

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 : 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 SÉJOUR SE DÉROULERA EN CHAMBRE DOUBLE. SI VOUS SOUHAITEZ UNE CHAMBRE PARTICULIÈRE, MERCI DE COCHER L'OPTION RETENUE.

➤ **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 ⁽¹⁾		✓	✓	✓
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				✓

⁽¹⁾ Selon avis médical

➤ **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. **Les tarifs journaliers applicables sont ceux en vigueur le jour de l'admission.**

VOS OPTIONS HÔTELIÈRES (SI NON INCLUS DANS L'OPTION CHOISIE)

- 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€
- Petit déjeuner continental** : 8€ **Repas plaisir** : 25€ **Lit accompagnant** 50€/nuit (petit déjeuner et dîner inclus)

DATE : ____ / ____ / ____

Signature précédée de la mention « BON POUR ACCORD » :