

COMPLÉTEZ VOTRE RÉSERVATION 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 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 <input type="checkbox"/> 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 REPRÉSENTANT LÉgal

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 : <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 >>

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).

AMBULATOIRE

	FORFAIT AMBU' et FORFAIT HDJ (**) Hospitalisation De Jour)	CHAMBRE PARTICULIÈRE AMBU' (**)
Espace privatif <i>(selon disponibilité)</i>		✓
Pause gourmande *** <i>1 boisson chaude, 1 verrine fromage blanc et compote, 1 brioche 1 salade de fruits, 1 bouteille d'eau 50cl</i> <i>Pour ORL : 1 crème dessert vanille, 1 yaourt bio aromatisé, 1 glace, 1 bouteille d'eau 50cl</i>	✓	✓
TV (TNT)	✓	✓
Wifi (sur demande)	✓	✓
Ma trousse « Ambu » <i>Un tube de crème mains, 3 mouchoirs, 1 masque de nuit, 1 paire embout auditif, 1 peigne, 1 bloc note, 1 petit crayon à papier avec gomme</i>	✓	✓
Une boisson chaude pour votre accompagnant <i>(s'adresser à la boutique)</i>	✓	✓
Tarifs/séjour	40€	75€
Votre choix à cocher **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les tarifs s'entendent TTC – Tarifs au 1^{er} décembre 2025

** Sous réserve de disponibilité
*** A défaut de choix, une collation simple de réalimentation (boisson chaude, madeleine, sachet crackers) *** me sera servie dans les lieux de réception des patients prévus à cet effet.
**** Ces contenus peuvent varier en fonctions des contraintes d'approvisionnement de nos fournisseurs.

PARTICIPATIONS LIÉES À 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 patient ou représentant légal :

PAS DE TIERS PAYANT MUTUELLE

114 Avenue d'Arès 33074 BORDEAUX Cedex / Tél : 05 56 00 30 30