# DEMANDE D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE

**Références**

Institution

O.A..

**Type de lit**: [ ] Lit MRS [ ] Lit MRPA

## INSTITUTION demanderesse

N° INAMI

Dénomination :

Adresse :

## ORGANISME ASSUREUR

N° mutualité ou Office régional ou Centre médical régional

Dénomination :

Adresse :

## BENEFICIAIRE

Numéro d'inscription à la sécurité sociale (carte SIS)

NOM – Prénom :……………………………………………………

Date de naissance :

Adresse :

Date d'entrée : ……………………………………………heure :   
En cas de réadmission ou de transfert interne, il y a lieu d'indiquer la date et l'heure de réadmission.

Date de la demande :

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 qui sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.

Je sollicite l'allocation correspondant à la catégorie suivante :

[ ] Catégorie 0 [ ] Catégorie A [ ] Catégorie B [ ] Catégorie C [ ] Catégorie Cdément   
[ ] Catégorie D [ ] Catégorie Ccoma.

Court séjour : [ ] OUI [ ] NON

Il s'agit en l'occurrence d' :

[ ] une nouvelle demande \*

[ ] un transfert sans changement de catégorie (l'engagement de paiement   
à partir du reste d'application)

[ ] un transfert avec changement de catégorie \*

[ ] un changement de catégorie \*

[ ] une réadmission dans les 30 jours sans changement de catégorie (l'engagement de paiement à partir du reste d'application)

[ ] une réadmission dans les 30 jours avec changement de catégorie \*

\* Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, l'échelle d'évaluation étayant la demande d'allocation.

\* En cas d’aggravation du degré de dépendance : j’y joins également un rapport circonstancié.

\* En cas de première admission d’un bénéficiaire classé dans la catégorie Ccoma : je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, un rapport médical, attestant que le bénéficiaire répond aux critères de cette catégorie, établi par un centre hospitalier d’expertise.

Le responsable de l'institution.

Date :

Signature – Nom :

# NOTIFICATION D'OCTROI ET ENGAGEMENT DE PAIEMENT DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE

**Références**

Institution

O.A..

**Type de lit**: [ ] Lit MRS [ ] Lit MRPA

## INSTITUTION demanderesse

N° INAMI

Dénomination :

Adresse :

## ORGANISME ASSUREUR

N° mutualité ou Office régional ou Centre médical régional

Dénomination :

Adresse :

## BENEFICIAIRE

Numéro d'inscription à la sécurité sociale (carte SIS)

NOM – Prénom :……………………………………………………

Date de naissance :

Adresse :

## 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 obligatoire soins de santé et indemnités pour le bénéficiaire classé dans la catégorie [ ] 0 -[ ] - A [ ] - B [ ] - C [ ] - Cdement [ ] - D [ ] - Ccoma à partir du

**Code titulaire**

**CT 1**

**CT 2**

**Pour** [ ] **la Mutualité ou** [ ] **l'Office régional ou** [ ] **le Centre médical régional.**

Le responsable,

Date :

Signature – Nom :

# REFUS D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE

**Références**

Institution

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 à la sécurité sociale (carte SIS)

NOM – Prénom :……………………………………………………

Date de naissance :

Adresse :

## MOTIF DU REFUS

L'organisme assureur refuse de rembourser l'intervention prévue par la réglementation en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, pour le motif évoqué ci-dessus.

**Pour** [ ] **la mutualité** [ ] **l'Office régional** [ ] **le Centre médical régional**.

Le responsable,

Date :

Signature – Nom: