



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
- 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"/>
➤ EN HOSPITALISATION :	Chambre SIMPLE 90 €	Chambre CONFORT 120 €	Chambre PRESTIGE 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"/>
➤ EN AMBULATOIRE :	Chambre double / Salon des fauteuils	Chambre SIMPLE 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€