

Annexe 33e

REFUS D'ENGAGEMENT DE PAIEMENT POUR PATIENT HOSPITALISE

ETABLISSEMENT HOSPITALIER N° d'agréation.....	Dénomination et adresse:
---	--------------------------

BENEFICIAIRE		Sexe
Numéro d'inscription:	Date de naissance:	1 - M 2 - F
Nom - Prénom:		
Adresse:		

Date d'admission	Heure	Code service	Protect	Application de l'A.R. du 29.9.02 (2)
.....	oui/non (1)	oui/non (1)

L'organisme assureur refuse d'intervenir dans les frais relatifs à l'admission dans l'établissement hospitalier du bénéficiaire précité pour le motif évoqué ci-dessous:

MOTIF DU REFUS

IDENTIFICATION DE LA MUTUALITE, L'OFFICE REGIONAL, LE CENTRE MEDICAL REGIONAL

Pour la mutualité - l'office régional - le centre médical régional

Le responsable,

Date

.....
(Signature - Nom)

- (1) Biffer les mentions inutiles.
 (2) Arrêté royal portant exécution de l'article 138 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

