

**Avantages Partenamut - Demande d'intervention
AIDES FAMILIALES ET MENAGERES A DOMICILE**

COORDONNEE CLIENT (écrire en majuscule ou coller une vignette d'identification)

N° de registre national:

N° d'affiliation:

Nom:

Prénom:

Rue:

Code Postal:

Localité:

apposer ici une vignette de la mutualité

**HOSPITALISATION D'UN ENFANT EN SERVICE PEDIATRIE (23), NEONATAL (19) OU POUR
PREMATURES (27) – A compléter par l'établissement hospitalier**

Nom et prénom de l'enfant: _____

est hospitalisé depuis le _____ service 19 23 27

a été hospitalisé du _____ au _____ service 19 23 27

Date

Signature

Cachet de l'établissement hospitalier

TRAITEMENT DE CHIMIO- OU DE RADIOTHERAPIE - A compléter par l'établissement hospitalier

Nom et prénom du patient: _____

suit un traitement de chimiothérapie/radiothérapie depuis le _____

a suivi un traitement de chimiothérapie/radiothérapie du _____ au _____

Date

Signature

Cachet de l'établissement hospitalier

AIDANT-PROCHE – A compléter par l'aidant-proche

Nom et prénom de l'aidant-proche : _____

reconnu par le DAP de Partenamut le _____

L'intervention forfaitaire accordée est de 5 €par heure prestée par une aide familiale ou ménagère, ou par titre service ou par chèque ALE aquis dans les 3 mois qui suivent la survenance d'un des événements suivants :

- début d'une hospitalisation de plus de 8 jours, d'un enfant en service pédiatrie, néonatal ou en service pour prématurés ;
- début d'un traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie.

L'intervention est limitée à 100 €par événement et à 200 €par année civile.

L'intervention est limitée à 250 €par année civile aux affiliés reconnus "aidant-proche" suite à évaluation faite par le DAP. Justificatif d'achat (preuve de paiement) à joindre au présent formulaire.

Pour bénéficier de cet avantage, le bénéficiaire doit être en règle de cotisations aux avantages Partenamut.

Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire valables à partir du 01/01/2019.

