

# PRISE EN CHARGE MUTUELLE

Madame, Monsieur,

Il vous est demandé d'apporter **impérativement** la prise en charge hospitalière de votre Mutuelle le jour de votre entrée à la Polyclinique du Parc.

A défaut, les actes de confort vous seront facturés (forfait journalier, chambre particulière)

<b>Code DMT :</b>	CHIR 181 – MED 174
<b>N° FINESS de la Polyclinique du Parc :</b>	55 0000 178
<b>Adresse de la Polyclinique du Parc :</b>	53 Route de Behonne CS 50188 55000 BAR LE DUC
<b>Adresse mail de la Polyclinique du Parc :</b>	service-accueil-pdp@groupe-sos.org

Restant à votre disposition et vous remerciant à l'avance, veuillez croire, Madame, Monsieur à l'assurance de nos sentiments distingués.

La direction