

Annexe 11

NOTIFICATION DE FIN D'HEBERGEMENT ¹

(Institutions visées à l'article 43/7, 4° du Code wallon de l'action sociale et de la santé)

Références	
Inst..	
O.A.	

INSTITUTION

N° d'agrément

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR WALLON

N° mutualité ou Office régional ou Centre Médical Régional

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE

Numéro d'inscription :

Nom et Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Ce bénéficiaire, hébergé depuis le àheures,

est sorti de notre institution le àheures

est décédé le àheures

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.