

Annexe 9

**REFUS D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE
DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE**

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

Références	
Inst..	
O.A.	

INSTITUTION DEMANDERESSE

Numéro d'enregistrement ou d'agrément

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR WALLON

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 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.