

## Annexe 46a

**DEMANDE D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE EN MAISON DE SOINS PSYCHIATRIQUES (M.S.P.)**

Références	
Inst.	
O.A..	

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

N° d'agrément

Dénomination: .....

Adresse: .....

**ORGANISME ASSUREUR**

N° mutualité ou Office régional ou Centre médical régional

Dénomination: .....

Adresse: .....

**BENEFICIAIRE**

Numéro d'inscription

NOM - Prénom: ..... Date de naissance: .....

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (1)

**TITULAIRE**

Numéro d'inscription

NOM - Prénom: ..... Date de naissance: .....

Adresse: .....

<p>Date d'entrée (2) ..... heures: .....</p> <p>Date de la demande: .....</p> <p>J'atteste que le bénéficiaire est - sera (1) admis dans l'institution aux date et heure mentionnées ci-dessus.</p> <p>Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire tels que ceux-ci sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite</p> <p>Il s'agit en l'occurrence d': <b>une première demande - une prolongation - un transfert - une réadmission</b> (1)</p> <p>En cas de <b>réadmission ou de transfert</b>: l'accord du ..... au ..... reste d'application.</p> <p>Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, le rapport médical étayant la demande de l'allocation en M.S.P.</p> <p>Le responsable de l'institution, Date: ..... Signature - Nom: .....</p>	<p><b>DECISION DU MEDECIN-CONSEIL</b></p> <p>Accord du ..... au.....</p> <p>Refus à partir du: .....</p> <p>Remarques éventuelles: .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Date: .....</p> <p>Signature et cachet du médecin-conseil, .....</p>
--	--

(1) Biffer les mentions inutiles.  
 (2) En cas de réadmission, il y a lieu d'indiquer la date et l'heure de réadmission.  
 Exemplaire destiné au médecin-conseil.