

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
- Formulaire vert et orange 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 avec télévision, wifi, solution hydroalcoolique, cabinet de toilette, collation, paiement de la facture en plusieurs fois ou paiement différé.

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 : 2€

3) **Prestation hôtelière :**

Café ou thé gourmand : 10€ Oui Non

Comprenant : café ou thé, mignardises, quotidien régional, bouteille d'eau

4) **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***

Oui Non

Date :

« Bon pour accord » et Signature :

* Pensez à venir avec un moyen de paiement