

## Annexe 48c

### 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 ..... à .....heures,  
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 à conserver, au moment de l'envoi, par l'institution.