

[Annexe 34b

**DEMANDE DE PROLONGATION
D'HOSPITALISATION**
Formulaire 723

Références	
Etabl.	□□□□□□□□
O.A.	□□□□□□□□

ETABLISSEMENT HOSPITALIER

N° d'agrégation □□□□□□□□
Dénomination:
Adresse:

ORGANISME ASSUREUR

N° Mutualité – Office Régional □□□□□□□□
Centre médical régional
Dénomination:
Adresse:

BENEFICIAIRE:

(patient)	Numéro d'inscription	□□□□□□□□□□□□□□	Sexe
			<input type="checkbox"/> 1 M
			<input type="checkbox"/> 2 F
Nom - Prénom:	Date de naissance		<input type="checkbox"/> Nationalité
Adresse:			Code INS
			□□□□□□
	Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (1)		

TITULAIRE:

Nom - Prénom:	Numéro d'inscription	□□□□□□□□□□□□□□	Date de naissance
---------------	----------------------	----------------	-------------------

Date d'admission	Heure	Service	DECISION DU MEDECIN-CONSEIL
□□□□□□	□□□□	□□□□□□	Accord jusqu'au inclus Refus
Changement(s) de service depuis la date du dernier document introduit			Remarques éventuelles
Date	Heure	Service	Date
□□□□□□	□□□□	□□□□□□	Signature et cachet du médecin-conseil
□□□□□□	□□□□	□□□□□□	A.R. du 29-9-02 (2) en application OUI / NON (1)
□□□□□□	□□□□	□□□□□□	Cadre réservé à l'organisme assureur MS 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - ACG - MP
Date de fin de l'autorisation précédente Pour l'établissement hospitalier			
Date			

(Signature - Nom)
Cachet de l'O.A.

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

Exemplaire pour l'établissement hospitalier]