



## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Mesdames, Messieurs,

*Veillez faire compléter cette demande de prise en charge par votre Mutuelle qui doit nous la retourner directement par courrier ou par fax au **05 63 66 07 85**.*

**Cet imprimé doit nous parvenir impérativement avant votre hospitalisation.**

*Nous vous remercions par avance.*

**Malade :**

**Assuré :**

**N° immatricul. :**

**Adresse :**

**Entrée prévue le :**

**Service de chirurgie :**     **ORL**     **Stomatologie**     **Ophtalmologie**

### REPONSE :

Prise en charge accordée pour :

Ticket Modérateur                       Forfait journalier                       Participation Assurée de 18 €

Supplément chambre individuelle (éventuellement limité à .....Euros par journée).

Dépassement honoraires (éventuellement limité à .....)

La prise en charge est valable en service de :

Médecine                       Chirurgie (éventuellement K minimum :.....)

Soins externes.

La facture sera réglée :

Par l'organisme Assureur.

Par le malade qui sera remboursé par la suite.

OBSERVATIONS (éventuellement limites particulières de participation) :

.....  
 .....

Cachet
--------

Date

Signature