

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 : _____

HOSPITALISATION **AMBULATOIRE**

Avez-vous déjà été hospitalisé à la Polyclinique Lyon Nord : OUI 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 € ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> Chambre PRESTIGE 170 € ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> Suite Premium 240 € ⁽²⁾
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 – ⁽²⁾ Hors service de soins critiques

➤ **EN AMBULATOIRE :**

	<input type="checkbox"/> Chambre SIMPLE ⁽¹⁾ 70 €	<input type="checkbox"/> Chambre CONFORT 90 €
Chambre privative		✓
Télévision		✓
Wifi illimitée	✓	✓
Coffre	✓	✓
Collation Premium	✓	✓
Kit Beauté		✓
Présence de l'accompagnant		✓

⁽¹⁾ Espace privatif

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 » :