

Nom, nom de naissance, prénom

Date de naissance

N° sécurité sociale

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE :

Remplissez ce document et transmettez-le à votre mutuelle dans les meilleurs délais

Votre Mutuelle :

Votre n° Adhérent :

Vous allez être hospitalisé(e) Le (noter votre date d'entrée) :

En Hospitalisation complète

à la **Clinique du Sport de Bordeaux Mérignac,**

4 rue Georges Nègrevergne - 33700 Mérignac

Numéro FINESS: **330 780 271**

code DMT **181**

Cette prise en charge est demandée pour :

- La Chambre particulière : Tarif 89€/jour - *Veillez préciser si le jour de sortie est pris en charge -*
- Le forfait journalier 20€ / jour
- La participation assurée (PAS) 24€

Réponse à adresser :

par mail: GDL@cliniquedusport-bx.fr ou par FAX : 05.57.20.69.00