

- Demande de**
- séjour de convalescence
  - accompagnateur séjour de convalescence
  - séjour de repos

**Liberty à Blankenberge (repos/conv.)**

**1) Données administratives**

**403**

NISS

-----

Nom et prénom de l'assuré : .....

Adresse : .....

Personne de contact et lien avec l'assuré : .....

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

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

Code 1 : . . . .

Code 2 : . . . .

L'assuré souhaite passer son séjour dans l'établissement: .....

Période souhaitée pour le repos ou la convalescence : du ..... au ..... = ..... nuits

Dernière(s) hospitalisation(s) : du ..... au .....

En annexe  rapport médical

Veuillez traiter cette demande conjointement au dossier de .....

Séjour dans la même chambre oui /non

Si d'application : accompagnateur de ..... (nom), qui dispose d'un accord pour un séjour de convalescence (dans ce cas, l'attestation médicale ne doit pas être jointe).

**2) 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 repos/de convalescence et qu'aucune admission définitive dans une maison de repos et de soins n'est planifiée.

Fait le ..... (date)

..... (nom et prénom)

..... (signature)

**3) Décision médecin-conseil de l'Union nationale**

- séjour de convalescence
- séjour de repos
- séjour de repos (accompagnateur d'un bénéficiaire en séjour de convalescence)

Nombre de nuits : .....

renseignements supplémentaires  motivation avis défavorable

..... (date et signature)

Gestionnaire de dossier à la mutualité : .....

..... (nom, signature, date)

**SEJOUR DE REPOS OU DE CONVALESCENCE**  
**Attestation médicale à compléter par le médecin traitant**

Diagnostic médical : .....

Traitement - médication (à poursuivre pendant le séjour) :

.....  
 .....

Traitement - autre (à poursuivre pendant le séjour) (remettre la prescription à l'assuré) :

- Kinésithérapie : .....
- Soins infirmiers : .....
- Régime : .....
- Autre : .....

Dernière hospitalisation :

- Hospitalisation du ..... au .....
- Motif : ○ affection médicale grave, à savoir .....
- intervention chirurgicale, à savoir .....

Autonomie actuelle :

	autonome	aide nécessaire, notamment...	complètement dépendant de tiers
Se déplacer :	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Se laver	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
S'alimenter	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

- Incontinent            ○ oui            ○ non  
 Etat mental            ○ normal        ○ dément  
                                  ○ troubles du comportement, à savoir .....

- Besoin d'une surveillance et d'un accompagnement permanents    ○ oui            ○ non  
 aide à prévoir par l'accompagnateur (si accompagné) :            ○ oui            ○ non

Accueil prévu après le séjour de repos/convalescence :

- au domicile sans aide quotidienne de tiers
- au domicile avec soins à domicile et/ou soins de proximité quotidiens
- dans une institution (MRPA/MRS/MSP)                            ○ dans une résidence-service
- autre .....

Je, soussigné, médecin traitant, déclare que le patient :

- ne souffre pas d'une affection contagieuse

.....  
 .....

..... (nom et signature du médecin traitant, numéro INAMI, date)