# NOTIFICATION DE FIN D'HEBERGEMENT[[1]](#footnote-1)

**Références**

Inst.

O.A.

## INSTITUTION

N° d'agrément ou d'enregistrement :

Dénomination :

Adresse :

## ORGANISME ASSUREUR

N° Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional :

Dénomination :

Adresse :

## BENEFICIAIRE

Numéro d'inscription :

Nom - Prénom :

Date de naissance :

Adresse:

Ce bénéficiaire, hébergé depuis le : à heures

[ ] est sorti de notre institution le à heures

[ ] est décédé le

[ ] est transféré le à heures

vers la section: - MRPA n° INAMI :   
- MRS n° INAMI:

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. [↑](#footnote-ref-1)