

# DOSSIER D'INSCRIPTION MATERNITE

CE DOSSIER EST A RETOURNER AU SERVICE MATERNITE AVANT LE 7eme  
MOIS DE GROSSESSE :

- **PAR COURRIER A L'ADRESSE SUIVANTE :**

Secrétariat de la maternité - Clinique Bouchard - 77 rue du Docteur Escat  
BP 50169  
13444 Marseille cedex 6

- **PAR FAX** au 04 91 15 94 88
- **PAR MAIL** : [materniteam.bouchard@elsan.care](mailto:materniteam.bouchard@elsan.care) ou  
[maternite.bouchard@elsan.care](mailto:maternite.bouchard@elsan.care)

*Merci de ne pas envoyer le dossier aux deux adresses, une seule suffit.*

**CONTACT SECRETARIAT MATERNITE : 04.91.15.94.48**  
**CONTACT MATERNITEAM : 06.33.13.64.76**

**VOTRE INSCRIPTION SERA VALIDEE UNIQUEMENT LORSQUE VOTRE  
DOSSIER SERA COMPLET.**

Pour cela, celui-ci doit contenir les documents suivants :

- ✓ Copie de votre pièce d'identité et/ou titre de séjour et/ou passeport en cours de validité
- ✓ **Attestation de la sécurité sociale comportant vos droits maternité 100% ou Calendrier de grossesse » délivré par la sécurité sociale soit par courrier soit sur votre espace AMELI.**
- ✓ Copie de votre carte d'adhérent à une mutuelle en cours de validité ou CMU

AVEZ-VOUS DEJA SEJOURNE DANS NOTRE ETABLISSEMENT ?

Oui  Non

## SEJOUR

Nom de votre Obstétricien :	
Votre date d'accouchement :	
Votre date d'entrée et heure d'entrée si accouchement programmé :	

### Copie des pièces obligatoires à joindre à cette fiche de pré-admission :

- Pièce d'identité en cours de validité
- Carte mutuelle
- Attestation de sécurité sociale (100% maternité)
- Liste de vos traitements médicamenteux en cours
- Attestation d'accident du travail
- Pour les mineurs
  - Livret de famille et pièces d'identité des 2 parents
  - Autorisation d'opérer signée par les 2 parents
- Pour les majeurs protégés : jugement de placement sous mesure de protection judiciaire

## RENSEIGNEMENTS SUR LA PARTURIENTE

Nom d'usage (ou marital) :	Prénom :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom de naissance :	Lieu de naissance :	
Né (e) le :	Téléphone :	
Adresse :		
Ville :	Code postal :	
Nom du médecin traitant:	Ville :	
Personne à prévenir : Nom :	Téléphone :	Lien de parenté :
Mail de la parturiente / du représentant légal :		
Nom et coordonnées du représentant légal éventuel :		

## RENSEIGNEMENTS ASSURE(E)

Lien de parenté par rapport à l'assuré (e)	
Nom :	Prénom :
Nom de jeune fille :	Né(e) le :
Adresse :	Téléphone :
Code postal :	Ville :

## ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE DE RATTACHEMENT ET MUTUELLE

N° de Sécurité Sociale :	Nom et adresse de l'organisme d'assurance maladie		
Nom de la Mutuelle :	Adresse mutuelle :		
N° d'adhérent :			
Bénéficiez – vous de :			
Art. L.212-1 Code de pension militaire	<input type="checkbox"/> oui	100% (exonération du ticket modérateur)	<input type="checkbox"/> oui
Complémentaire Santé Solidarité ou Protection Universelle Maladie	<input type="checkbox"/> oui	Régime local	<input type="checkbox"/> oui

Je soussigné(e) ..... déclare avoir pris connaissance du contenu et des tarifs des prestations pour exigence particulière du patient proposées au sein de l'établissement, à ma charge et/ou à celle de mon organisme complémentaire d'assurance maladie, et reconnais avoir choisi les prestations optionnelles sélectionnées ci-dessous en cochant la ou les case(s).correspondante(s).

**Souhaitez-vous bénéficier d'une chambre particulière ?**

Oui

Non, une chambre double

	BIEN ETRE	PRIVILEGE	PRESTIGE	PRESTIGE TERRASSE
Chambre privative, calme et intime*	✓	✓	✓	✓
Coffre-Fort	✓	✓	✓	✓
TV (TNT & bouquet CANAL+)	✓	✓	✓	✓
Ouverture de la Ligne téléphonique	✓	✓	✓	✓
Wifi illimité	✓	✓	✓	✓
Trousse Bien-Etre** (un tube de dentifrice, une brosse à dent, un peigne, 4 cotons tige, paquet de 3 mouchoirs, un savon ALGOTHERM®, un gel douche ALGOTHERM®, un shampoing ALGOTHERM, un lait corps ALGOTHERM®)	✓	✓	✓	✓
Chaussons hôtel		✓	✓	✓
Linge de bain : 2 serviettes + 1 gant (mise à disposition)		✓	✓	✓
Petit déjeuner Continental** : boisson chaude (café, thé ou chocolat) + jus d'orange bouteille 25 cl + trio de mini viennoiseries + confiture Bonne Maman + pain aux céréales + beurre + yaourt bio nature)		✓	✓	✓
Livre photo CEWE de 26 pages (frais de livraison en sus)		✓	✓	✓
Pack nuitée accompagnant (lit & PDJ Continental & linge de bain)		✓	✓	✓
Coin courtoisie **: bouilloire (thé / café) & 3 gourmandises par jour		✓		
Repas Gourmand 3 composantes** (entrée + plat + dessert) à choisir sur la carte gourmande - déjeuner et dîner			✓	✓
Coin courtoisie** : bouilloire (thé / café) & mini-bar : eaux 50cl, jus de fruit et sodas - Mise à disposition			✓	✓
Chambre spacieuse avec décoration thématique & TV grand écran			✓	✓
Terrasse				✓
<b>Tarifs/jour</b>	<b>137 €</b>	<b>160 €</b>	<b>195 €</b>	<b>215 €</b>
<b>Votre choix*</b>	<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. Tarifs au 1<sup>er</sup> décembre 2022.

\*sous réserve de disponibilités \*\*Sous réserve de contraintes médicales. Ces contenus peuvent varier en fonction des contraintes d'approvisionnement de nos fournisseurs.

**Le jour de sortie en chambre individuelle est facturé.**

**Selon le décret N° 2019-719 du Ministère des Solidarités et de la Santé (Journal Officiel du 09/07/2019)**

**LA DEMANDE DE CHAMBRE PARTICULIERE N'EST PAS UNE RESERVATION DEFINITIVE.**

**ELLE VOUS SERA ATTRIBUEE EN FONCTION DES DISPONIBILITES DU SERVICE ET LE PLUS VITE POSSIBLE**

**SERVICES A LA CARTE**

	TV TNT & Canal +	Trousse Bien- être	Linge de bain Mise à disposition	Chaussons Hôtel	Doudou Ours	Cape de bain bébé	Pack nuit accompagnant (lit&PDJ Continental&linge de bain)	Wifi ( demande secrétariat)
<b>Tarifs</b>	<b>10€/jour</b>	<b>7€/unité</b>	<b>10€/unité</b>	<b>4€/unité</b>	<b>10€/unité</b>	<b>12€/unité</b>	<b>30€/nuitée</b>	<b>5€/jour</b>
<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"/>

\*Les tarifs s'entendent en TTC

**PARTICIPATIONS LIEES A VOTRE HOSPITALISATION**

Montants à régler lors de votre sortie suivant la réglementation et les tarifs en vigueur

<b>Forfait journalier</b>	20€/jour
<b>Participation forfaitaire :</b> (pour tout acte égal ou supérieur à 120€). Pour tout acte inférieur à 120€, un ticket modérateur pourra vous être demandé.	24€/séjour

Ces montants peuvent le cas échéant vous être remboursés par votre organisme complémentaire d'assurance maladie.

Nombre de case(s) cochée(s) :

Fait à .....Le .....

Signature du patient ou de son représentant légal

**Des prestations de restauration sont incluses dans votre séjour.**

**Pour varier les plaisirs et répondre à vos envies du moment, retrouvez en complément, une large sélection de recettes sucrées ou salées détaillées dans la Carte Gourmande, à retrouver sur notre site internet ou directement en chambre !**

Je soussigné(e) M \_\_\_\_\_ en ma qualité de patiente

- Représentant légal de M \_\_\_\_\_ (pour les patientes mineures)
- Atteste être informée qu'il est strictement interdit par la loi dans un établissement de soins, de fumer et d'utiliser un téléphone portable,
- Atteste avoir pris connaissance de l'information qui suit précisant que les chambres disposent de coffres permettant de déposer tout objet de valeur lors de votre séjour. En cas de vol, perte ou détériorations d'objets non déposés, la responsabilité de l'établissement n'est pas engagée si le coffre n'a pas été utilisé pour le dépôt de ces objets.

Il est toutefois vivement recommandé d'éviter d'amener tout objet de valeur lors de votre hospitalisation.

Le \_\_\_\_\_

Signature

---

Le personnel de la Clinique étant soumis au secret professionnel,

Je soussigné(e) M \_\_\_\_\_

- Autorise le personnel de la Clinique Bouchard
- N'autorise pas le personnel de la Clinique Bouchard

À révéler ma présence, ou celle du malade que je représente, dans l'établissement à toute personne qui en fera la demande, notamment par le simple fait de transmettre une communication téléphonique.

Le \_\_\_\_\_

Signature

Je soussignée, Madame \_\_\_\_\_

Certifie avoir reçu l'information :

Toute patiente inscrite dans cette maternité s'engage à respecter le travail des professionnels de santé sans distinction de sexe, ou de religion.

Tout est mis en œuvre pour la sécurité de vos soins et le respect des bonnes pratiques.

Notre équipe médicale se compose de femmes et d'hommes ; en s'inscrivant dans notre maternité vous vous engagez donc à être prise en charge par cette équipe.

Marseille, le \_\_\_\_\_

---

Chers futurs parents,

Afin de se conformer à la **loi Climat L541-15-10 d'aout 2021** et de réduire le gaspillage lié aux échantillons non souhaités, votre clinique ne vous distribuera les échantillons seulement sur demande.

Je soussignée, Madame \_\_\_\_\_

- Accepte de recevoir des échantillons de produits pendant mon séjour
- Refuse de recevoir des échantillons de produits pendant mon séjour

Marseille, le \_\_\_\_\_

Signature précédée de la mention « *lu et approuvé* »

L'intéressée

Le conjoint(e) ou concubin

Nous vous rappelons que la chambre particulière vous sera attribuée uniquement en fonction des disponibilités du service.

La caution (600€ pour une chambre particulière et 200€ pour la chambre double) devra être déposée obligatoirement avant le jour de votre hospitalisation, sous forme de caution par carte (empreinte bancaire) ou espèces pour les demandes de chambres particulières uniquement.

**Au moment de l'inscription, cette caution n'est pas encaissée.**

Si les démarches ne sont pas effectuées le jour de votre entrée, le service pourra décider de faire un changement dans l'attribution de la chambre en fonction des besoins du service et de l'activité (priorité aux personnes ayant fait la démarche).

L'empreinte bancaire équivaut à une pré-autorisation d'encaissement (réserve d'argent bloquée mais non débitée).

**Si les formalités de sortie ne peuvent pas être faites le jour même**, merci de bien vouloir noter que, la Clinique ne procédant pas au tiers payant sur les dépassements d'honoraires, cette caution (sous forme d'empreinte) prendra la forme **d'un dépôt de garantie** et sera **encaissée automatiquement** après votre sortie.

Une facture acquittée avec un bordereau de facturation (S3404-Bordereau 615) vous seront envoyés à votre domicile pour un éventuel remboursement auprès de votre mutuelle (en fonction du contrat souscrit).

La signature de ce document équivaut à une acceptation du règlement de la Clinique.

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Signature

NOM ET PRENOM DE LA PATIENTE .....

**Forfait journalier (pour les surveillances de grossesses de – 6 mois) : 20 euros/jour**

Ce montant peut éventuellement être pris en charge par votre complémentaire santé)

**Anesthésie**

Vous aurez à régler 200€ de dépassement d'honoraires en cas de péridurale.

**LES PATIENTES BENEFICIAIRES DE LA CMU DOIVENT EGALEMENT REGLER LA PERIDURALE.**

**Obstétricien**

Vous aurez des honoraires supplémentaires à régler pour votre obstétricien (demandez-lui le montant de ce dépassement au cabinet).

**LES PATIENTES BENEFICIAIRES DE LA CMU NE REGLENT PAS L'OBSTETRICIEN.**

**Pédiatre**

Vous aurez des dépassements d'honoraires de 110 €.

La Clinique ne procède pas au tiers-payant sur les dépassements d'honoraires. Vous devez effectuer l'avance de ces frais à votre sortie. Une facture acquittée et un bordereau de facturation (S3404-Bordereau 615) vous seront remis à la sortie pour un éventuel remboursement auprès de votre mutuelle.

**LES PATIENTES BENEFICIAIRES DE LA CMU NE REGLENT PAS LE PEDIATRE.**

**Avance de frais médicaux pour votre bébé**

Il vous faudra faire l'avance des frais médicaux de votre bébé en ce qui concerne les actes techniques de laboratoire, radiologie, échographie par exemple.

Des feuilles de soins correspondantes à ces frais vous seront remises ; vous devrez les envoyer seulement après avoir affilié l'enfant à votre organisme d'assurance maladie pour un remboursement intégral.

Les secrétaires de la maternité vous contacteront pour finaliser votre dossier. Sans cette empreinte bancaire aucune chambre seule ne vous sera attribuée. La caution sera systématiquement encaissée pour les sorties du dimanche et jours fériés.

**J'atteste avoir pris connaissance des différents dépassements d'honoraires concernant les médecins :**

- ✓ **Le dépassement d'honoraire de l'Obstétricien (voir avec son obstétricien directement au cabinet),**
- ✓ **Le dépassement d'honoraire pour le Pédiatre qui s'élève à 110 €**
- ✓ **Le dépassement d'honoraire pour l'Anesthésiste s'élève à 200€.**

**La Clinique ne procède pas au tiers payant sur les dépassements d'honoraires.**

**Vous devez effectuer l'avance de ces frais à la sortie.**

**Une facture acquittée et un bordereau de facturation vous sera remis pour un éventuel remboursement auprès de votre mutuelle.**

**Vous avez la possibilité de demander un paiement différé au secrétariat.**

La signature équivaut à une acceptation du devis présenté à l'inscription.

Le

Signature

## Directives anticipées

Les directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 du Code de la santé publique s'entendent d'un document écrit, daté et signé par leur auteur dûment identifié par l'indication de son nom, prénom, date et lieu de naissance. Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelée « directives anticipées », afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi l'hypothèse où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté.

Ces directives indiquent ses souhaits concernant les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou d'arrêt de traitement ou d'acte médicaux. A tout moment et par tous moyens, elles sont modifiables ou annulables. Si vous souhaitez que vos directives soient prises en compte, sachez les rendre accessibles au médecin qui vous prendra en charge dans l'établissement. Si vous ne pouvez pas écrire et signer vous-même vos directives, vous pouvez faire appel à deux témoins - dont votre personne de confiance. Pour ce faire, nous vous conseillons de vous rapprocher du cadre de soins.

### NOM ET PRENOM DE LA PATIENTE :

Avez-vous rédigé vos Directives Anticipées ?    oui     non

Si oui, souhaitez-vous nous les communiquer ?    oui     non

## Désignation de la personne de confiance

En application de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, l'établissement vous propose de désigner une personne de confiance pendant la durée de votre hospitalisation. Cette personne de confiance sera consultée au cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté. Cette désignation se fait par écrit en remplissant la fiche mise à votre disposition par la clinique.

Cette désignation est révocable à tout moment. Les dispositions relatives à la désignation de la personne de confiance ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, dans cette hypothèse, le juge des tutelles peut, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit la révoquer. La personne de confiance peut être différente de la personne à prévenir.

La désignation de votre personne de confiance vous sera demandée lors de votre rdv obligatoire du dernier mois, avec l'une de nos sages-femmes, lors de la consultation du 9ème mois pour la constitution de votre dossier médical.

Madame,

Vous allez bénéficier d'une intervention dans notre établissement.

En cette période de pandémie, l'établissement, comme tant d'autres a pris et/ou continue, de prendre en charge des patients infectés par le coronavirus responsable de la pandémie de COVID.

Depuis le début de la pandémie, nous avons pris des mesures très strictes destinées à isoler les patients non contaminés des malades infectés ou fortement suspects de l'être. Ces mesures, décidées selon les directives des autorités sanitaires et des sociétés savantes nous ont permis de maintenir notre activité chirurgicale pour les patients les plus urgents.

Une stratégie d'isolement et de séparation des patients infectés est mise en œuvre au sein de l'établissement. Les secteurs d'hospitalisation, le parcours des patients, les personnels affectés aux différentes activités sont individualisés. Soyez certains que toutes les précautions nécessaires sont prises pour éviter une contamination pendant votre hospitalisation, en particulier par la mise en place de mesures barrières strictes. L'objectif de ces mesures est de sécuriser au maximum votre parcours dans l'établissement.

Nous vous demandons, et ceci est essentiel pour votre sécurité et celle de tous, de nous signaler avant votre entrée dans l'établissement tout signe pouvant faire suspecter une infection à coronavirus.

**Un test PCR – COVID19 devra être réalisé 48h avant l'entrée, pour les patientes dont l'arrivée est programmée. Une sage-femme vous appellera pour connaître le résultat du test avant votre entrée. Les patientes dont la venue est non programmée, seront testées sur place et considérées « Suspectes » jusqu'au résultat des analyses.**

Il faut également savoir que si vous ne présentez pas les symptômes du COVID et que vous avez été testée négative en pré opératoire/ pré-travail, ceci n'élimine pas formellement que vous soyez infectée ou en phase d'incubation. Au décours de votre hospitalisation, tout symptôme qui vous paraîtrait anormal devra nous être signalé. Au moindre doute, pendant votre séjour, des examens complémentaires seront pratiqués pour éliminer un début de pneumonie virale.

Malgré toutes ces précautions une éventuelle infection peut toujours se déclarer pendant votre hospitalisation ou après votre retour à domicile. Il est essentiel donc que vous respectiez avant, pendant et après votre hospitalisation les gestes barrières recommandés par les autorités sanitaires afin de limiter au maximum le risque de contamination. Si malgré toutes ces précautions, vous deviez déclarer une infection à la COVID, soyez certain que vous bénéficieriez alors d'une prise en charge rapide, spécifique et appropriée à votre situation.

Soyez enfin assurée que tout sera fait au sein de l'établissement pour que votre prise en charge soit le moins possible affectée par la situation de crise sanitaire que nous traversons.

Madame,

L'évolution de la réglementation nous impose de recueillir, par écrit, votre consentement libre et éclairé, aux soins qui vous seront pratiqués. Ce consentement ne constitue pas une décharge, mais la preuve que vous avez reçu l'information adéquate.

Je soussigné(e), Mme ..... Exprime, par la présente, mon consentement libre et éclairé aux actes médicaux, diagnostiques ou thérapeutiques pratiqués par **le Docteur** ..... Je reconnais avoir reçu toute l'information souhaitée, loyale, claire et appropriée, au sujet des modalités de l'acte ou des actes médicaux diagnostiques ou thérapeutiques, des précautions préalables et des risques éventuels, y compris des risques exceptionnels.

Je reconnais aussi que j'ai pu poser toutes les questions concernant ces actes et que les explications que vous m'avez fournies l'ont été en des termes suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter mon choix.

Fait à .....le .....

Signature précédée de la mention lu et approuvé :

**AUTORISATION PARENTALE – SOINS NOUVEAU-NE**

Je soussigné (e), NOM et Prénom des parents :

Mère : .....

Père : .....

- Autorise mon enfant à naître que je représente, à être hospitalisé(e) au sein de la clinique BOUCHARD, 77 rue du Docteur ESCAT, 13006 Marseille, suite à sa naissance, si son état de santé le nécessite.
- Autorise toutes les mesures nécessaires par l'état de santé de mon enfant que je représente : intervention chirurgicale, examens médicaux invasifs ou non invasifs.

Fait à .....le .....

Pour servir et faire valoir ce que de droit.

Signature de la mère (Obligatoire)

**ET**

Signature du père (Obligatoire)

J'atteste avoir reçu de la Clinique le document d'information concernant le virus COVID 19 et avoir pu poser toutes mes questions.

J'ai pris connaissance des informations relatives au COVID 19, des mesures de prévention mises en place par la Clinique pour les soins qui me sont proposés et des gestes barrières en vigueur pour s'en protéger. Je comprends en particulier que le COVID 19 est un virus hautement contagieux et potentiellement grave.

Je consens ainsi, en toute connaissance de cause, à être pris en charge par la Clinique.

Fait à ....., le .....

Signature :

ETIQUETTE PATIENT



↪ **Document à faire à remplir par votre médecin/sage-femme lors de votre prochain rdv mensuel**

Je soussigné(e) Dr ..... atteste avoir reçu  
Mme ..... en consultation le .... / .... / .... .  
J'assurerai son suivi de grossesse en vue d'un accouchement au sein de la Clinique BOUCHARD.

Tampon et Signature du Médecin

**Attention : Votre inscription ne pourra être prise en compte qu'au retour de ce document signé par l'un de nos professionnels de santé.**

Pour tous ces praticiens, composez le  
**04 91 15 94 47**

**ANESTHÉSIE**

BERDUGO Laurent  
BOUMAZA Delphine  
CASTAGNEDOLI Jean-Gabriel  
CHOUCROUN Nathalie  
DECAMPS Isabelle  
MILHAUD Yannick  
DOMBEY Jean-Marie  
FEDELE Marie  
FRANCESCHINI Bruno  
PALADINI Marie-Hélène PAOLI Serge  
TAGAWA Philippe

**GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE**

AMAR Aimé	376 av du Prado – Marseille 8 <sup>ème</sup>	04 91 71 01 82
AMRAM Michaël	77, rue Jean Mermoz – Marseille 8 <sup>ème</sup>	04 91 76 19 22
BARROU Julien	345 avenue du Prado - Marseille 8 <sup>ème</sup>	04 86 57 05 70
BERNARDINI Marc	215 av du Prado – Marseille 8 <sup>ème</sup>	04 91 80 86 80
CHINCHOLE Jean-Marc	345, av du Prado – Marseille 8 <sup>ème</sup>	04 86 57 05 70
CRESPIN Jérôme	44 allée Turcat Mery – Marseille 8 <sup>ème</sup>	04 91 30 64 24
DUCASSOU Marie-Jeanne	362 av du Prado – Marseille 8 <sup>ème</sup> Le Carré Medical Queillau – 487 rue Jean Queillau – Marseille 14 <sup>ème</sup>	04 91 22 28 30 04 84 25 57 57 04 91 92 13 70
ESTRADE Jean-Philippe	345 avenue du Prado - Marseille 8 <sup>ème</sup>	04 91 75 86 70
GACHON Bertrand	345 avenue du Prado - Marseille 8 <sup>ème</sup>	04 91 75 86 70
GLOWACZOWER Éric	345, av du Prado – Marseille 8 <sup>ème</sup>	04 86 57 05 70
GURRIET Brice	345 avenue du Prado - Marseille 8 <sup>ème</sup>	04 91 75 86 70
KRIEF Mikael	ESPACEMEDICALCASTELLANE 38 Avenue de TOULON –Marseille 6 <sup>ème</sup>	04 91 79 48 45
LAZARD Alexandre	345 avenue du Prado - Marseille 8 <sup>ème</sup>	04 91 75 86 70
MORTIER Isabelle	404 rue Paradis – Marseille 8 <sup>ème</sup>	04 91 71 51 27
LEVY Michel	376 av du Prado – Marseille 8 <sup>ème</sup>	04 91 71 01 82
PERNIN Emilie	44 allée Turcat Mery – Marseille 8 <sup>ème</sup>	04 91 30 64 24
RAYLET Mélina	345 avenue du Prado - Marseille 8 <sup>ème</sup>	04 91 75 86 70
ROUX Pauline	345 avenue du Prado - Marseille 8 <sup>ème</sup>	04 91 75 86 70
SLIM Nadia	Cabinet Médical GYNETOPIA 6 rue du Docteur Albert Schweitzer – Marseille 6 <sup>ème</sup>	04 84 32 00 11
STEFANI-MORCILLO Lison	345, av du Prado – Marseille 8 <sup>ème</sup>	04 86 57 05 70

**SAGES-FEMMES LIBERALES**

FOURNIE Audrey	77 rue du Dr Escat - Marseille 6 <sup>ème</sup>	07 81 10 25 97
HERNANDEZ Flora	77 rue du Dr Escat - Marseille 6 <sup>ème</sup>	06.72.40.44.23

**PÉDIATRIE**

BISSUEL Marie	33 bd des Farigoules 13400 Aubagne	04 91 88 43 39
BUISSON Alexandra	141 Avenue de Hambourg, 13008 Marseille	04 91 92 13 66
COUSIN Clémentine	62 Avenue de la Corse, 13007 Marseille	04 91 59 13 96
DAHAN COHEN Sonia	170 Bd du Redon, 13009 Marseille	DOCTOLIB.FR
FALAISE Nicolas	19 Rue de la République, 13002 Marseille	04 91 90 32 29
LÊ Marie Sophie	77 rue du Dr Escat - Marseille 6 <sup>ème</sup>	DOCTOLIB.FR
MATES Madalina	129 Rue du Commandant Rolland, 13008 Marseille	04 91 24 97 63
QUEHEILLE Emma	2 Quai D'ARENC 13002 Marseille 2e	04 13 31 27 56
TEMPLIN Ludivine	77 rue du Dr Escat - Marseille 6 <sup>ème</sup>	DOCTOLIB.FR
WHELAN Elisa	32 Boulevard Camille Flammarion, 13001 Marseille	04.91.50.55.50