Annexe 46b

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.)

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

Références	
Inst.	
O.A..	

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: .....

Date d'entrée (2) ..... heures: .....
Date de la demande:
.....

J'atteste que le bénéficiaire est - sera (1) admis dans l'institution aux date et heure mentionnées ci-dessus.

Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire tels que ceux-ci sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite

Il s'agit en l'occurrence d': **une première demande - une prolongation - un transfert - une réadmission** (1)

En cas de **réadmission ou de transfert**: l'accord du .....
au .....reste d'application.
Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, le rapport médical étayant la demande de l'allocation en M.S.P.

Le responsable de l'institution,
Date: .....
Signature - Nom: .....

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Accord du ..... au .....

Refus à partir du: .....

Remarques éventuelles: .....
.....
.....

Date: .....
Signature et cachet du médecin-conseil,
.....

Cadre réservé à l'O.A.	Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional		Numéro d'inscription	
			Tous risques	
	Code titulaire		Droit à gros risques	100 %
	1	2	Petits risques	75 %

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 maladie-invaidité.

Cachet de l'O.A.

Pour la Mutualité ou l'Office régional ou le Centre médical régional

Le responsable,
Date: .....
Signature - Nom

(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 à l'administration de l'O.A.