

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	
Inst.	□□□□□□□□□□□□□□
O.A.	□□□□□□□□□□□□□□

INSTITUTION

Type d'institution (2) :

N° d'agrément ou d'enregistrement □□□□□□□□

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR :

N° mutualité ou

Office régional ou Centre médical régional □□□□□□□□

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE :

Numéro d'inscription □□□□□□□□□□□□□□

NOM – Prénom : Date de naissance :

Adresse :

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Accord du au

pour le bénéficiaire dans la catégorie O – A – B – C – Cd (1)

Remarques éventuelles :

.....

.....

Code titulaire	
CT 1	CT 2

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

Le responsable,

Date :

Signature – Nom :

(1) Biffer les mentions inutiles.

Vu pour être annexé au règlement du 23 juillet 2001 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.