

**DEMANDE DE PROLONGATION  
D'HOSPITALISATION**

Annexe 48a

Références	
Etabl.	
O.A.	

Au médecin-conseil

**ETABLISSEMENT HOSPITALIER**

N° d'agrèation

Dénomination :

Adresse :

**ORGANISME ASSUREUR**

N° Fédération - O.R.,

Mutualité

Dénomination :

Adresse :

**BENEFICIAIRE**

(malade)

Numéro d'inscription

<input type="checkbox"/>	Sexe
<input type="checkbox"/>	1 - M
<input type="checkbox"/>	2 - F
<input type="checkbox"/>	Nationalité

Nom - Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Inscrit comme personne à charge en qualité de  
conjoint ou menagere - ascendant - descendant (1)

Code I.N.S.

**TITULAIRE**

Numéro d'inscription

Nom - Prénom :

Date de naissance :

Date d'admission :	Heure	Service (2)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Changement(s) de service depuis la date  
du dernier document introduit

Date	Heure	Service
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Date de fin de l'autorisation précédente:

Pour l'établissement hospitalier

Date :

(Signature - Nom)

**DECISION DU MEDECIN-CONSEIL**

Accord jusqu'au

inclus

Refus :

Remarques éventuelles :

Date :

Signature et cachet du médecin-conseil.

Cadre réservé à l'organisme assureur

MS 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - ACC - MP

**RAPPORT MEDICAL JUSTIFIANT LA PROLONGATION DE L'HOSPITALISATION**

Date probable jusqu'à laquelle la prolongation est estimée nécessaire:

**Raisons de l'hospitalisation**

**Diagnostique:**

Principal :

Complémentaires influençant la durée de l'hospitalisation:

**Interventions effectuées:**

Chirurgicales :

Obstétricales :

Autres interventions thérapeutiques ou diagnostiques exécutées influençant la durée de l'hospitalisation:

Plan diagnostic et thérapeutique (indication des interventions prévues influençant la durée de l'hospitalisation):

(1) Bliffer les mentions inutiles

(2) Voir codification au verso.

Exemplaire pour le médecin-conseil.

Date:

Cachet avec n° d'identification et signature du médecin

Mod. 723/1 F

(Voir verso)

## CODIFICATION DES SERVICES HOSPITALIERS

Code	Indice	Libellé	Doc. I
20	B	Service de traitement de la T.B.C.	
21	C	Service de diagnostic et de traitement chirurgical	
22	D	Service de diagnostic et de traitement médical	
23	E	Service de pédiatrie	
24	H	Service d'hospitalisation simple	
25	L	Service des maladies contagieuses	
26	M	Service de maternité ou clinique d'accouchements	
27	N	Service des prématurés et de nouveau-nés débiles	
28	O	Service psychiatrique ouvert	
29	P	Service de neuropsychiatrie	
30	R(G)	Service de révalidation - Service de gériatrie	
31	S	Service de spécialités	
32	S	Sanatorium	
33	V	Service pour affections de longue durée	
34	K	Service de neuro-psychiatrie infantile	
35	K	Hospitalisation de jour en service K	
36	K	Hospitalisation de nuit en service K	
37	A	Service neuro-psychiatrique A	
38	A	Hospitalisation de jour en service A	
39	A	Hospitalisation de nuit en service A	
40	F	Service psychiatrique fermé	
41	T	Service psychiatrique T	
42	T	Hospitalisation de jour en service T	
43	T	Hospitalisation de nuit en service T	
44	O	Hospitalisation de jour en service O	
45	O	Hospitalisation de nuit en service O	

Vu pour être annexé au règlement du 25 février 1985.

Le directeur d'administration,

Guido Buermans

Le président,

R. Van Den Heuvel

**DEMANDE DE PROLONGATION  
D'HOSPITALISATION**

Annexe 48b

Références	
Etabl.	
O.A.	

**ETABLISSEMENT HOSPITALIER**

N° d'agrément

Dénomination  
Adresse :

**ORGANISME ASSUREUR**

N° Fédération - O.R.  
Mutualité

Dénomination :  
Adresse :

**BENEFICIAIRE  
(malade)**

Numero d'inscription

<input type="checkbox"/>	Sexe
<input type="checkbox"/>	1 - M
<input type="checkbox"/>	2 - F
<input type="checkbox"/>	Nationalité

Date de naissance :

Nom - Prénom :  
Adresse :

Inscrit comme personne à charge en qualité de  
conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (1)

Code I.N.S.

**TITULAIRE**

Numero d'inscription

Date de naissance :

Nom - Prénom :

Date d'admission

Heure

Service (2)




Changement(s) de service depuis la date  
du dernier document introduit




Date

Heure

Service

Date de fin de l'autorisation précédente:

Pour l'établissement hospitalier

Date:

(Signature - Nom)

**DECISION DU MEDECIN-CONSEIL**

Accord jusqu'au . . . . . inclus

Refus:

Remarques éventuelles:

Date:

Signature et cachet du médecin-conseil.

Cadre réservé à l'organisme assureur

MS 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - ACC - MP

Cachet de l'O.A.

Pour la Fédération - l'office régional,

Le responsable

Date:

(Signature - Nom)

(1) Biffer les mentions inutiles

(2) Voir codification au verso.

Exemplaire pour l'établissement hospitalier.

## CODIFICATION DES SERVICES HOSPITALIERS

Code	Indice	Libellé	Doc. 1
20	B	Service de traitement de la T.B.C.	
21	C	Service de diagnostic et de traitement chirurgical	
22	D	Service de diagnostic et de traitement médical	
23	E	Service de pédiatrie	
24	H	Service d'hospitalisation simple	
25	L	Service des maladies contagieuses	
26	M	Service de maternité ou clinique d'accouchements	
27	N	Service des prématurés et de nouveau-nés débiles	
28	O	Service psychiatrique ouvert	
29	P	Service de neuropsychiatrie	
30	R(G)	Service de révalidation - Service de gériatrie	
31	S	Service de spécialités	
32	S	Sanatorium	
33	V	Service pour affections de longue durée	
34	K	Service de neuro-psychiatrie infantile	
35	K	Hospitalisation de jour en service K	
36	K	Hospitalisation de nuit en service K	
37	A	Service neuro-psychiatrique A	
38	A	Hospitalisation de jour en service A	
39	A	Hospitalisation de nuit en service A	
40	F	Service psychiatrique fermé	
41	T	Service psychiatrique T	
42	T	Hospitalisation de jour en service T	
43	T	Hospitalisation de nuit en service T	
44	O	Hospitalisation de jour en service O	
45	O	Hospitalisation de nuit en service O	

Vu pour être annexé au règlement du 25 février 1985.

Le directeur d'administration,

Guido Buermans

Le président,

R. Van Den Heuvel

# DEMANDE DE PROLONGATION D'HOSPITALISATION

Annexe 48c

References	
Etabl.	
O.A.	

## ETABLISSEMENT HOSPITALIER

N° d'agrèation

Dénomination :

Adresse :

## ORGANISME ASSUREUR

N° Fédération - O.R.,

Mutualité

Dénomination :

Adresse :

## BENEFICIAIRE

(malade)

Numero d'inscription

Date de naissance :

Sexe	
1 - M	
2 - F	
Nationalité	

Nom - Prénom :

Adresse :

inscrit comme personne à charge en qualité de  
conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (1)

Code I.N.S.

## TITULAIRE

Numero d'inscription

Date de naissance :

Nom - Prénom :

Date d'admission

Heure

Service (2)

Changement(s) de service depuis la date  
du dernier document introduit


Date


Heure


Service

Date de fin de l'autorisation précédente:

Pour l'établissement hospitalier

Date:

(Signature - Nom)

## DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Accord jusqu'au

inclus

Refus:

Remarques éventuelles:

Date:

Signature et cachet du médecin-conseil.

Cadre réservé à l'organisme assureur

MS 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - ACC - MP

(1) Biffer les mentions inutiles.

(2) Voir codification au verso.

Exemplaire à joindre à la note d'hospitalisation

## CODIFICATION DES SERVICES HOSPITALIERS

Code	Indice	Libellé	Doc. 1
20	B	Service de traitement de la T.B.C.	
21	C	Service de diagnostic et de traitement chirurgical	
22	D	Service de diagnostic et de traitement médical	
23	E	Service de pédiatrie	
24	H	Service d'hospitalisation simple	
25	L	Service des maladies contagieuses	
26	M	Service de maternité ou clinique d'accouchements	
27	N	Service des prématurés et de nouveau-nés débiles	
28	O	Service psychiatrique ouvert	
29	P	Service de neuropsychiatrie	
30	R(G)	Service de révalidation - Service de gériatrie	
31	S	Service de spécialités	
32	S	Sanatorium	
33	V	Service pour affections de longue durée	
34	K	Service de neuro-psychiatrie infantile	
35	K	Hospitalisation de jour en service K	
36	K	Hospitalisation de nuit en service K	
37	A	Service neuro-psychiatrique A	
38	A	Hospitalisation de jour en service A	
39	A	Hospitalisation de nuit en service A	
40	F	Service psychiatrique fermé	
41	T	Service psychiatrique T	
42	T	Hospitalisation de jour en service T	
43	T	Hospitalisation de nuit en service T	
44	O	Hospitalisation de jour en service O	
45	O	Hospitalisation de nuit en service O	

Vu pour être annexé au règlement du 25 février 1985.

Le directeur d'administration,

Guido Buermans

Lé président,

R. Van Den Heuvel