Annexe 50a

NOTIFICATION D'HEBERGEMENT DE BENEFICIAIRES
DANS DES INITIATIVES D'HABITATION PROTEGEE (H.P.)
ET ENGAGEMENT DE PAIEMENT

Institutions visées à l'article 34, 18°
de la loi coordonnée le 14 juillet 1994

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 (1)

TITULAIRE
Numéro d'inscription ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
NOM - Prénom: ..... Date de naissance: .....
Adresse: .....

Date d'entrée: ..... heure: .....
Date de la notification:
.....
J'atteste que le bénéficiaire est admis dans l'institution aux date et heure mentionnées ci-dessus.
Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire tels que ceux-ci sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.
Le responsable de l'institution,
Date: .....
Signature - Nom: .....
Le médecin-spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie, responsable de la politique d'admission,
Date: .....
Signature - Nom: .....

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

L'organisme assureur s'engage à rembourser le montant de l'intervention suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance maladie-invalidité.

Cachet de l'O.A.	Cadre réservé à l'O.A.	Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional		Numéro d'inscription		Pour la mutualité ou l'Office régional ou Centre médical régional Le responsable, Date:.....
		Code titulaire 1 2		Tout risque Droit à gros risque	100 %	Signature - Nom
				Petits risques	75 %	

(1) Biffer les mentions inutiles.
Exemplaire pour l'organisme assureur.