


Demande de placement en cure de convalescence

Service social

social@lamn.be

<p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>N° registre national :</p> <p>Rue et N°(Bte) :</p> <p>Code postal et localité :</p> <p>N°tel ou Gsm : Email :</p>	
--	--

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 :

Conformément au Règlement Européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données (« RGPD »), nous vous informons que nous traitons vos données dans le cadre de notre mission de participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sous la responsabilité de l'UNMN (l'Union nationale des mutualités neutres), responsable du traitement pour les matières fédérales et des SMR des mutualités neutres, responsables de traitement pour les matières régionalisées. Pour tous renseignements complémentaires, nous vous invitons à consulter notre déclaration vie privée ou à contacter notre délégué à la protection des données via privacy@lamn.be ou par courrier à l'adresse suivante : La Mutualité Neutre , rue des Dames Blanches 24 , 5000 NAMUR.

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 : le.....

signature :

* A préciser en cas d'intervention chirurgicale.
* * Séjour de 7 nuits minimum à 28 nuits maximum.

SERVICE CONVALESCENCE

La Mutualité organise un service « Convalescence »

A) Montant et conditions d'intervention

Le service accorde une aide financière dans le coût des séjours de convalescence aux titulaires et personnes à charge faisant suite à :

- Un traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie,
- une maladie grave (par maladie grave, il faut entendre : cancer, leucémie, tuberculose, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébrospinale, variole, typhus, encéphalite, charbon, tétanos, choléra, maladie de Hodgkin, sida, hépatite infectieuse, dialyse, maladie de Crohn, mucoviscidose, maladie d'Alzheimer, sclérose latérale amyotrophique et diabète),
- Une hospitalisation.

Le séjour doit commencer dans le mois qui suit la fin du traitement ou

l'hospitalisation. Montant de l'intervention : 20,00€ par nuitée

Conditions d'intervention :

- Les établissements de cures, les maisons de repos et les maisons de repos et de soins doivent être agréés par l'INAMI,
- Les séjours peuvent avoir lieu également dans les établissements gérés par l'ASBL Fraternité MN Vacances ; Neutralia à Ostende, Mont-des Dunes à Oostduinkerke et Mont-des-Pins à Bomal-sur-Ourthe.
- Durée du séjour : minimum 7 nuits, maximum 28 nuits.
- Fréquence : un seul séjour par affection et par an.
- Versement direct de l'intervention à l'établissement de cures, à la maison de repos, à la maison de repos et de soins après séjour si le tiers payant est d'application.

B) Stage

La possibilité de bénéficier des avantages de ce service est immédiate et dépend des moyens disponibles.