

## Annexe 35b

**AVIS DE FIN D'HOSPITALISATION**  
Formulaire 727

Références	
Etabl.	□□□□□□
O.A.	□□□□□□

**ETABLISSEMENT HOSPITALIER**

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

**ORGANISME ASSUREUR**

N° Fédération - O.R. □□□□□□  
Mutualité  
Dénomination:  
Adresse:

**BENEFICIAIRE:**

(malade)	Numéro d'inscription	□□□□□□□□□□□□	□
	Sexe		□ 1
			□ 2
M			
F			
Nom - Prénom:	Nationalité	Date de naissance	□
Adresse:			Code INS
			□□□□□
	Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (1)		

**TITULAIRE:**

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

Date d'admission	Heure	Service			
□□□□□□	□□□□	□□□□□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□
Changement(s) de service depuis la date du dernier document introduit			Date de sortie	Heure	
□□□□□□	□□□□	□□□□□	Est décédé(e) le:		
□□□□□□	□□□□	□□□□□	Pour l'établissement hospitalier		
□□□□□□	□□□□	□□□□□	Date:		
□□□□□□	□□□□	□□□□□	(Signature - Nom)		
□□□□□□	□□□□	□□□□□			
□□□□□□	□□□□	□□□□□			
□□□□□□	□□□□	□□□□□			
□□□□□□	□□□□	□□□□□			
□□□□□□	□□□□	□□□□□			
□□□□□□	□□□□	□□□□□			
□□□□□□	□□□□	□□□□□			
			Cachet réservé à l'organisme assureur MS 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - ACC - MP		

(1) Biffer les mentions inutiles

**Exemplaire pour l'administration O.A.**