

[Annexe 44c

**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)

<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: .....

**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 ou l'Office régional ou le Centre médical régional (1)**

Le responsable,

Date:.....

Signature - Nom: .....

.....

(1) Biffer les mentions inutiles.]