



DEMANDE DE CURE DE CONVALESCENCE.

Vignette de mutuelle

Téléphone :

Date de naissance :

Etablissement de cure choisi :

Type de chambre :

Je serai accompagné(e) de

Certificat médical de demande de cure de convalescence :

Je soussigné, Docteur....., certifie que le/la patient(e) dont question sous-rubrique a été hospitalisé(e) du au

Diagnostic (ou code INAMI *)

et il /elle demande encore des soins spécifiques (kinésithérapie, soins infirmiers, etc) tels que :

.....

Je sollicite donc pour mon/ma patient(e) une cure de convalescence de jours**

Cachet d'identification du médecin.

Date et signature : le.....

*à préciser en cas d'intervention chirurgicale.
* * minimum 7 jours , maximun 14 jours.
Exceptionnellement, possibilité de prolongation de 6 jours avec certificat médical circonstancié.