

**NOTIFICATION DE FIN D'HEBERGEMENT (1) 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 (2)

**TITULAIRE**

Numéro d'inscription

NOM - Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Ce bénéficiaire, hébergé depuis le ..... à ..... heures,  
est sorti de notre institution le ..... à ..... heures (2)

est décédé le : ..... (2)

est transféré vers ..... (2)

a été admis dans ..... (2)

Le responsable de l'institution,

Date : .....

Signature - Nom .....

.....

(1) Cette notification ne doit pas être établie s'il s'agit d'une absence temporaire — laquelle doit être mentionnée sur la note de frais individuelle — sauf en cas d'admission à temps plein dans un établissement hospitalier.

(2) Biffer les mentions inutiles.

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

Formulaire 768

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.