

Annexe 16

**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. 43/7, 4° du Code wallon de l'action sociale et de la santé)

| | |
|---|--------------------------------|
| <p>CENTRE DE SOINS DE JOUR</p> <p>N° d'agrément :</p> | <p>Dénomination et adresse</p> |
| <p>ORGANISME ASSUREUR WALLON</p> <p>N° Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional :</p> | <p>Dénomination et adresse</p> |

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 l'assurance protection sociale wallonne 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.