

M.....
.....
.....
.....
.....

Tél. :

Mutuelle
.....
.....
.....

Objet : *Demande de prise en charge*

Le

Madame, Monsieur,

Je vous remercie de bien vouloir adresser à

CAPIO POLYCLINIQUE DU BEAUJOLAIS
Finess n° 690807367
Service des Entrées
BP 71
69653 VILLEFRANCHE SUR SAONE Cedex

Télécopie "*Hospitalisation*" : 04 74 65 67 34

Télécopie "*Ambulatoire*" : 04 74 65 67 04

par retour de courrier ou par télécopie, une prise en charge détaillée pour le séjour suivant :

Nom, prénom adhérent :

N° identification :

Nom, prénom patient :

Assuré(e)

Conjoint(e)

Enfant

Hospitalisation chirurgicale prévue le :

Dans cette attente,

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

(signature)