

A renvoyer par e-mail à social@mutualia.be ou par fax au 087/30 80 89

À COMPLÉTER PAR L’AFFILIÉ(E)

Nom :
Prénom :
Numéro national : -
Rue et n° :
CP et commune :

Ou

APPOSEZ VOTRE VIGNETTE ICI

Tél :

E-mail :

Lieu de convalescence :

À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN

Nom du médecin : N° de tél. :

Adresse :

Recommande une cure de convalescence pour le patient susmentionné suite à une hospitalisation du
...../...../..... au/...../.....

Diagnostic(s) et remarque(s) éventuelle(s):

Degré de dépendance Le patient peut :

Se déshabiller : seul aide partielle dépendance complèteSe déplacer : seul aide partielle dépendance complèteAller aux toilettes : seul aide partielle dépendance complèteSe laver : seul aide partielle dépendance complèteS'orienter : seul aide partielle dépendance complète

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

Signature et cachet du médecin :

RÉSERVÉ AU SERVICE MÉDICAL DE MUTUALIAEn règle avec l'assurance complémentaire jusqu'au :/...../..... 1^{ère} demande : oui - non Favorable :jours Défavorable

Prolongation : oui - non

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

Signature :