



## FICHE PRE ADMISSION

**Votre préadmission doit être effectuée dès que possible après la confirmation de votre séjour au sein de l'établissement. Nous vous conseillons de la faire à la suite de votre consultation d'anesthésie.**

C'est une étape importante qui permet de choisir les conditions de votre séjour et qui facilite les formalités d'admission.

**Votre dossier de préadmission doit comporter les éléments suivants :**

- Fiche pré admission
- Pièce d'identité recto/verso
- Carte de mutuelle et prise en charge
- Livret de famille pour les mineurs
- Feuille d'accident de travail ou maladie professionnelle le cas échéant
- Photocopie du jugement : si tutelle ou autorité parentale exclusive

**Vous pouvez déposer votre dossier complet :**

- 1- Soit par mail : [pln.preadm@vivalto-sante.com](mailto:pln.preadm@vivalto-sante.com)
- 2- Soit à l'accueil, au rez de chaussée du lundi au vendredi de 6h45 à 18h45.

*Nous vous rappelons que l'estimation des frais restant à votre charge (prestations hôtelières, dépassement d'honoraires) vous sera demandée sous forme d'empreinte bancaire lors de votre entrée.*

Médecin responsable de l'hospitalisation : _____	
Entrée prévue le _____	Heure : _____
<input type="checkbox"/> HOSPITALISATION	<input type="checkbox"/> AMBULATOIRE
Avez-vous déjà été hospitalisé à la Polyclinique Lyon Nord : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

**BENEFICIAIRE DES SOINS : (informations issues de votre carte nationale d'identité ou passeport)**

NOM: \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

NOM de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  Féminin  Masculin

Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ PAYS \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de votre caisse d'assurance maladie \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom et adresse mutuelle \_\_\_\_\_

Bénéficiez-vous des aides suivantes :  CMU  ACS  AME

Nom et adresse de votre médecin traitant : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ASSURE (si différent du bénéficiaire des soins) :**

Lien de parenté avec le bénéficiaire des soins : \_\_\_\_\_

NOM: \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

NOM de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  Féminin  Masculin

Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ PAYS \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de votre caisse d'assurance maladie \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**VOTRE SEJOUR :**

Merci de cocher les prestations demandées.

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ <b>EN HOSPITALISATION :</b>	Chambre <b>SIMPLE</b> 90 €	Chambre <b>CONFORT</b> 120 €	Chambre <b>PRESTIGE</b> 150 €
Chambre particulière	✓	✓	✓
Télévision	✓	✓	✓
Téléphone (hors communications 0,15 €/unité)	○	○	○
Wi-fi	○	✓	✓
Quotidien régional	○	✓	✓
Machine à café avec capsules	○	○	✓
Kit beauté	○	○	✓
Mise à disposition d'un peignoir	○	○	✓
Coffre	✓	✓	✓

✓ inclus    ✗ indisponible    ○ en option

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ <b>EN AMBULATOIRE :</b>	Chambre double / Salon des fauteuils	Chambre <b>SIMPLE</b> 50 €
Chambre particulière	✗	✓
Télévision	✓	✓
Wi-fi	○	✓
Collation Classique	✓	✓
Quotidien régional	○	○
Coffre	✓	✓

✓ inclus    ✗ indisponible    ○ en option

L'attribution de la chambre particulière se fait selon nos disponibilités. Nous nous engageons à mettre tout en œuvre pour vous satisfaire.

**VOS OPTIONS HÔTELIÈRES**

**Télévision** : 6€

**Téléphone** 5.5€ mise en service + 0.15€/min

**WIFI** : 4€

**Lit accompagnant** 30€/nuit

**COFFRE**: 2€