

**NOTIFICATION D'HERBERGEMENT DE
BENEFICIAIRES DANS DES INITIATIVES
D'HABITATION PROTEGEE (H.P.) ET ENGA-
GEMENT DE PAIEMENT**

Institutions visées à l'article 34, 18°, de la loi
coordonnée le 14 juillet 1994.

N° d'agrément

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° mutualité ou

Office régional ou Centre médical régional

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

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

TITULAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Date d'entrée : heure :

Date de la notification :

J'atteste que le bénéficiaire est admis dans l'institution aux date et heure mentionnées ci-dessus.

Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire tels que ceux-ci sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature - Nom :

Le Médecin-spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie, responsable de la politique d'admission,

Date :

Signature - Nom :

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

L'organisme assureur s'engage à rembourser le montant de l'intervention suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance maladie-invalidité.

Cachet de l'O.A.	Cadre réservé à l'O.A.	Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional	Numéro d'inscription		Pour la Mutualité ou l' Office régional ou Centre médical régional Le responsable,
					Date :
		Code titulaire	Tout risques Droit à gros risques	100 %	Signature - Nom
		1 2	Petits risques	75 %	

(1) Biffer les mentions inutiles.
Exemplaire pour l'organisme assureur.