**Annexe 48c**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOTIFICATION DE FIN D'HEBERGEMENT** (1)  **EN MAISON DE SOINS PSYCHIATRIQUES** | Références | |
|  | Inst. |  |
| Institutions visées à l'article 34, 11° | O.A.. |  |
| 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.

133