NOTIFICATION D'HEBERGEMENT DE BENEFICIAIRES DANS DES INITIATIVES D'HABITATION PROTEGEE (H.P.) ET ENGAGEMENT 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 1 2	Tout risques Droit à gros risques	100 %	Signature - Nom
			Petits risques	75 %	

(1) Biffer les mentions inutiles.
Exemplaire à renvoyer à l'institution.