

SÉJOURS DE REPOS LIBERTY

La ML MUTPLUS.be offre une intervention de maximum **15 euros** par nuitée dans nos établissements reconnus Cosmopolite et Liberty à Blankenberge. Il est possible d'obtenir un accord pour un maximum de 30 nuitées par année calendrier.

- Séjour de convalescence
- Accompagnateur séjour de convalescence
- Séjour de repos

- Liberty à Blankenberge (repos/conv.)

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) :

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

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).

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

Signature :

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

.....
.....

Nom :

Signature :

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

Gestionnaire de dossier à la mutualité

Nom :

Signature :

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

SÉJOURS 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

État mental normal dément

troubles du comportement, à savoir

autre

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 :

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

Numéro INAMI :

Signature :