

Madame,

Vous allez prochainement accoucher à la Clinique Saint Charles.

Afin de préparer votre séjour, merci de nous transmettre :

- La « **Fiche de pré-admission Maternité** » ci-jointe complétée.
- Une copie de votre **pièce d'identité** (carte d'identité recto/verso ou passeport).
- Une copie de votre **attestation de droits de carte vitale** à jour (carte vitale à apporter le jour de votre entrée).
- Une copie de votre **carte de mutuelle** recto/verso valide au jour de l'entrée.
- Le formulaire « **frais de séjour** » joint, pour le choix de votre chambre.
- La fiche de la **désignation de la personne de confiance**.
- Une copie de votre **dernière ordonnance** de votre traitement médicamenteux.

Vous pouvez nous adresser ces documents par courrier, par mail, ou les remettre directement à l'accueil principal de la clinique :

**11 boulevard René Levesque – BP 50669**  
**85016 LA ROCHE SUR YON Cedex**  
[accueil.csc@sa3h.fr](mailto:accueil.csc@sa3h.fr)

Si vous avez des questions sur votre prise en charge administrative, vous pouvez nous contacter au 02 51 44 46 35.

**Si nous avons besoin d'informations complémentaires, vous serez contactée par une secrétaire du service des admissions.**

## FICHE DE PRE-ADMISSION

### Maternité

#### GYNECOLOGUE

- |                                       |                                      |                                      |                                      |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dr CAMP      | <input type="checkbox"/> Dr DERCOURT | <input type="checkbox"/> Dr GOMMIER  | <input type="checkbox"/> Dr GRIZEAU  |
| <input type="checkbox"/> Dr MECHOULAN | <input type="checkbox"/> Dr GORISSE  | <input type="checkbox"/> Dr SOUSSANA | <input type="checkbox"/> Dr TARDIVEL |

Date prévue d'accouchement : .....

#### PATIENT

Mme    Nom : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Mail : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Médecin traitant : .....

#### PERSONNE A PREVENIR

Lien de parenté (parent/ enfant/ ami/ médecin, etc...) : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

#### PRISE EN CHARGE

N° de sécurité sociale : .....

Régime obligatoire :     CPAM         MSA         RSI         MGEN         MFPS  
                                    CNMSS         Autre : .....

Mutuelle : ..... N° adhérent : .....

Adresse mutuelle : .....

.....

#### A remplir uniquement si le bénéficiaire des soins n'est pas l'assuré

Nom de l'assuré : ..... Prénom : .....

Nom de naissance de l'assuré : .....

Adresse : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Mail : .....

Parenté avec le patient : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Autres :                     ALD             CMU

***Nous vous invitons à choisir dans le formulaire « Frais de séjour » ci-joint les prestations facturables pour améliorer votre prise en charge lors de votre séjour.***