

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE**  
**A ENVOYER DANS LES MEILLEURS DELAIS à VOTRE MUTUELLE**

**NE CONCERNE QUE LES PATIENTS EN HOSPITALISATION COMPLETE AVEC NUIT A LA CLINIQUE**

**Sans accord de prise en charge, vous devrez faire l'avance des frais de séjour.**  
Le remboursement sera à demander à votre mutuelle sur présentation de la facture acquittée.

**NOM - Prénom** .....

N° sécurité sociale ou date de naissance .....

Hospitalisation à Clinique du Sport de Bordeaux Mérignac  
4 rue Georges Nègrevergne - 33700 Mérignac - Tél : 05.57.20.68.00 - Fax : 05.57.20.69.00

**Date d'entrée :** .....

**Service** Chirurgie Hospitalisation compète

**Numéro FINESS :** **330 780 271**

**Code DMT** **181**

Cette prise en charge est demandée pour :

- 3 tarifs de chambres particulières 94 € par jour - 105 € par jour - 155 € par jour
- Le forfait journalier 20 € par jour
- La participation assurée (PAS) 24 €

---

**Cadre réservé à la Mutuelle**

Réponse à adresser :

par mail : [GDL@cliniquedusport-bx.fr](mailto:GDL@cliniquedusport-bx.fr) ou par FAX : 05.57.20.69.00