

**AIDES FAMILIALES ET MENAGERES A DOMICILE**

**COORDONNEES DU CLIENT** (écrire en majuscules ou coller une vignette d'identification)

N° d'affiliation : .....  
 Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 CP et Localité : .....

Apposer ici une vignette de la mutualité

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

Nom et prénom de l'enfant : .....

est hospitalisé depuis le [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]

a été hospitalisé du [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] au [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]

Signature

Cachet de l'établissement hospitalier

**TRAITEMENT ONCOLOGIQUE - A compléter par l'établissement hospitalier**

Nom et prénom de l'affilié(e) : .....

suit un traitement depuis le [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]

a suivi un traitement du [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] au [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]

Signature

Cachet de l'établissement hospitalier

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

Nom et prénom de l'aidant-proche : .....

Reconnu par le Département d'Aide aux Personnes de Partenamut le [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]

**BENEFICIAIRE DE L'INTERVENTION MAJOREE (BIM)**

Nom et prénom du bénéficiaire de l'aide familiale ou ménagère : .....

**NAISSANCE OU ADOPTION D'UN ENFANT**

Nom et prénom de l'affilié(e) : .....

Date de l'accouchement [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] ou date de l'adoption [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]

Signature du bénéficiaire

Pour bénéficier de cet avantage, il faut être inscrit(e) et en règle de cotisations aux Avantages Partenamut. Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire à la date de la prestation. Les conditions actuelles d'intervention pour cet avantage sont consultables sur notre site via le lien <https://www.partenamut.be/fr/remboursements-avantages/aide-familiale-menagere> ou en scannant le QR-

