

**[Annexe 44b**

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

**BENEFICIAIRE:**

Numéro d'inscription O.A.: .....

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

Adresse: .....

**DECISION DE L'ORGANISME ASSUREUR**

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

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

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 le bénéficiaire classé dans la catégorie F – Fd – D – Fp (1) à partir du ..... jusqu'au .....

**Pour la mutualité ou l'Office régional ou le Centre médical régional.(1)**

Le responsable,

Date:.....

Signature - Nom:.....

.....

(1) Biffer les mentions inutiles.]