

DEMANDE D'OCTROI DE L'ALLOCATION
POUR SOINS ET ASSISTANCE DANS LES
ACTES DE LA VIE JOURNALIERE EN MAI-
SON DE SOINS PSYCHIATRIQUES (M.S.P)

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

Références	
Inst.	
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 :

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) : heure :

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 d' : **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.