

STRICTEMENT
CONFIDENTIEL

CERTIFICAT MÉDICAL
DESTINÉ AU CONSEILLER MÉDICAL DE LA MSM

Mutuelle Saint-Martin

DEMANDE DE FORFAIT DE SURVEILLANCE

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN-TRAITANT

Je soussigné, Docteur

prescrit le placement de âgé(e) de

en secteur repos et convalescence

Pour une durée de : à compter du :

Lieu de séjour envisagé :

.....
.....

N° Code de la maison :

Signature et cachet
du Médecin traitant

N° DESTIN :

Le

Secteur convalescence

Nom Prénom

Date de naissance

Adresse

.....
.....

Numéro de Sécurité Sociale

.....

Section de la Mutuelle Saint-Martin n°

Adresse :

.....

.....

A Le



Document à faire parvenir sous pli fermé au :

Conseiller Médical de la Mutuelle Saint-Martin
Service Médical
3 rue Duguay-Trouin
75280 PARIS CEDEX 06

Rappel des conditions de prise en charge

Définition :

Ce type de prise en charge concerne un assuré pour lequel au décours de la phase aigüe d'une maladie évolutive, ou après une intervention chirurgicale, est nécessaire une action de soins sous surveillance médicale, permettant le retour à un équilibre normal.

Durée de la prise en charge :

Prise en charge de **1 mois** sur demande médicale dûment motivée avant l'admission.

Renouvellement éventuel sur demande très explicite du médecin chargé de la surveillance du repos et après accord du Conseiller médical de la Mutuelle Saint-Martin.

- Limitation de prise en charge : **1 mois renouvelable 1 fois** par année civile.

DIAGNOSTIC

Affections actuelles motivant la demande de prise en charge :

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

Situation clinique actuelle :

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



Joindre obligatoirement les conclusions médicales :
- si examens paracliniques et ou consultations spécialisées
- si hospitalisation médecine et chirurgie

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

Antécédents :

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

Thérapeutique médicale actuelle :

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

Objectifs escomptés de la demande de prise en charge :

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

SOINS ET SURVEILLANCE (cocher les cases correspondant aux besoins précis du malade)

	Pas de besoin	Besoin modéré	Besoin important
Soins et surveillance médicale		Régulier	
Soins et surveillance infirmière/Nursing		Régulier mais bref	Lourd et fréquent
Soins de rééducation		1 à 3 fois/semaine	

Le

Signature et cachet
du médecin traitant

Cadre réservé au service médical de la Mutuelle Saint-Martin

Option : âge :

Placement Prolongation

ACCORD REFUS INSTANCE

Date :

Remarque :

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