

COMPLÉTEZ VOTRE RESERVATION EN LIGNE

- A défaut :**
- Envoyez par mail cette fiche complétée avant votre hospitalisation (mail : 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 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	

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
Tarifs/jour	93€	100€	110€
Votre choix à cocher	<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
Tarifs	2€/jour	9€/jour	10€/unité	22€	31€	9€/unité
Votre choix	<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

Forfait journalier :	20€/jour
Participation forfaitaire : (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 àLe Signature du patient :