

Annexe 48b

**NOTIFICATION DE FIN D'HEBERGEMENT (1)
EN MAISON DE SOINS PSYCHIATRIQUES**

| | |
|------------|--|
| Références | |
| Inst. | |
| O.A.. | |

Institutions visées à l'article 34, 11°
de la loi coordonnée du 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 (2)

TITULAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom: Date de naissance:

Adresse:

Ce bénéficiaire, hébergé depuis le..... àheures,
est sorti de notre institution le à heures (2)
est décédé le..... à..... heures (2)
est transféré vers:(2)

Le responsable de l'institution,

Date:

Signature - Nom:

.....

- (1) Cette notification ne doit pas être établie s'il s'agit d'une absence temporaire de maximum 72 heures sauf en cas d'admission dans un établissement hospitalier.
- (2) Biffer les mentions inutiles.

Exemplaire par l'administration de l'O.A.