

**REFUS 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)

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

BENEFICIAIRE :

Numéro d'inscription O.A. :

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 (1).

Le responsable,

Date :

Signature – Nom:

.....

(1) Biffer les mentions inutiles.

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.