

1 / RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS selon carte nationale d'identité

ASSURE :

NOM :
 PRENOM :
 NOM DE NAISSANCE :
 SEXE : F M
 Né(e) le :
 à :
 CODE POSTAL :
 PAYS :
 Adresse :
 Code postal :
 Ville :
 Téléphone :
 Adresse mail :
 Caisse sécurité sociale :
 Numéro de sécurité sociale :

 Nom de la Mutuelle :
 Bénéficiez-vous des aides suivantes :
 CMU Oui / Non
 ACS Oui / Non
 AME Oui / Non

BENEFICIAIRE DES SOINS :

NOM :
 PRENOM :
 NOM DE NAISSANCE :
 SEXE : F M
 Né(e) le :
 à :
 CODE POSTAL :
 PAYS :
 Adresse :
 Code postal :
 Ville :
 Téléphone :
 Adresse mail :
 Date d'hospitalisation : /...../20....
 Avez-vous déjà été hospitalisé à la polyclinique
 Lyon nord Rillieux ? Oui / Non
 Nom et Adresse de votre médecin traitant :

2 / PIECES A FOURNIR

Merci de mettre dans une enveloppe, les documents suivants :

- 1 photocopie de la carte d'identité de la personne hospitalisée, recto verso*.
- 1 photocopie du livret de famille pour les mineurs (pages : parents et enfant).
- 1 photocopie de la carte de séjour si vous êtes étranger, recto verso.
- 1 photocopie de la feuille accident du travail ou maladie professionnelle le cas échéant.
- 1 photocopie de la carte mutuelle, recto verso.
- Votre prise en charge mutuelle**, Votre mutuelle peut l'envoyer directement à la clinique soit au fax de l'accueil au 04.72.01.38.14, soit par mail : pln.accueil@vivalto-sante.com (N° Finess à communiquer à la mutuelle : 690 780 390)
- Si tutelle, 1 photocopie du jugement
- Si autorité parentale exclusive, 1 photocopie du jugement
- Formulaires vert et violet complétés.

* L'usurpation d'identité est passible d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende

3 / AUTORISATION DE FACTURATION

Je soussigné(e)

1) **Demande une chambre particulière** Oui Non

Tarifs par Jour : 50€ en soins ambulatoires

La capacité en chambre seule est limitée dans le service des soins ambulatoires : la chambre seule vous sera attribuée sous réserve de disponibilité.

2) **Demande la connexion WIFI** Oui Non

Tarif par Jour : 4€

3) **Je reconnais avoir été informé qu'en l'absence de prise en charge mutuelle le jour de ma sortie de l'établissement, l'ensemble des prestations (chambre particulière, complément d'honoraires) sera à ma charge***

Date :

« Bon pour accord » et Signature :

* Pensez à venir avec un moyen de paiement