

Annexe 15

**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. 43/7, 4° du Code wallon de l'action sociale et de la santé)

<p>CENTRE DE SOINS DE JOUR</p> <p>N° d'agrément :</p>	<p>Dénomination et adresse</p>
<p>ORGANISME ASSUREUR WALLON</p> <p>N° Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional :</p>	<p>Dénomination et adresse</p>

BENEFICIAIRE :

Numéro d'inscription O.A. :

Nom – Prénom : Date de naissance :

Adresse :

DECISION DE L'ORGANISME ASSUREUR WALLON

Accord du au

Pour l'accueil du bénéficiaire dans un centre de soins de jour.

Remarques éventuelles :

.....

.....

Code titulaire	
CT1	CT2

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

L'organisme assureur s'engage à rembourser le montant de l'intervention suivant les conditions prévues par l'assurance protection sociale wallonne pour le bénéficiaire classé dans la catégorie F – Fd – D¹ à partir du jusqu'au

Pour la mutualité ou l'Office régional ou le Centre médical régional¹

Le Responsable,

Date :

Signature – Nom :

.....

.....

¹ Biffer les mentions inutiles.