



Nom de la mutuelle .....

Adresse de la mutuelle .....

A ....., le.....

## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE

Madame, Monsieur,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint mes informations administratives afin d'obtenir une prise en charge mutuelle :

Nom de la personne hospitalisée .....

N° d'adhérent .....

N° sécurité sociale      |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| / |\_| |\_| |\_| |\_|

Date de naissance      |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|

Date d'entrée prévue      |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|

Lieu d'hospitalisation

**CAPIO CLINIQUE DE LA SAUVEGARDE**

Avenue Ben Gourion

CP 309

69337 LYON CEDEX 09

Tél. 0826 106 969

Je vous remercie de bien vouloir adresser la prise en charge directement à la clinique de la Sauvegarde :

**N° fax : 04 72 17 26 17**

**Adresse mail : [csv-admission@capiro.fr](mailto:csv-admission@capiro.fr)**

Restant à votre disposition, je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de mes meilleures salutations.

Signature de l'adhérent