

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
- Pour les mineurs
 - Autorisation d'opérer signée par les 2 parents
 - Livret de famille et pièces d'identité des 2 parents
- Carte mutuelle
- Attestation d'accident du travail le cas échéant
- Devis des praticiens signés

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 :
Personne à prévenir :	
Ville :	
Lien de parenté :	Téléphone :
	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 :
Caisse Mutuelle :	N° d'adhérent :
Adresse :	
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

HOSPITALISATION

Souhaitez-vous bénéficier d'une chambre particulière (selon dispo) ?	CHAMBRE PARTICULIERE			
	OFFRE CONFORT	OFFRE PREMIUM		OFFRE PLATINIUM
Chambre privative, calme et intime	✓	✓	✓	✓
Ouverture de ligne et communication (gratuite)		✓	✓	✓
TV (TNT + BeIN Sport + Cinéma)		✓	✓	✓
Wifi (sur demande)		✓	✓	✓
Kit hôtelier (trousse bien-être + chaussons)				✓
Journal Sud-Ouest (sauf week-end) <u>ou</u> Kit linges de toilette (mise à disposition)				✓
Garantie de réservation				✓
Tarifs/jour	88€	96€	99€ <i>Option : Demande prioritaire</i>	107€ <i>Garantie de réservation incluse</i>
Votre choix à cocher	<input type="checkbox"/>	<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€)	KIT HOTELIER	KIT ACCOMPAGNANT (LIT DRAP PDJ)	KIT ACCOMPAGNANT AVEC DINER	DINER
Tarifs	2€/jour	7€/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 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 : Ce montant peut éventuellement être pris en charge par votre complémentaire santé.	20€/jour
Participation forfaitaire : (pour tout acte égal ou supérieur à 120€) Ce montant peut vous être remboursé par votre complémentaire santé.	24€/séjour

Mention manuscrite « lu et approuvé » :

Fait àLe Signature du patient :