**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.)** | Références |
| Inst. |  |
| (Art. 34, 11° de la loi coordonnée du 14.07.1994) | 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: .....................................................................................

TITULAIRE

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

Numéro d'inscription

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

Adresse: ...........................................................................................................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| Date d'entrée (2) .......................................... heures:.............................. | DECISION DU MEDECIN-CONSEIL |
| Date de la demande: |  |
| .................................................................................................................. |  |
| J'atteste que le bénéficiaire est - sera (1) admis dans l'institution aux date et heure mentionnées ci-dessus. | Accord du ............................................ au............................................. |
| Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire tels que ceux-ci sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite | Refus à partir du:....................................................................................... |
| Il s'agit en l'occurrence d': **une première demande - une prolongation - un transfert - une réadmission** (1) | Remarques éventuelles:................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. |
| 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. | Date:.......................................................................................................... |
|  | Signature et cachet du médecin-conseil, |
| Le responsable de l'institution, | .................................................................................................................. |
| Date:.......................................................................................................... |  |
| Signature - Nom: ....................................................................................... |  |

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

régional

Cachet de l'O.A. Pour la Mutualité ou l'Office régional ou le Centre médical 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.

127