

Nom de la mutuelle
Adresse de la mutuelle
.....

A, le.....

Objet : demande de prise en charge d'hospitalisation

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° adhérent :

N° de Sécurité Sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| / |_|_|

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Date d'entrée prévue : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Dans le service (cocher le service concerné) :

- Ambulatoire
- Chirurgie
- Médecine
- Maternité

Lieu d'hospitalisation :

Capiro Clinique du Tonkin
26 à 36 rue du Tonkin
69626 Villeurbanne Cedex
N° Finess 690782834

Je vous remercie de bien vouloir faxer cette prise en charge à la clinique du Tonkin au 04.72.82.66.08

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

Signature de l'adhérent