

**Union Nationale des
Mutualités Socialistes**

Rue Saint-Jean 32, 1000 Bruxelles
Service convalescence ☎ 02/5150.371

VIGNETTE DE
LA
MUTUELLE

A remplir par le curiste

Nom : Prénom :

Rue : N° : Bte :

Code postal : Commune :

Né le : N° d'affiliation :

Tél privé : Francophone / Néerlandophone

Tél. de contact : Germanophone

Données de l'accompagnant(e) éventuelle

Nom : Prénom :

Homme / Femme

Je préfère séjourner à :

Cul-des-Sarts [Les Rièzes et les Sarts] Spa [Les Heures Claires]

Deinze [De Ceder] Terlaenen [De Lasne]

Erezée [Belle Vue] Wenduine [De Branding]

Eupen [Belle vue]

Chambre d'une personne Chambre double

A remplir par la mutuelle

En règle avec l'assurance complémentaire jusqu'au

Vérifié par

Date :

Signature :

Avis de la Direction Médicale de l'UNMS

Favorable catégorie 1 2 3 3b Défavorable

Remarques :

Signature :

Date :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

(Ces informations doivent être soigneusement et complètement fournies pour éviter des problèmes pendant la cure)

Nom et prénom du curiste :

Maladie / Intervention chirurgicale Date début :

Hospitalisation du/...../..... au/...../.....

Diagnostic(s) détaillé(s) :

Autonomie actuelle :

Le patient peut sans aide d'un tiers :

- se déplacer oui non difficilement
- aller à la toilette oui non difficilement
- se laver oui non difficilement
- emprunter un escalier oui non difficilement

Le patient :

- est incontinent urines oui non
- selles oui non
- est dépendant d'une voiturette oui non

L'état psychique est susceptible de perturber le centre ou les autres curistes :

oui non à surveiller Précisions éventuelles :

Traitement(s) à suivre pendant la cure :

Régime particulier :

Identité du médecin : (Nom, adresse, téléphone)

Date et signature :