



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

N° Finess : 690 780 648

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

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

Signature de l'adhérent