

**NOTIFICATION D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE  
DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE DANS UN CENTRE DE SOINS DE JOUR**  
(Art. 34, 11°, de la loi coordonnée du 14.07.1994)

<b>CENTRE DE SOINS DE JOUR</b>	Dénomination et Adresse
N° d'agrément .....	
<b>ORGANISME ASSUREUR</b>	Dénomination et Adresse
N° Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional .....	

**BENEFICIAIRE :**

Numéro d'inscription O.A. : .....

NOM – Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

**DECISION DU MEDECIN-CONSEIL**

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

pour l'accueil du bénéficiaire dans un centre de soins de jour.

Remarques éventuelles : .....

Cadre réservé à l'O.A.	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: .....

.....

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.