



**Pôle « Accompagnement  
ambulatoire »**

**MECSa 64570 ARETTE**

Tel. : 06 30 55 84 74

E-mail : [mecsa@pep64.org](mailto:mecsa@pep64.org)

A Arette,  
Année 2025

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 20 Avril au 3 Mai 2025 (soit 14 jours) : **6/17 ans**

2<sup>ème</sup> séjour : du 06 au 19 Juillet 2025 (soit 14 jours) : **6 à 11 ans**

3<sup>ème</sup> séjour : du 10 au 30 Aout 2025 (soit 21 jours) : **12 à 17 ans**

4<sup>ème</sup> séjour : du 19 au 25 Octobre 2025 (soit 7 jours) : **6/17 ans**

5<sup>ème</sup> séjour : du 26/10 au 1<sup>er</sup> Novembre 2025 (soit 7 jours) : **6/17 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**  
**3 impasse Honoré Baradat 64570 ARETTE**  
**[mecsa@pep64.org](mailto:mecsa@pep64.org)**

**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