Annexe 89a

Exemplaire destiné à l'O.A.

NOTIFICATION DE FIN DE PRISE EN CHARGE (1)

CENTRE MEDICO-PEDIATRIQUE

N° d'identification de la convention

Références
Inst.
O.A.

Dénomination :
Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N°- O.R.

Mutualité
Dénomination :
Adresse :

BENEFICIAIRE

(Malade chronique) 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 :

Le bénéficiaire, pris en charge depuis le .....à.....heures
est sorti de notre centre le.....,
à.....heures (2)
est transféré vers..... (2)
est décédé le ..... (2)

Le responsable du centre,

Date :.....
Signature - Nom :.....
.....

Vu pour être annexé au règlement du 13 mars 2000.

Le Fonctionnaire dirigeant,

F. PRAET

Le Président,

D. SAUER

Notes

(1) Cette notification ne doit pas être établie si le bénéficiaire doit séjourner en établissement hospitalier et que son retour dans le Centre a été déterminé auparavant.

(2) Biffer les mentions inutiles.