

FICHE D'INSCRIPTION MATERNITE

**REPLISSEZ VOTRE
DOSSIER D'ADMISSION**

**en ligne sur le site internet
RAMSAYSERVICES.FR**

**ÉVITEZ LES DÉPLACEMENTS INUTILES
ET SIMPLIFIEZ VOS DEMARCHES**

**lors de votre seconde visite prénatale
et avant votre RDV d'anesthésie**

(du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30)
(N° FINESS : 590782553)

Les originaux des documents :

- Pièce d'identité et /ou livret de famille
- Carte vitale ou attestation CMU/AME
- Carte mutuelle et prise en charge
- Attestation de la déclaration d'accident de travail

**Votre admission sera validée à réception de toutes les
pièces, tout dossier incomplet vous sera retourné**

Nom de l'obstétricien :

Date prévue d'accouchement :

Date de la 1^{ère} visite prénatale :

Hospitalisé(e) : informations issues de votre carte nationale d'identité ou de votre passeport – EN MAJUSCULES

Nom de naissance Prénom (s).....

Nom d'usage (marital) Sexe : M F

Date de Naissance :

Votre adresse complète (code postal – ville)
.....
.....

Tél fixe : Tél portable :

E. mail :

Numéro de Sécurité Sociale :

Nom et adresse de l'organisme de Sécurité Sociale
.....

Nom et adresse de la mutuelle

Assuré(e) : à ne remplir que si différent de l'hospitalisé(e) EN MAJUSCULES

Lien de parenté avec l'hospitalisé(e) conjoint concubin parent

Nom de naissance Prénom (s)

Nom d'usage (marital)..... Sexe : M F

Date de Naissance

Votre adresse complète (code postal – ville)
.....
.....

Tél fixe : Tél portable :

E. mail :

Numéro de Sécurité Sociale :

Nom et adresse de l'organisme de Sécurité Sociale

- **Coordonnées du futur père** : Nom, prénom, téléphone portable, adresse mail
- **Coordonnées de la personne à prévenir** : Nom, prénom, téléphone du domicile, téléphone portable, adresse mail, lien de parenté

Nom/prénom et adresse de votre <u>médecin traitant</u>	Nom/prénom et adresse de votre <u>gynécologue en ville</u>
--	--

- Avez-vous un **dossier médical partagé (DMP)** : oui - non
- **Refus de communiquer votre adresse mail pour la campagne nationale de satisfaction copilotée par le Ministère chargé de la Santé et la HAS** : oui (Pour plus d'information, vous pouvez utiliser le numéro vert 0 800 944 955 : (appel gratuit depuis un poste fixe) ou envoyer un mail à la Haute Autorité de Santé à l'adresse contact@e-satis.fr)

Nous vous rappelons qu'une provision encaissable vous sera demandée lors de votre entrée en cas de non règlement à la sortie.

Durant votre hospitalisation, vous pouvez bénéficier des prestations hôtelières suivantes sous réserve de disponibilité des chambres (tarifs TTC janvier 2018) – merci de cocher la formule choisie

SOLO CONFORT à 180 €/ jour

- 3 repas PLAISIR servis en chambre/jour (sous réserve de contre-indication médicale)
- Peignoir, serviette et Trousse Clarins ou Azzaro
- Presse
- Lit et petit déjeuner accompagnant
- 1 repas accompagnant/jour



SOLO PLUS à 99 €/ jour

- Petit déjeuner Plaisir
- TV et WIFI en illimité
- Téléphone (hors communication) – appels sortants facturés



SOLO à 85 €/ jour

- Votre chambre privative -
- Une équipe dédiée à votre confort
- Votre espace privatif pour recevoir des visites



CHAMBRE PARTAGEE

OPTIONS HOTELLIÈRES

<input type="radio"/> Forfait TV (uniquement pour la chambre SOLO)	9€/jour
<input type="radio"/> TV Chambre double	4,50€/jour
<input type="radio"/> Téléphone (hors communication)	6€/séjour
<input type="radio"/> TV + téléphone + WiFi	12€/jour
<input type="radio"/> Repas accompagnant plaisir	20€
<input type="radio"/> Nuit et petit déjeuner accompagnant plaisir (pour les enfants de moins de 3 ans, la nuit et le petit déjeuner sont offerts à l'accompagnant)	22€
<input type="radio"/> WIFI	2.50€ / 2h - 6€ / journée

FORFAIT JOURNALIER 18 €/jour Forfait sur acte supérieur ou égal à 120 € Prise en charge éventuelle par votre complémentaire, sous réserve de vos droits et garanties, du supplément de chambre, du forfait journalier et du forfait sur acte supérieur à 120€. Pour tout séjour dont le tarif est inférieur à 120€, vous devez vous acquitter des 20% des frais de clinique et des honoraires du praticien (éventuellement pris en charge par votre complémentaire)

A _____, le
Signature