

**FAITES VOTRE RESERVATION SOIT :**

Finess : 330780081

- **En déposant** IMPERATIVEMENT cette fiche à l'accueil lors de votre visite chez l'anesthésiste
  - **En envoyant** impérativement cette fiche avant votre hospitalisation (mail : [accueil@clinique-saint-augustin.fr](mailto:accueil@clinique-saint-augustin.fr))
- 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

**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	Portable :	
Adresse :			
Ville :		Code postal :	
Mail :		Nom du médecin traitant :	
<b>PERSONNE À PREVENIR</b>			
Nom :		Prénom :	
Lien de parenté :		Téléphone :	
Ville :		Portable :	
<b>TUTEUR, CURATEUR OU SAUVEGARDE DE JUSTICE</b>			
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).

## AMBULATOIRE

	FORFAIT AMBU' FORFAIT HDJ	CHAMBRE PARTICULIÈRE AMBU'	FORFAIT OPHTALMO
Espace privatif ( <i>selon disponibilité</i> )		✓	
Pause gourmande	✓	✓	✓
TV (TNT)	✓	✓	✓
Wifi (sur demande)	✓	✓	✓
Ma trousse « Ambu » et une boisson chaude pour votre accompagnant ( <i>s'adresser à la boutique</i> )	✓	✓	✓
<b>Tarifs/séjour</b>	35€	65€	25€
<b>Votre choix à cocher</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Les tarifs s'entendent TTC.*

## PARTICIPATIONS LIÉES A VOTRE HOSPITALISATION

	Montant à régler lors de votre sortie suivant la réglementation et les tarifs en vigueur
<b>Participation forfaitaire</b> ( <i>pour tout acte égal ou supérieur à 120€</i> ) <i>Ce montant peut vous être remboursé par votre complémentaire santé.</i>	24€/séjour

Nombre de case(s) cochée(s) :

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

**PAS DE TIERS PAYANT MUTUELLE**