

NOTIFICATION DE FIN D'HEBERGEMENT (1)
 (institutions visées à l'article 34, 11° et 12° de la loi du 14 juillet 1994)

Références	
Inst.	□□□□□□□□□□□□□□
O.A.	□□□□□□□□□□□□□□

INSTITUTION

N° d'agrément ou d'enregistrement □□□□□□□□

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR :

N° Mutualité ou

Office régional ou Centre médical régional □□□□□□□□

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE :

Numéro d'inscription □□□□□□□□□□□□□□

Nom – Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Ce bénéficiaire, hébergé depuis le à heures.....

est sorti de notre institution le..... à heures

est décédé le

est transféré le à heures vers la section - MRPA n° INAMI :

- MRS n° INAMI :

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom :

.....

(1) Cette notification ne doit pas être établie s'il s'agit d'une absence temporaire de maximum 72 heures sauf en cas d'admission dans un établissement hospitalier.

Vu pour être annexé au règlement du 23 juillet 2001 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.