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

(Art. 34, 11°, de la loi coordonnée du 14.07.1994)

**CENTRE DE SOINS DE JOUR**

[ ] pour personnes âgées dépendantes

[ ] pour personnes souffrant d’une maladie grave

N° d'agrément :

Dénomination :

Adresse :

## ORGANISME ASSUREUR

N° Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional :

Dénomination :

Adresse :

## BENEFICIAIRE

Numéro d'inscription O.A :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

DATE D'ENTREE : heure :

Date de la demande :

J'atteste que le bénéficiaire est admis dans l'institution aux dates et heures mentionnées au registre de présence de l'institution.

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 F[[1]](#footnote-1) [ ] Catégorie Fd1 [ ] Catégorie D[[2]](#footnote-2) [ ] Catégorie Fp[[3]](#footnote-3)

Il s'agit en l'occurrence :

[ ] d'une première demande[ ] d’une prolongation.

Le responsable de l'institution,

Date :

Nom:

Signature :

# NOTIFICATION D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE DANS UN CENTRE DE SOINS DE JOUR

(Art. 34, 11°, de la loi coordonnée du 14.07.1994)

**CENTRE DE SOINS DE JOUR**

N° d'agrément :

Dénomination :

Adresse :

## ORGANISME ASSUREUR

N° Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional

Dénomination :

Adresse :

## BENEFICIAIRE

Numéro d'inscription O.A :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

## DECISION DE L'ORGANISME ASSUREUR

Accord du au   
pour l'accueil du bénéficiaire dans un centre de soins de jour.

Remarques éventuelles :

**Code titulaire :**

CT 1:

CT 2:

## 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 :

[ ] F [ ] Fd [ ] D [ ] Fp

à partir du jusqu’au

**Pour :**[ ]la mutualité

[ ] l'Office régional

[ ] le Centre médical régional.

Le responsable,

Date :

Nom:

Signature:

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

(Art. 34, 11°, de la loi coordonnée du 14.07.1994)

**CENTRE DE SOINS DE JOUR**

N° d'agrément :

Dénomination :

Adresse :

## ORGANISME ASSUREUR

N° Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional

Dénomination :

Adresse :

## BENEFICIAIRE

Numéro d'inscription O.A :

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 :

Nom :

Signature :

1. Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, l'échelle d'évaluation étayant la demande d'allocation. [↑](#footnote-ref-1)
2. Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, l'échelle d'évaluation et je certifie que la date du bilan diagnostique spécialisé figure dans le dossier de soins du patient. [↑](#footnote-ref-2)
3. Seuls les centres de soins de jour pour personnes souffrant d’une maladie grave, agréés par l’autorité compétente, peuvent solliciter une allocation forfaitaire pour cette catégorie. S’il s’agit d’une première demande, joindre sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, un certificat du médecin traitant attestant que le bénéficiaire répond aux conditions visées par la législation en la matière (voir le modèle figurant en Annexe 44bis). [↑](#footnote-ref-3)