

Ce service alloue une intervention de €15,00 par nuitée, aux membres effectifs ainsi qu'à leurs personnes à charge qui sont affaiblis consécutivement à une hospitalisation, pour les séjours de convalescence.

CONDITIONS

- présenter un certificat médical circonstancié;
- la durée du séjour est de minimum 7 et de maximum 14 nuitées, possibilité de prolongation jusqu'à 21 jours sur base d'un certificat médical circonstancié;
- une seule cure par affection et par an, octroyée par bénéficiaire;
- la cure doit débuter dans les 15 jours qui suivent la fin de l'hospitalisation ;
- le service médical de la mutualité doit marquer son accord quant à la nécessité et la durée de la cure de convalescence. L'accord est donné pour toutes les maladies entraînant un degré de dépendance s'il y a présence de trois critères d'aides partiel et/ou un critère de dépendance complète pour les actes de la vie de tous les jours (s'habiller, se déplacer, aller aux toilettes, se laver, orientation).

i Intervention octroyée uniquement sur base des statuts en vigueur au moment de la prestation.

A COMPLETER PAR L’AFFILIE(E) OU APOSEZ UNE VIGNETTE D’IDENTIFICATION

Nom : _____
 Prénom : _____
 Numéro national : * _____ - _____ - _____ *
 Rue et n° : _____
 Code postal et commune : _____
 N° de téléphone : _____ / _____
 Adresse e-mail : _____ @ _____

OU
 APOSEZ VOTRE VIGNETTE ICI

CENTRE DE CONVALESCENCE : _____

A COMPLETER PAR LE MEDECIN

Je soussigné(e), Docteur _____ certifie que la personne susmentionnée

a été hospitalisée du ____ / ____ / _____ au (ou sortie prévue le) ____ / ____ / _____

Nom de l'établissement : _____

Diagnostic : _____

présente le degré de dépendance suivant (acceptation s'il y a présence de 3 critères d'aide partielle et/ou 1 critère de dépendance totale) :

se vêtir	:	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> dépendance complète
se déplacer	:	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> dépendance complète
aller aux toilettes	:	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> dépendance complète
se laver	:	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> dépendance complète
orientation	:	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> dépendance complète

Je sollicite donc une cure de convalescence ou de repos de ____ nuitées (minimum 7, maximum 14).

première demande (code 823012) prolongation première demande (code 823023) deuxième demande (code 823034) prolongation deuxième demande (code 823045)

Cachet et signature du médecin : _____ Date : ____ / ____ / _____

Pour un traitement plus rapide, renvoyez-nous ce formulaire dûment complété via l'onglet « **envoyer un formulaire** » de votre guichet en ligne « **MySymbio** ». Dans ce cas, l'original n'est plus nécessaire. **▲** N'oubliez pas d'également nous faire parvenir les annexes demandées.

Symbio, Mutualité Neutre | Avenue de Tervueren, 68-70 – 1040 Bruxelles | ☎ 02/733.97.40 – 📠 : 02/743.16.94 | info@symbio.be | www.symbio.be

