

[Annexe 40c

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 à la sécurité sociale (carte SIS°) □□□□□□□□□□□□□□

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.]