

[Annexe 34c

**DEMANDE DE PROLONGATION
D'HOSPITALISATION**
Formulaire 723

Références	
Etabl.	□□□□□□□□
O.A.	□□□□□□□□

ETABLISSEMENT HOSPITALIER

N° d'agrégation □□□□□□□□

Dénomination:

Adresse:

ORGANISME ASSUREUR

N° Mutualité – Office Régional □□□□□□□□

Centre médical régional

Dénomination:

Adresse:

BENEFICIAIRE:

(patient)

Numéro d'inscription

□□□□□□□□□□□□□□

Sexe

1 M

2 F

Nom - Prénom:

Date de naissance

Nationalité

Adresse:

Code INS

Inscrit comme personne à charge en qualité de
conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (1)

□□□□□□

TITULAIRE:

Numéro d'inscription

□□□□□□□□□□□□□□

Nom - Prénom:

Date de naissance

Date d'admission	Heure	Service	DECISION DU MEDECIN-CONSEIL
□□□□□□	□□□□	□□□□□□	Accord jusqu'au inclus Refus
Changement(s) de service depuis la date du dernier document introduit			Remarques éventuelles Date Signature et cachet du médecin-conseil
Date	Heure	Service	
□□□□□□	□□□□	□□□□□□	
□□□□□□	□□□□	□□□□□□	
□□□□□□	□□□□	□□□□□□	A.R. du 29-2-02 (2) en application OUI / NON (1)
Date de fin de l'autorisation précédente Pour l'établissement hospitalier			Cadre réservé à l'organisme assureur MS 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - ACG - MP
Date (Signature - Nom)			

(1) Biffer les mentions inutiles

(2) Arrêté royal portant exécution de l'article 138 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987

Exemplaire à joindre à la note d'hospitalisation]