

## [Annexe 40b

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

(Art. 34, 11° et 12°, de la loi coordonnée du 14.07.1994)

Références	
Institution	□□□□□□□□□□□□□□
O.A.	□□□□□□□□□□□□□□

INSTITUTION DEMANDERESSE

**Type de lit (1)**

1. Lit MRS
2. Lit MRPA

N° INAMI □□□□□□□□□□

Dénomination:.....

Adresse: .....

ORGANISME ASSUREUR:

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 la réglementation en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour le bénéficiaire classé dans la catégorie O - A - B - C - Cd - D - Ccoma (1) à partir du .....

Code titulaire	
CT 1	CT 2

**Pour la Mutualité ou l'Office régional ou le Centre médical régional. (1)**

Le responsable,

Date:.....

Signature - Nom: .....

(1) Entourer la mention qui convient]