

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 via le site internet : www.polycliniquelyonnord.vivalto-sante.com
- 2- Soit à l'accueil, 7j/7 de 9h à 17h30

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 pré admission ou 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 : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> ACS <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> 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.

➤ EN HOSPITALISATION :

	<input type="checkbox"/> Chambre SIMPLE 95 €	<input type="checkbox"/> Chambre CONFORT 140 €	<input type="checkbox"/> Chambre PRESTIGE 170 €	<input type="checkbox"/> Suite Premium 240 €
Chambre privative	✓	✓	✓	✓
Télévision	✓	✓	✓	✓
Wifi en illimitée	✓	✓	✓	✓
Petit-déjeuner continental		✓	✓	✓
Espace détente : Machine à café avec capsules et infusions à disposition			✓	✓
Un kit Beauté par séjour		✓	✓	✓
Une paire de chaussons par séjour			✓	✓
Un sèche-cheveux à disposition			✓	✓
Un peignoir, une serviette de bain et de toilette à disposition			✓	✓
Frigo mini-bar				✓
Espace salon				✓
Lit accompagnant				✓
Suite privative				✓

➤ EN AMBULATOIRE :

	<input type="checkbox"/> Chambre SIMPLE 70 €
Chambre privative	✓
Télévision	✓
Wifi illimitée	✓
Coffre	✓
Collation Premium	✓

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€ les 10 premiers jours ; 4 € les 10 prochains ; 3€ pour les jours suivants
 WIFI : 4€/séjour
 Collation Premium : 10€
 kit Dentaire : 5€
 Kit Beauté : 15€
 Lit accompagnant 30€/nuit

DATE : ____ / ____ / ____

Signature précédée de la mention « BON POUR ACCORD » :