

**COMPLÉTEZ VOTRE RÉSERVATION EN LIGNE**

Finess : 330780081

- 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
Adresse :	Portable :
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)	100% (exonération du ticket modérateur)

**Tournez la page SVP >>**

Oui  Non  Oui  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 reconnait 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**

	<b>Montant à régler lors de votre sortie suivant la réglementation et les tarifs en vigueur</b>
<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**