

Annexe 50b

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:..... Signature - Nom
		1	2	Tout risque Droit à gros risque Petits risques	100 % 75 %	

(1) Biffer les mentions inutiles.
Exemplaire à renvoyer à l'institution.