

Annexe 46d

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:

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 de: **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,

(1) Biffer les mentions inutiles.

(2) En cas de réadmission, il y a lieu d'indiquer la date et l'heure de réadmission.

Exemplaire à conserver au moment de l'envoi par l'institution.