

Dossier d'inscription Maternité

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

- Par COURRIER à l'adresse suivante :

*Secrétariat de la maternité- Clinique Bouchard-
77 rue du Docteur Escat CS 60023
13281 Marseille cedex 6*

- Par FAX : au 04 91 15 94 88
- Par MAIL : maternite.bouchard@elsan.care

CONTACT SECRETARIAT MATERNITE : 04.91.15.94.48

**VOTRE INSCRIPTION SERA VALIDÉE 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 CSS

AVEZ-VOUS DÉJÀ SEJOURNÉ DANS NOTRE ÉTABLISSEMENT ? Oui Non

SÉJOUR

Nom de votre Obstétricien/Sage-Femme :	
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 de 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 : Lieu de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom de naissance :	naissance :	
Né (e) le :	Téléphone :	
Adresse :		
Ville :	Code postal :	
Nom du médecin traitant :	Ville :	
Personne à prévenir :	Téléphone :	Lien de parenté :
Mail de la parturiente / du représentant légal :		
Nom et coordonnées du représentant légal éventuel :		

RENSEIGNEMENTS ASSURÉ(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).

	Bien être	Privilege	Prestige
Chambre privative, calme, et intime avec nurserie individuelle*	✓	✓	✓
Coffre-fort	✓	✓	✓
Ouverture de ligne téléphonique	✓	✓	✓
TV (TNT) & bouquet Canal+	✓	✓	✓
Wifi illimité	✓	✓	✓
Trousse bien-être ** (un tube de dentifrice, une brosse à dent, un peigne neutre, 4 cotons tige, paquet de 3 mouchoirs, un savon ALGOTHERM®, un gel douche ALGOTHERM®, un shampoing ALGOTHERM, un lait corps ALGOTHERM®)	✓	✓	✓
Meuble réfrigéré		✓	✓
Linge de bain à disposition : drap de bain, serviette de toilette et tapis de bain			✓
Petit déjeuner Continental (boisson chaude : café, thé ou chocolat) + jus d'orange bouteille 25 cl + Viennoiseries trio mini + Confiture Bonne Maman + Pain aux céréales + Beurre + Yaourt bio nature.		✓	✓
Livre photo CEWE de 26 pages à composer soi même (frais de livraison en sus)		✓	✓
Pack nuitée accompagnant (lit et petit déjeuner Continental et linge de bain)		✓	✓
Coin courtoisie ** : bouilloire (thé, café et infusion)		✓	
Coin prestige ** (thé Kusmi tea, infusion, cafetière Nespresso avec capsules, sachet de chocolat et lait en poudre)			✓
Repas gourmand 3 composantes ** (entrée + plat + dessert) à choisir sur la carte gourmande - déjeuner et dîner			✓
Chambre spacieuse avec décoration thématique *			✓
TV grand écran			✓
1 mug offert "Je suis né(e) à Boucharde"			✓
Peignoir de bain mis à disposition et chaussons hôtel			✓
TARIFS TTC	140€	165€	204€
VOTRE CHOIX			

*Chambre sous réserve de disponibilité

** Sous réserves 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	Kit linge de toilette	Chausson Hôtel	Doudou Ours	La cap de bain de bébé	Pack nuit accompagnant Chambre seule	Wifi (demande secrétariat)
Tarifs	10€/jour	7€/unité	11€/unité	6€/unité	10€/unité	12€/unité	31€/nuitée	5€/nuitée
Votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

*Les tarifs s'entendent en TTC

REPAS BIEN ÊTRE : si vous faites le choix d'une catégorie BIEN ÊTRE, les 3 repas standards (petit déjeuner + déjeuner + diner) sont inclus dans le prix de la chambre.

PARTICIPATIONS LIEES A VOTRE HOSPITALISATION

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

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

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

Nombre de case(s) cochée(s) :

Fait àLe

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 !

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

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

CONFIDENTIALITÉ

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

RESPECT DES PROFESSIONNELS

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

ECORESPONSABILITE

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.

Un acompte (600€ pour une chambre particulière et 200€ pour la chambre double) devra être déposé obligatoirement avant le jour de votre hospitalisation, **sous forme d’empreinte bancaire ou en espèces pour les demandes de chambres particulières uniquement.**

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 240€ 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.

La secrétaire 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 qui s'élève à 240 €.**

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.

Marseille, 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 du refus 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 ?

Non

Oui

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,

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 àle

Signature précédée de la mention lu et approuvé :

AUTORISATION PARENTALE – SOINS NOUVEAU-NÉ

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 àle

Pour servir et faire valoir ce que de droit.

Signature de la mère (Obligatoire)

ET

Signature du père (Obligatoire)

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
Mmeen consultation le /..... /..... .
J'assurerai son suivi de grossesse en vue d'un accouchement au sein de la Clinique BOUCHARD.

Tampon et Signature du Médecin/SF

**ATTENTION : VOTRE INSCRIPTION NE POURRA ÊTRE PRISE EN COMPTE QU'AU
RETOUR DE CE DOCUMENT SIGNÉ PAR L'UN DE NOS PROFESSIONNELS DE SANTÉ.**

ANESTHÉSIE

BERDUGO Laurent
 CASTAGNEDOLI Jean-Gabriel
 DECAMPS Isabelle
 FRANCESCHINI Bruno
 PALADINI Marie-Hélène
 PAOLI Serge
 TAGAWA Philippe
 WOLF Maxime
 HOWARD Max

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

GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

AMAR Aimé	376 av du Prado – Marseille 8ème	04 91 71 01 82
AMRAM Michaël	77, rue Jean Mermoz – Marseille 8ème	04 91 76 19 22
BERNARDINI Marc	215 av du Prado – Marseille 8ème	04 91 80 86 80
DAHAN Yaniv	376 Avenue du Prado - Marseille 8 ème	04 91 71 01 82
MOUSSILMANI Tiphaine	Cabinet Gyneco Prado - 287 avenue du prado, 13008 Marseille	04 84 89 02 22
GACHON Bertrand	345 avenue du Prado - Marseille 8 ème	04 84 89 54 92
GLIWACZOWER Éric	345, av du Prado – Marseille 8ème	04 86 57 05 70
KRIEF Mikael	ESPACE MEDICAL CASTELLANE 38 Avenue de TOULON –Marseille 6ème	04 91 79 48 45
LAZARD Alexandre	345 avenue du Prado - Marseille 8ème	04 91 75 86 70
MORTIER Isabelle	GYNECO HERRIOT. 25 Bd Edouard Herriot Marseille 8ème	04 91 35 54 28
PERNIN Emilie	GYNECO HERRIOT. 25 Bd Edouard Herriot Marseille 8ème	04 91 35 54 28
RAYLET Mélina	345 avenue du prado - Marseille 8 ème	04 84 89 66 01
ROUX Pauline	CABINET PRADO LOUVAIN 7 BIS Bd Louvain 13008 Marseille	04 91 22 68 18
SLIM Nadia	Cabinet Médical GYNETOPIA 6 rue du Docteur Albert Schweitzer – Marseille 6ème	04 84 32 00 11
STEFANI-MORCILLO Lison	345 avenue du prado - Marseille 8 ème	04 84 89 66 01

SAGES-FEMMES LIBERALES

HERNANDEZ Flora	77 rue du Dr Escat - Marseille 6ème	06 72 40 44 23
CASTELLI Claire	CENTRE MEDICALIA 11 avenue des Borromées - Marseille 12ème	06 87 66 10 05

PÉDIATRIE

BUISSON Alexandra	141 Avenue de Hambourg, 13008 Marseille	04 91 92 13 66
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
LÉ Marie Sophie	77 rue du Dr Escat - Marseille 6ème	04 94 50 13 77
MATES Madalina	129 Rue du Commandant Rolland, 13008 Marseille	04 91 24 97 63
MACIEJEWSKI Emilie	77 rue du Dr Escat - Marseille 6ème	