

**NOTIFICATION D'HEBERGEMENT DE
BENEFICIAIRES DANS DES INITIATIVES
D'HABITATION PROTEGEE (H.P.)**

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 :

(1) Biffer les mentions inutiles.

Exemplaire à conserver, au moment de l'envoi, par l'institution.

Vu pour être annexé au Règlement du 16 novembre 1998 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,
F. PRAET.

Le Président,
D. SAUER.