

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 APPOSEZ UNE VIGNETTE D’IDENTIFICATION**

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

OU  
 APPOSEZ 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 (code 823023)

Cachet et signature du médecin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

