

INFORMATION

En vue de votre séjour à la maternité de la Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine

Madame,

Vous allez accoucher dans notre établissement. ATTENTION vous devez avoir effectué les démarches de déclaration de grossesse avant votre accouchement auprès de votre organisme d'assurance maladie pour bénéficier de vos droits et pour la prise en charge de votre hospitalisation.

Afin de faciliter vos démarches administratives, nous allons dès maintenant préparer votre dossier.

Pour cela, nous vous demandons de compléter le verso de cette feuille **de nous l'adresser avec les photocopies (pièce d'identité, mutuelle, attestation de droits Sécurité Sociale 100% maternité, livret de famille), À PARTIR DE 15 SEMAINES DE GROSSESSE**, par courrier, mail ou fax à :

ACCUEIL ADMINISTRATIF MATERNITÉ

33 rue du Docteur Finlay

33077 Bordeaux Cedex

Tél. : 05 56 43 73 21

Fax : 05 56 43 73 48

maternite.pbna@gbna-sante.fr

Service inscriptions :

Uniquement du lundi au vendredi, de 14h à 16h

ou de déposer le tout à l'accueil administratif de la maternité (de 14h à 16h).

Le livret d'accueil ainsi que ses annexes vous seront remis AVANT votre admission. Nous vous invitons à les consulter pour compléter votre information.

Nous vous souhaitons un agréable séjour.

La Direction

FICHE D'INSCRIPTION

INDISPENSABLE À TOUTE ADMISSION
À RETOURNER AU SERVICE ADMINISTRATIF DE LA MATERNITÉ

Accouchement prévu le : par le Docteur :

1^{er} enfant : OUI NON

PATIENTE

NOM de naissance : Prénom :

NOM usuel (nom d'usage) :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nationalité : Française Étrangère

Adresse : N° Rue

Code Postal : Ville :

Adresse e-mail :

Téléphone fixe : Portable :

Profession : Employeur :

Personne à prévenir : NOM : Tél. :

ASSURÉ(E)

NOM de naissance : Prénom :

NOM usuel (nom d'usage) :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Adresse e-mail :

Profession : Employeur :

N° Sécurité Sociale : Tél. :

Nom et adresse du Centre de Sécurité Sociale :

Nom - adresse - de l'assurance ou mutuelle :

Tél. : N° d'adhérent ou contrat :

Joindre les photocopies de l'attestation de sécurité sociale (mentionnant la période de maternité),
de la carte de mutuelle recto-verso, d'une pièce d'identité et du livret de famille (si existant)

INFORMATION : FRAIS À LA CHARGE DU PATIENT et/ou DE LA MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE

- Chambre particulière à votre demande (pour toute hospitalisation : accouchement/suivi de grossesse/
surveillance, selon disponibilité) —————> **ÉCRIRE OUI ou NON**

 Pour les bénéficiaires de la CSS, AME, CMU et ACS, la chambre particulière à votre demande
sera intégralement à votre charge **sous réserve d'un dépôt de garantie.**

- Dépassements d'honoraires —————> **Informations délivrées par les médecins**

*Les frais hôteliers sont consultables sur les prestations annexes,
disponibles à l'accueil maternité.*

« Je m'engage à régler lors de la sortie les frais médicaux et les dépassements d'honoraires non pris en charge par un organisme tiers payant, et dont les montants m'ont été communiqués par le(s) médecin(s) de la clinique. Il en sera de même pour les suppléments d'hôtellerie facultatifs, tarifs consultables sur le document « prestations annexes » remis par le service des admissions de la clinique. »

DATE - NOM DU SIGNATAIRE ET SIGNATURE :