

# AVIS DE FIN D'HOSPITALISATION

Annexe 49a

References	
Etabl	
Q.A.	

Au médecin-conseil

## ETABLISSEMENT HOSPITALIER

N° d'agrément

Dénomination :

Adresse :

## ORGANISME ASSUREUR

N° Fédération - O.R.

Mutualité

Dénomination :

Adresse :

## BENEFICIAIRE

(malade)

Numéro d'inscription

Date de naissance :

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

Nom - Prénom :

Adresse :

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

Code I.N.S.

## TITULAIRE

Numéro 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 sortie

Heure

Est décédé(e) le :

Pour l'établissement hospitalier,

Date :

(Signature - Nom)

Cadre réservé à l'organisme assureur  
MS 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - ACC - MP

## RAPPORT MEDICAL JUSTIFIANT L'HOSPITALISATION

### 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: .....

(1) Biffer les mentions inutiles

(2) Voir codification au verso.

Exemplaire pour le médecin-conseil.

Date:

Cachet avec n° d'identification et signature du médecin

Mod 727/1 F  
(Voir verso)

## 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,

Le président,

Guido Buermans

R. Van Den Heuvel

**AVIS DE FIN D'HOSPITALISATION**

Annexe 49b

Références	
Etabl.	
O.A.	

**ETABLISSEMENT HOSPITALIER**

N° d'agrément

Dénomination :  
Adresse :

**ORGANISME ASSUREUR**

N° Fédération - O.R.,  
Mutualité

Dénomination :  
Adresse :

**BENEFICIAIRE**  
(maître)

Numéro d'inscription

Sexe  
1 - M  
2 - F  
Nationalité

Nom - Prénom :  
Adresse :

Date de naissance :

Inscrit comme personne à charge en qualité de  
conjoint ou ménagère - 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"/>
<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"/>
<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"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Date de sortie	Heure
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Est décédé(e) le

Pour l'établissement hospitalier,  
Date :

(Signature - Nom)

Cadre réservé à l'organisme assureur  
MS 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - AGC - MP

(1) Biffer les mentions inutiles  
(2) Voir codification au verso.

Exemplaire pour l'administration O.A.

## 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,

Le président,

**AVIS DE FIN D'HOSPITALISATION**

Annexe 49c

References	
Etabl.	
O A	

**ETABLISSEMENT HOSPITALIER**

N° d'agregation

Denomination  
Adresse

**ORGANISME ASSUREUR**

N° Federation - O.R.  
Mutualite

Denomination  
Adresse

**BENEFICIAIRE  
(malade)**

Numero d'inscription

Date de naissance :

Sexe	
1 - M	
2 - F	
Nationalite	

Nom - Prenom  
Adresse :

Inscrit comme personne a charge en qualite de  
conjoint ou menagere - ascendant - descendant (1)

Code I.N.S.

**TITULAIRE**

Numero d'inscription

Date de naissance :

Nom - Prenom

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"/>
<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"/>
<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"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de sortie	Heure

Est decede(e) le :

Pour l'etablissement hospitalier,  
Date :

(Signature - Nom)

Cadre reserve a l'organisme assureur  
MS 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - ACC - MP

(1) Biffer les mentions inutiles  
(2) Voir codification au verso  
Exemplaire pour l'etablissement 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 réhabilitation - 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

**NOTIFICATION D'HOSPITALISATION  
ET D'ENGAGEMENT DE PAIEMENT**

Références	
Etat :	
O A	

**ETABLISSEMENT HOSPITALIER**

N° d'agrégation

Dénomination : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_

**ORGANISME ASSUREUR**

N° Fédération- O.R.,  
Mutualité

Dénomination : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_

**BENEFICIAIRE  
(malade)**

Numéro d'inscription

Sexe  1=M  
 2=F

Nom - Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Nationalité

Adresse : \_\_\_\_\_ Code I.N.S.

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

**TITULAIRE**

Numéro d'inscription

Nom - Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Date d'admission    Heure    Service (2)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Ce bénéficiaire a été hospitalisé aux date et heure mentionnées  
ci-contre. A ma connaissance cette hospitalisation est (1) - n'est pas (1)  
la suite d'un accident.

Pour l'établissement hospitalier,  
Date : \_\_\_\_\_

(Signature - Nom)

Cadre réservé à l'O.A.	feder O.R.	Mut	Section	Numéro d'inscription		
	Code titulaire			Droit à	Tous risques	100 %
	1	2	Gros risques		75 %	
			Petits risques			

**ENGAGEMENT DE PAIEMENT**

L'organisme assureur s'engage à rembourser les frais relatifs à l'admission dans l'établissement hospitalier du  
bénéficiaire précité suivant les tarifs et conditions prévus par la réglementation en vigueur à l'assurance maladie-  
invalidité.

La note d'hospitalisation doit être accompagnée du double du présent engagement de paiement.

Sans préjudice des dispositions visant l'accord du médecin-conseil, cet engagement de paiement est valable pour  
la durée de l'hospitalisation ou jusqu'à sa révocation par l'organisme assureur.

Cachet de l'O.A.

Pour la Fédération - l'office régional,  
Le responsable  
Date : \_\_\_\_\_

(Signature - Nom)

(1) Effacer les mentions inutiles  
(2) Voir codification au verso

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 réhabilitation - 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,

Le président,

Guido Buermans

R. Van Den Heuvel

**NOTIFICATION D'HOSPITALISATION  
ET D'ENGAGEMENT DE PAIEMENT**

Références	
Etat	
O A	

**ETABLISSEMENT HOSPITALIER**

N° d'agrégation

Dénomination : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_

**ORGANISME ASSUREUR**

N° Fédération - O.R.   
Mutualité

Dénomination : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_

**BENEFICIAIRE**  
(malade)

Numéro d'inscription

Sexe  1=M  
 2=F

Nom - Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nationalité

Adresse : \_\_\_\_\_

Code I.N.S.

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

**TITULAIRE**

Numéro d'inscription

Nom - Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Date d'admission    Heure    Service (2)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Ce bénéficiaire a été hospitalisé aux date et heure mentionnées ci-contre. A ma connaissance cette hospitalisation est (1)-n'est pas (1) la suite d'un accident.

Pour l'établissement hospitalier,

Date : \_\_\_\_\_

(Signature - Nom)

Cadre réservé à l'O.A.	feder O.R.	Mut.	Section	Numéro d'inscription	
	Code titulaire		Droit à	Tous risques	100 %
	1	2		Gros risques	75 %
			Petits risques		

**ENGAGEMENT DE PAIEMENT**

L'organisme assureur s'engage à rembourser les frais relatifs à l'admission dans l'établissement hospitalier du bénéficiaire précité suivant les tarifs et conditions prévus par la réglementation en vigueur à l'assurance maladie-invalidité.

La note d'hospitalisation doit être accompagnée du double du présent engagement de paiement.

Sans préjudice des dispositions visant l'accord du médecin-conseil, cet engagement de paiement est valable pour la durée de l'hospitalisation ou jusqu'à sa révocation par l'organisme assureur.

Pour la Fédération - l'office régional,

Le responsable

Date : \_\_\_\_\_

Cachet de l'O.A.

(Signature - Nom)

(1) Biffer les mentions inutiles  
(2) Voir codification au verso  
Exemplaire destiné à l'O.A.

**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 réhabilitation - 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

**NOTIFICATION D'HOSPITALISATION  
ET D'ENGAGEMENT DE PAIEMENT**

Références	
E tabl	
O A	

**ETABLISSEMENT HOSPITALIER**

N° d'agrément

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dénomination :

Adresse :

**ORGANISME ASSUREUR**

N° Fédération-O. R.  
Mutualité

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dénomination :

Adresse :

**BENEFICIAIRE**  
(malade)

Numéro d'inscription

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sexe  1=M  
2=F

Nom - Prénom :

Date de naissance :

Nationalité

Adresse :

Code I.N.S.

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**TITULAIRE**

Numéro d'inscription

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom - Prénom :

Date de naissance :

Date d'admission    Heure    Service (2)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ce bénéficiaire a été hospitalisé aux date et heure mentionnées ci-contre. A ma connaissance cette hospitalisation est (1)-n'est pas (1) la suite d'un accident.

Pour l'établissement hospitalier,

Date :

(Signature - Nom)

Cadre réservé à l'O.A.	Fédér O.R.	Mut.	Section	Numéro d'inscription		
	Code titulaire			Droit à	Tous risques	100 %
	1	2			Gros risques	75 %
					Petits risques	

**ENGAGEMENT DE PAIEMENT**

L'organisme assureur s'engage à rembourser les frais relatifs à l'admission dans l'établissement hospitalier du bénéficiaire précité suivant les tarifs et conditions prévus par la réglementation en vigueur à l'assurance maladie-invalidité.

La note d'hospitalisation doit être accompagnée du double du présent engagement de paiement.

Sans préjudice des dispositions visant l'accord du médecin-conseil, cet engagement de paiement est valable pour la durée de l'hospitalisation ou jusqu'à sa révocation par l'organisme assureur.

Pour la Fédération - l'office régional,

Le responsable

Date :

Cachet de l'O.A.

(Signature - Nom)

(1) Biffer les mentions inutiles

(2) Voir codification au verso

Exemplaire destiné à l'établissement hospitalier,  
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

Le président,

R. Van Den Heuvel

