

**Demande de**  **séjour de convalescence**  
 **séjour de repos**  
 **séjour de courte durée**

**Accompagnateur séjour de convalescence**

### 1) Données administratives

NISS

Nom et prénom de l'assuré : .....  
Adresse : .....  
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  
Code 1 : . . . Code 2 : . . .

L'assuré souhaite passer son séjour dans l'établissement (nom de l'établissement et commune – s'il s'agit d'une maison de repos, mentionner également le numéro d'agrément INAMI) : .....

Période souhaitée pour le repos ou la convalescence : du ..... au ..... = ..... nuits  
Le séjour de courte durée aura lieu du ..... au .....

Dernière(s) hospitalisation(s) : du ..... au .....

En annexe  rapport médical  rapport social (en cas de séjour de courte durée)

Veuillez traiter ce dossier 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).

Gestionnaire de dossier à la mutualité: .....  
..... (nom, signature, date)

### 2) 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/de courte durée et qu'aucune admission définitive dans une maison de repos/de repos et de soins n'est planifiée.

Fait le ..... (date)  
..... (nom et prénom)  
...../..... (signature)

**3) Données supplémentaires à compléter par le gestionnaire de dossier du service social**

Lors de la demande d'un séjour de repos ou de convalescence, le membre a été renvoyé vers un séjour au Cosmopolite à Blankenberge. Il a été informé des différentes interventions du service complémentaire.

Si le membre désire tout de même passer son séjour de repos ou de convalescence en dehors du Cosmopolite : raisons invoquées :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Complété par (nom du gestionnaire de dossier du service social) : .....  
.....(nom, signature, date)

**4) Avis du médecin-conseil pour les bénéficiaires de moins de 65 ans**

J'estime que la demande répond/ne répond pas aux critères requis pour un séjour de convalescence ou un séjour de repos (1)

Si la demande ne répond pas aux critères, motif : .....

Si l'assuré est reconnu en incapacité de travail, avis quant à la période et à la durée demandées :

favorable

défavorable

Avis explicite .....

.....  
.....  
.....

Date..... Signature du médecin-conseil

**5) Décision de la direction médicale**

séjour de convalescence

séjour de repos

séjour de repos (accompagnateur d'un bénéficiaire en séjour de repos)

séjour de courte durée

Nombre de nuits : .....

renseignements supplémentaires

motivation avis défavorable

.....  
.....  
.....

.....(date et signature)

# DEMANDE POUR SEJOUR 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  
Etat 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
- ne présente pas de risque important de décompensation aiguë

Dûment complété par..... le .....  
(nom et signature du médecin traitant, numéro INAMI, date)

# **DEMANDE POUR SEJOUR DE COURTE DUREE**

## **Rapport social rédigé par le gestionnaire de dossier du service social dans le cadre d'une demande de séjour de courte durée**

Description de la situation familiale :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Description du besoin en soins :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Motif du séjour de courte durée :

- Vacances aidant(s) proche(s) du ..... au .....
  - Autre : .....
- .....  
.....

Dûment complété par (nom du gestionnaire de dossier) :

.....  
.....

le .....

(nom, signature, date)