

**REFUS D'OCTROI 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

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 : .....

## MOTIF DU REFUS

L'organisme assureur refuse de rembourser l'intervention prévue par la réglementation en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, pour le motif évoqué ci-dessus.

**Pour la mutualité – l'Office régional - 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.