

COURTS SÉJOURS

La ML MUTPLUS.be intervient pour **20 euros** par nuit avec un maximum de 21 nuits par année.

Vos coordonnées

COLLEZ ICI VOTRE VIGNETTE

E-mail : N° de téléphone :

Personne de contact et lien avec l'assuré :

.....

Numéro de téléphone (si nécessaire, de la personne de contact) :

.....

Lieu du séjour

L'assuré souhaite passer son séjour dans l'établissement (nom de l'établissement et commune + mentionner également le numéro d'agrément) :

.....

.....

.....

(Le séjour doit se dérouler dans un établissement agréé par les pouvoirs publics compétents)

Période du séjour

Le court séjour aura lieu du/...../..... au/...../..... = nuits

Motif du séjour

- Dernière(s) hospitalisation(s) : du/...../..... au/...../.....
- Hospitalisation de jour avec une intervention chirurgicale le **(joindre une attestation médicale du médecin).**
- N'ont pu exercer leurs activités normales pendant une période ininterrompue d'au moins 60 jours, pour autant que cette période soit confirmée par une attestation du médecin traitant ou soit prouvée par des examens biocliniques et/ou radiologiques pathologique **(joindre une attestation médicale du médecin).**
- Absence momentanée de l'aidant(s) proche(s) pour des raisons suivantes:
 - Vacances aidant(s) proche(s) du/...../..... au/...../.....
 - Autre :

Description de la situation familiale :

.....
.....

Description du besoin en soins :

.....
.....

Attestation à compléter par le membre (ou par son mandataire)

Je, soussigné(e), déclare par la présente que je retournerai chez moi après mon séjour de soins pour minimum 7 jours et qu'aucune admission définitive dans une maison de repos et de soins n'est planifiée.

Fait le/...../....., par(nom et prénom)

Signature :

Décision

- Médecin consultant la mutualité
- Gestionnaire du service social de la mutualité

En règle de cotisation de l'assurance complémentaire jusqu'au/...../..... inclus

Accord court séjour (dans un établissement agréé par les pouvoirs publics compétents).

Nombre de nuits :

Renseignements supplémentaires

.....
.....

Pas d'accord + motivation avis défavorable

.....
.....

Nom :

Signature :

Date :/...../.....