

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><b>CENTRE DE SOINS DE JOUR</b></p> <p>N° d'agrément : .....</p>	<p>Dénomination et adresse</p>
<p><b>ORGANISME ASSUREUR WALLON</b></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 – D<sup>1</sup> à partir du ..... jusqu'au .....

**Pour la mutualité ou l'Office régional ou le Centre médical régional<sup>1</sup>**

Le Responsable,

Date : .....

Signature – Nom : .....

.....

.....

<sup>1</sup> Biffer les mentions inutiles.