

CONVALESCENCE

A renvoyer par e-mail à [*social@mutualia.be*](mailto:social@mutualia.be) ou par fax au 087/30 80 89

APPOSEZ VOTRE VIGNETTE ICI

Ou

Numéro national : \* \*

Rue et n° : CP et commune :

N° de tél. : Adresse e-mail :

À COMPLÉTER PAR L’AFFILIÉ(E) OU APPOSEZ UNE VIGNETTE D’IDENTIFICATION

Nom : Prénom :

**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 : Se déplacer :

seul seul

aide partielle dépendance complète aide partielle dépendance complète

Aller aux toilettes : Se laver : S’orienter :

seul seul seul

aide partielle aide partielle aide partielle

dépendance complète dépendance complète dépendance complète

Date : / / Signature et cachet du médecin :

RÉSERVÉ AU SERVICE MÉDICAL DE MUTUALIA

En règle avec l’assurance complémentaire jusqu’au : / / Favorable : jours Défavorable

1ère demande : oui - non Prolongation : oui - non

Date : / / Signature :

Pour un traitement plus rapide, renvoyez-nous ce formulaire dûment complété via l’onglet «envoyer un document» de notre guichet en ligne «MyMutualia». Dans ce cas, l’original n’est plus nécessaire.



!"#$$%&!

\*G70021\*

Mutualia, Mutualité Neutre | Place Verte, 41 - 4800 Verviers | Tél : 087/31 34 45 - Fax : 087/31 37 41 | [*info@mutualia.be*](mailto:info@mutualia.be) | [*www.mutualia.be*](http://www.mutualia.be/)1/1