**CONVENTION RELATIVE AU SUIVI D’UN DÉCÈS INOPINÉ ET MÉDICALEMENT INEXPLIQUÉ D’UN ENFANT DE MOINS DE DIX-HUIT MOIS**

**NOTIFICATION AU MÉDECIN-CONSEIL**

**Données d’identification du bénéficiaire** (= données d’identification du nourrisson décédé)

*Complétez les données ci-dessous ou apposez ci-dessous une vignette de l’organisme assureur (mutualité) :*

Nom et prénom : ………………………………………………………………………………………...

|  |  |
| --- | --- |
| Numéro d’identification auprès de la sécurité sociale belge | ……………………………………….. |
| (NISS ou numéro d’inscription au Registre national) |

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : …. /…. / ……..

Date du décès (JJ/MM/AAAA) : …. /…. / ……..

**Données d’identification de l’hôpital ayant conclu avec l’INAMI une convention relative au suivi d’un décès inopiné et médicalement inexpliqué d’un enfant de moins de dix-huit mois**

Nom et adresse de l’hôpital :

Numéro d’identification INAMI de la convention :

Prestations réalisées dans le cadre de la convention que l’hôpital facturera en principe à l’assurance

* Autopsie + éventuellement les frais de transport qui s’y rapportent

Le mandataire de l’enfant s’est déclaré d’accord avec l’exécution d’une autopsie sur le corps de l’enfant décédé, afin de déterminer la cause du décès.

Frais de transport : au maximum le nombre de kilomètres entre le lieu du décès/de la visite du corps et l’établissement est remboursé.

* Soutien psychosocial des parents et de la famille

Cette intervention ne concerne que le soutien psychosocial des parents et de la famille dans une première phase aiguë.

Date de début du suivi dans le cadre de la convention (JJ/MM/AAAA) : …. /…. / ……..

Nom, numéro d’identification INAMI et signature du pédiatre de l’hôpital ayant conclu avec l’INAMI une convention relative au suivi d’un décès inopiné et médicalement inexpliqué d’un enfant de moins de dix-huit mois :

Date de signature (JJ/MM/AAAA) : …. /…. / ……..