

Annexe 8

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

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

Références	
Inst..	
O.A.	

INSTITUTION DEMANDERESSE

Type de lit ¹
1. Lits MRS
2. Lit MRPA

Numéro INAMI

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR WALLON

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 l'assurance protection sociale wallonne pour le bénéficiaire classé dans la catégorie : O – A – B – C – Cd – D –Ccoma ¹ à partir du

Code titulaire	
CT1	CT2

Pour la mutualité ou l'Office régional ou le Centre médical régional ¹ :

Le responsable,

Date :

Signature – Nom

¹ Entourer la mention qui convient.