Annexe 89b

Exemplaire destiné au Service des soins de santé de l'INAMI

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