

## DEMANDE DE PLACEMENT EN CURE DE CONVALESCENCE

### I. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS.

Vignette de mutuelle
----------------------

Téléphone / Gsm : .....

Etablissement de cure de convalescence choisi (dénomination exacte et adresse):

.....  
.....

Type de chambre : .....

Je serai accompagné(e) de .....

Réservé à la mutualité :

Le soussigné certifie que :

le membre effectif précité cotise à l'assurance complémentaire depuis le.....et qu'il est en règle de cotisations ;

la personne pour laquelle un séjour de convalescence est demandé est dûment inscrit comme personne à charge de ce membre effectif.

Date et signature :

**II. CERTIFICAT MEDICAL DE DEMANDE DE CONVALESCENCE.**

Je soussigné, Docteur....., certifie que le/la patient(e)

dont question sous-rubrique a été hospitalisé(e) du ..... au .....

Diagnostic (ou code INAMI \*) .....

.....

Et, il /elle demande encore des soins spécifiques (kinésithérapie, soins infirmiers, etc.) tels que :

.....

.....

Je sollicite donc pour mon/ma patient(e) une cure de convalescence de ..... nuits\*\*

Cachet d'identification du médecin.

Date et signature : le.....

\* A préciser en cas d'intervention chirurgicale.

\*\* Séjour de 7 nuits minimum à 21 nuits maximum.

Exceptionnellement, possibilité de prolongation de 7 nuits avec certificat médical circonstancié.