

Finess : 330780081

FAITES VOTRE RESERVATION :

En déposant cette fiche lors de votre visite chez l'anesthésiste

Egalement disponible sur le site <https://www.elsan.care/fr/clinique-saint-augustin/mon-parcours>

SÉJOUR

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 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

RENSEIGNEMENTS

Sexe : F M

Nom d'usage (ou marital) :	Prénom :
Nom de naissance :	Téléphone :
Né (e) le :	Portable :
Adresse :	
Ville :	Code postal :
Mail :	
Nom du médecin traitant :	Ville :
Personne à prévenir :	Téléphone :
Lien de parenté :	Portable :
Nom et coordonnées du tuteur, curateur ou sauvegarde de justice :	

RENSEIGNEMENTS ASSURÉ(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 :	Date de l'accident :
Bénéficiez – vous de :	
CMU (couverture médicale universelle) <input type="checkbox"/> oui	100% (exonération du ticket modérateur) <input type="checkbox"/> oui

Tournez la page SVP >



NOS SERVICES HÔTELIERS

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).

Cotisez-vous pour une chambre particulière ?

OUI NON

AMBULATOIRE

	FORFAIT AMBU'	CHAMBRE PARTICULIÈRE AMBU'	FORFAIT OPHTALMO
Chambre particulière (<i>selon disponibilité</i>)		✓	
Ambu lunch	✓	✓	✓
TV	✓	✓	✓
Wifi (sur demande)	✓	✓	✓
Ma trousse « Ambu » et une boisson chaude pour votre accompagnant (<i>s'adresser à la boutique</i>)	✓	✓	✓
Tarifs/séjour	30€	55€	20€
Votre choix à cocher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les tarifs s'entendent TTC.

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

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.

Mention manuscrite « lu et approuvé » :

Fait à Le

Signature du patient :

PAS DE TIERS PAYANT MUTUELLE