


Demande d'intervention court séjour/centre de jour

Bénéficiaire :	
Adresse :	
N° d'affiliation :	N.I.S.S. :

Je soussigné(e) déclare avoir séjourné dans l' institution du
(date d'admission) au(date de sortie).

La mutualité accorde une intervention de 6,00 EUR par jour calendrier, ou de 3,00 EUR par demi journée pour un séjour de jour et de 18,00 EUR par jour calendrier pour un court séjour. Et ceci sans pour autant dépasser le montant restant à charge du bénéficiaire.

L'intervention est limitée à 28 jours indemnisés par année civile.

Le bénéficiaire doit séjourner dans une institution agréée pour court séjour, centre de jour, maison de repos ou maison de soins pour patients en oncologie.

Indiquez ce qui est applicable :

Raison de la demande	
	<input type="radio"/> Vacances de la personne qui a la charge habituelle des soins
	<input type="radio"/> Hospitalisation de la personne ayant la charge habituelle des soins
	<input type="radio"/> Travaux de transformation à l'habitation de la personne tributaire de soins
	<input type="radio"/> La personne qui a la charge habituelle des soins prend une période de repos
	<input type="radio"/> Patient cancéreux qui n'est pas (encore) capable de s'occuper de lui-même pendant le traitement oncologique
	<input type="radio"/> La personne ayant la charge habituelle des soins a besoin de temps pour préparer une situation de soins appropriée, par exemple dans une période de transition vers une situation de soins à domicile ou en attendant la transition vers un accueil permanent adéquat
	<input type="radio"/> Autres :
<input type="checkbox"/> Je déclare avoir joint la facture originale <input type="checkbox"/> Je déclare avoir déjà envoyé la facture originale	

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

996995/997006

.....