



**Pôle « Accompagnement
ambulatoire »**

MECSa 64570 ARETTE

Tel. : 06 30 55 84 74

E-mail : mecsa@pep64.org

Arette,
Le 15/01/2024

ASSOCIATION RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE PAR LE DÉCRET DU 14 DÉCEMBRE 1956

Demande de prise en charge par la Mutuelle

MECSa ARETTE (64570)

- MAISON D'ENFANTS A CARACTÈRE SANITAIRE DE TYPE TEMPORAIRE -

Thématique : Accompagnement d'enfants en situation de surpoids.

SIRET : 775 638 661 00469

Certification HAS : Décision N°2015.0013/DC/CCES-9100 du 28/01/2015

Code APE : 552 E

FINESS Géographique : 640 781 175

FINESS Juridique : 640 790 374

Code DMT : 605

Frais de séjour pris en charge à 80% par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie

1er séjour : du dimanche 14 au samedi 20 Avril 2024 (séjour 7 jours) : **6/17 ans**
2^{ème} séjour : du dimanche 7 au samedi 27 Juillet 2024 (soit 21 jours) : **6 à 12 ans**
3^{ème} séjour : du dimanche 4 au samedi 24 Aout 2024 (soit 21 jours) : **12 à 17 ans**
4^{ème} séjour : du dimanche 20 au samedi 26 Octobre 2024 (soit 7 jours) : **6/12 ans**
5^{ème} séjour : du dimanche 27 au samedi 3 Novembre 2024 (soit 7 jours) : **13/17 ans**

Rayez le séjour non-concerné

Nous vous remercions de bien vouloir nous transmettre l'attestation de prise en charge ci –jointe :

A adresser directement à l'établissement :

**MECSa Arette – Association les PEP64
Z.A. Actitech - 9 rue l'Abbé Grégoire
64140 BILLERE**

Attestation de prise en charge – Mutuelle Complémentaire Santé –

**NOM et ADRESSE DE LA PERSONNE RESPONSABLE DE L'ENFANT
Ouvrant droit aux prestations de complémentaire santé**

NOM :

PRENOM :

.....

ADRESSE :

.....

.....

PROFESSION :

.....

NOM DE LA CAISSE DE SECURITE SOCIALE dont vous dépendez :

.....

Votre N° d'immatriculation :

.....

Numéro de contrat Mutuelle :

.....

Adresse et coordonnées de la mutuelle :

.....

ENFANT BÉNÉFICIAIRE DU SÉJOUR

NOM :

PRENOM :

.....

DATE DE NAISSANCE :

.....

Par la présente, la mutuelle atteste qu'elle prend en charge le montant du forfait hospitalier journalier de 20€ par jour, conformément aux clauses du contrat de complémentaire santé souscrit par le demandeur.

A Le

Signature et cachet de la mutuelle

Signature de l'assuré