

## FAITES VOTRE RESERVATION DANS LES 48H :

En déposant ou en renvoyant cette fiche, au service pré-admissions ou à votre référente Materniteam  
[virginie.thouin@fiefdegrimoire.com](mailto:virginie.thouin@fiefdegrimoire.com)

### COPIE DES PIÈCES OBLIGATOIRES (recto-verso) À JOINDRE À CETTE FICHE DE PRÉ-ADMISSION :

- Pièce d'identité
- Carte mutuelle
- Attestation de sécurité sociale des 2 parents
- Liste de vos traitements médicamenteux en cours
- Attestation d'accident du travail le cas échéant
- Pour les mineurs:
  - Autorisation d'opérer signée par les 2 parents
  - Livret de famille et pièces d'identité des 2 parents

Nom de votre praticien :	
Votre date prévue d'accouchement :	
Votre suivi de grossesse est assuré par :	Un gynécologue de l'établissement : ..... Un gynécologue libéral : ..... Une sage-femme libérale : ..... <input type="checkbox"/> pour le suivi de grossesse <input type="checkbox"/> pour la préparation à la naissance Un médecin traitant : .....

## RENSEIGNEMENTS

Nom d'usage (ou marital) :	Prénom :
Nom de naissance :	Profession :
Né (e) le :	Téléphone :
Adresse :	
Ville :	Code postal :
Nom du médecin traitant :	Ville :
Personne à prévenir :	Téléphone :
Personne de confiance :	Téléphone :
Votre adresse mail :	
Situation familiale :	
Nom et coordonnées du tuteur, curateur ou sauvegarde de justice :	

## ASSURANCE

N° de Sécurité Sociale :	Caisse d'Assurance Maladie :
Caisse Mutuelle :	
L'enfant sera principalement rattaché au numéro de sécurité sociale de : <input type="checkbox"/> Sa mère <input type="checkbox"/> Son père	
Double rattachement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Bénéficiez - vous de :	
Art. 115 (victimes de guerre) <input type="checkbox"/> oui	100% (exonération du ticket modérateur) <input type="checkbox"/> oui
CMU (couverture médicale universelle) <input type="checkbox"/> oui	Régime local <input type="checkbox"/> oui



# Nos SERVICES HÔTELIERS



Je soussigné(e) ..... déclare avoir pris connaissance des tarifs des prestations pour exigence particulière du patient appliqués au sein d'établissement, à ma charge et/ou à celle de ma mutuelle, et reconnais avoir choisi les prestations sélectionnées ci-dessous.

## MATERNITÉ

Souhaitez-vous bénéficier d'une chambre particulière?

	CHAMBRE PARTICULIÈRE		
	MATERNITY	COCOONING MATERNITY	HAPPY MATERNITY
Chambre privative, calme et intime*	✓	✓	✓
TV (TNT, Canal +)		✓	✓
Wifi		✓	✓
Téléphone (Ouverture de ligne)	✓	✓	✓
Trousse Welcome Maternity			✓
Solution hydro-alcoolique	✓	✓	✓
Bouteille d'eau	✓	✓	✓
Goûter	✓	✓	✓
Plateau de courtoisie (mise à disposition)			✓
Peignoir de bain (mise à disposition)			✓
Lit accompagnant + petit déjeuner			✓
<b>Tarifs/jour</b>	68€	85€	120€
<b>Votre choix</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les tarifs s'entendent TTC et sont applicables par jour du 1<sup>er</sup> au dernier jour du séjour, jour de sortie inclus  
\*Sous réserve de disponibilité

	SERVICES À LA CARTE									
	TV	WIFI	OUVERTURE DE LIGNE TÉLÉPHONIQUE	TROUSSE WELCOME MATERNITY	CHANGES COMPLETS POUR BÉBÉ DE 3 À 5KG	SERVIETTES PÉRIODIQUES	PROTÈGE MAMELONS	ACCOMPAGNANT		SUPPLÉMENT BOUTEILLE D'EAU
								DÉJEUNER OU DÎNER	LIT + PDJ	
<b>Tarifs (TTC)</b>	5€/jour	5€/jour	5€ puis communication à 0.22€ l'unité	8€/unité	8€/unité	5€/le paquet	4€/unité	15€/unité	30€/unité	1.5€/unité
<b>Votre choix</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les tarifs s'entendent TTC et sont applicables par jour du 1<sup>er</sup> au dernier jour du séjour, jour de sortie inclus

## FORFAIT PARCOURS PATIENT

Je choisis de bénéficier du Forfait Parcours Patient d'un montant de 12€ TTC/ séjour.

En contrepartie des démarches de coordination pour faciliter votre parcours de soins, effectuées par la clinique, en amont et/ ou en aval de votre séjour dans l'établissement : par exemple, avant votre admission, pour une mise en relation directe avec votre organisme complémentaire pour connaître vos garanties et les conditions de prise en charge/ en sortie de séjour, pour faciliter votre retour à domicile (services sociaux, hébergement post hospitalisation, réservation de taxi, transports, réseaux de ville)

## PARTICIPATIONS LIÉES À VOTRE HOSPITALISATION

	Montant à régler lors de votre sortie suivant la réglementation et les tarifs en vigueur
<b>Forfait journalier :</b> <i>ce montant peut éventuellement être pris en charge par votre mutuelle.</i>	20€/jour
<b>Participation forfaitaire :</b> (pour tout acte égal ou supérieur à 120€) <i>Pour tout acte inférieur à 120€, un ticket modérateur pourra vous être demandé. Ces montants peuvent vous être remboursés par votre mutuelle.</i>	18€/séjour

Nombre de case(s) cochée(s) :

Fait à .....Le ..... Signature du patient :