Annexe 42

NOTIFICATION DE FIN D'HEBERGEMENT (1)
(Institutions visées à l'article 34, 11°de la loi coordonnée du 14 juillet 1994)

Références	
Inst.	⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔
O.A..	⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔

INSTITUTION

N° d'agrément ou d'enregistrement ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Dénomination: .....
Adresse: .....

ORGANISME ASSUREUR
N° mutualité ou Office régional ou Centre médical régional ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Dénomination: .....
Adresse: .....

BENEFICIAIRE
Numéro d'inscription ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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

Adresse: .....

Ce bénéficiaire, hébergé depuis le..... à .....heures,
est sorti de notre institution le ..... à .....heures
est décédé le..... à ..... heures
est transféré vers: ..... à ..... heures vers la section - MRPA n° INAMI: .....
- MRS n° INAMI: .....

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.