**Annexe 50b**

# NOTIFICATION D'HEBERGEMENT DE BENEFICIAIRES DANS DES INITIATIVES D'HABITATION PROTEGEE (H.P.) ET ENGAGEMENT DE PAIEMENT

Institutions visées à l'article 34, 18° de la loi coordonnée le 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 (1)

TITULAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom: .................................................................................... Date de naissance: .....................................................................................

Adresse: ...........................................................................................................................................................................................................................

Date d'entrée: ...................................................................................................................... heure: ...........................................................................

Date de la notification:

.........................................................................................................................................................................................................................................

J'atteste que le bénéficiaire est admis dans l'institution aux date et heure mentionnées ci-dessus.

Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire tels que ceux-ci sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite. Le responsable de l'institution,

Date: .....................................................................................................

Signature - Nom:...................................................................................

Le médecin-spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie, responsable de la politique d'admission, Date: .....................................................................................................

Signature - Nom:...................................................................................

# ENGAGEMENT DE PAIEMENT

L'organisme assureur s'engage à rembourser le montant de l'intervention suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance maladie-invalidité.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cachet de l'O.A. | Cadre réservé à l'O.A. | Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional | | Numéro d'inscription | | Pour la mutualité ou l'Office régional ou Centre médical régional  Le responsable, |
|  |  | |  | | Date:............................................... |
| Code titulaire | | Tout risque | 100 % | Signature - Nom |
| 1 | 2 | Droit à gros risque |  |
|  |  | Petits risques | 75 % |  |

(1) Biffer les mentions inutiles. Exemplaire à renvoyer à l'institution.

138