

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 :	☐ Matin ☐ 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 : ☐ F ☐ M ☐ I	Portable :	
Lieu de naissance :			
Adresse :			
Code postal :	Mail patient ou représentant légal :		
Ville :	Nom – Prénom médecin traitant :		

PERSONNE À PREVENIR

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

TUTEUR, CURATEUR OU SAUVEGARDE DE JUSTICE OU REPRESENTANT LEGAL

Nom et 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 : ☐ Oui ☐ Non	Date de l'accident :
Nom Mutuelle :	N° d'adhérent :
Adresse :	
Bénéficiez-vous de :	CSS (complémentaire santé solidarité, ex CMU) ☐ Oui ☐ Non 100% (exonération du ticket modérateur) ☐ Oui ☐ Non

Tournez la page SVP >>

Je soussigné(e) NOM Prénom
Date de naissance 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 ? ☐ Oui ☐ 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 <i>Un tube de dentifrice (10 gr), une brosse à dent, un peigne, 4 cotons tige, 3 mouchoirs, un savon (25gr), un gel douche (33 ml), un lait corps (33ml), un Shampoing (33 ml).</i>			✓
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	Sur demande
Tarifs/jour	112€	119€	133€
Votre choix à cocher	☐	☐	☐

Les tarifs s'entendent TTC et sont applicables par jour du 1er au dernier jour du séjour, jour de sortie inclus – Tarifs au 1^{er} septembre 2025

	SERVICES À LA CARTE						
	TELEPHONE	WIFI (sur demande)	TV / CASQUE (2€)	TROUSSE BIEN ETRE	ACCOMPAGNANT		
					PACK NUITEE (LIT DRAP PDJ)	PACK NUITEE AVEC DINER	DINER
Tarifs	2€/jour	Gratuit	9€/jour	12€/unité	25€/jour	35€/jour	10€/unité
Votre choix	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Les tarifs s'entendent TTC, en euros et sont applicables par jour du 1er au dernier jour du séjour, jour de sortie inclus – Tarifs au 1^{er} septembre 2025

☐ 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 patient ou représentant légal :