

DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE
dans le cadre de l'admission d'une personne âgée de moins de soixante ans
(Maisons de repos pour personnes âgées et maisons de repos et de soins, telles que prévues à l'art. 34, 11° et 12°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994)

Références	
Institution	□□□□□□□□□□□□
O.A.	bruxello □□□□□□□□□□□□

INSTITUTION DEMANDERESSE

Type de lit¹ :

- 1. Lit MRS
- 2. Lit MRPA

N° INAMI □□□□□□□□□□□□

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR BRUXELLOIS :

N° organisme assureur bruxellois □□□

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE :

numéro d'inscription à la sécurité sociale (carte SIS) □□□□□□□□□□□□

NOM – Prénom : Date de naissance :

Age au moment de la demande:

Adresse :

Date de la demande :

Date d'entrée souhaitée :

En ma qualité de responsable de l'établissement, j'atteste que l'établissement ne dépasse pas le plafond autorisé du nombre de personnes âgées de moins de soixante ans hébergées, sur la base des données suivantes²:

¹ Cocher la case adéquate

² Voir les articles 152, 153, 153bis, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, tels que modifiés par l'arrêté du 12 septembre 2024

Date de la demande :

Date d'entrée souhaitée :

En ma qualité de responsable de l'établissement, j'atteste que l'établissement ne dépasse pas le plafond autorisé du nombre de personnes âgées de moins de soixante ans hébergées, sur la base des données suivantes¹:

Capacité maximale agréé	Nombre maximal d'habitants âgés de moins de soixante ans, compte tenu du plafond autorisé de 10% de la capacité agréée	Nombre actuel de personnes âgées de moins de soixante ans admises dans l'établissement y compris la demande en cours	Nombre d'autorisations préalables déjà acceptées non encore réalisées
...

Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire qui sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.

Je confirme que je sollicite l'allocation correspondant à la catégorie suivante² :

Catégorie B – Catégorie C – Catégorie Cdément – Catégorie D .

Il s'agit en l'occurrence d'une nouvelle demande de type :

Court séjour (1)
OUI / NON

J'atteste qu'au moment de cette demande d'autorisation préalable, des troubles perturbateurs du comportement³ n'ont pas été constatés ou peuvent être pris en charge adéquatement par l'établissement.

Je joins à cette demande les documents nécessaires :

- Les attestations sur l'honneur (cf. annexe 10 de la convention bicommunautaire);
- Le plan d'accompagnement spécifique ;
- Le certificat médical⁴ mentionnant la catégorie de dépendance du bénéficiaire conformément à l'arrêté de Membre du Collège réuni du 23 mai 2024.

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature – Nom :

(1) Biffer les mentions inutiles

¹ Voir les articles 152, 153, 153bis, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, tels que modifiés par l'arrêté du 12 septembre 2024

² Cocher la case adéquate

³ Tels que visés dans l'arrêté du 23 mai 2024 et précisés par la circulaire du 1^{er} juillet 2024

⁴ Art. 29/1, § 5 de l'ordonnance du 24 avril 2008 ;