

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

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.