPAGNANT		
				PACK NUITEE (LIT DRAP PDJ)	PACK NUITEE AVEC DINER	DINER
<b>Tarifs</b>	2€/jour	9€/jour	10€/unité	22€	31€	9€/unité
<b>Votre choix</b>	<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

**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

<b>Forfait journalier :</b>	20€/jour
<b>Participation forfaitaire :</b> (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 à .....Le ..... Signature du patient :