PAIEMENT FORFAITAIRE

NOTIFICATION DE FIN D'INSCRIPTION

DECISION DE LA PERSONNE INSCRITE

MAISON MEDICALE

Dénomination:  **Maison Médicale Auderghem**

Adresse: **rue Edouard Henrard, 19**

 **1160 Auderghem**

Numéro d'inscription I.N.A.M.I.: 8 27504 03 111

ORGANISME ASSUREUR

N° Fédération ou Office régional:

Dénomination:

Adresse:

PERSONNE INSCRITE

NOM – PRENOM:

Adresse:

Numéro de registre national:

Ce (cette) bénéficiaire, inscrit(e) à la maison médicale depuis le:

A décidé de ne pas prolonger son inscription à partir du:

Motif de la désinscription :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Désinscription par choix du patient** | **Code** |
|  | Déménagement : le patient n’habite plus dans la zone d’activité | 201 |
|  | Conflit avec un dispensateur de soins ou un membre du personnel de la MM | 202 |
|  | Admission dans une institution (soins pédiatriques, soins pour personnes âgées ou autre)  | 203 |
|  | Désaccord avec les règles de la MM | 204 |
|  | Le patient souhaite consulter des dispensateurs de soins autres que ceux de la MM | 205 |
|  | Prise en charge alternée où l’un des parents n’habite pas dans la zone d’activité | 206 |
|  | Le patient souhaite un dispensateur de soins attitré au sein de la MM mais ne parvient pas à l’obtenir | 207 |
|  | Raisons personnelles | 208 |

Explication éventuelle :

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Le (la) bénéficiaire: | Le (la) responsable de la maison médicale: |
| Date:  | Date:  |
| Signature(1):  | Signature:  |
| Document à établir en deux exemplaires: | document pour le (la) bénéficiaire(2)document pour la maison médicale(2) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| (1) Signature du représentant légal nécessaire dans le cas d’un mineur qui n’a pas encore atteint l’âge de 14 ans. Ce représentant doit êtreidentifié par ses nom, prénom et numéro de registre national.(2) Biffer les mentions inutiles. |