

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)
- 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 :	
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).

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>)	✓	✓	✓
Tarifs/séjour	35€	65€	25€
Votre choix à cocher	<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
Participation forfaitaire (<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 àLe Signature du patient :

PAS DE TIERS PAYANT MUTUELLE