

NOTIFICATION DE FIN D'HEBERGEMENT (1) EN MAISON DE SOINS PSYCHIATRIQUES

Institutions visées à l'article 34, 11° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Références	
Inst.	
O.A.	

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)

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.

(2) Biffer les mentions inutiles.