

## PAIEMENT FORFAITAIRE

### INSCRIPTION DU BENEFICIAIRE

Formulaire d'abonnement

---

#### MAISON MEDICALE

Dénomination: « **MAISON MEDICALE UNIVERS SANTE.** »

Adresse: **Avenue de l'Astronomie 30**  
**1210 BRUXELLES**

Numéro d'inscription I.N.A.M.I.: **8-26528-09-111**

---

La maison médicale (M.M.) s'engage à fournir aux abonnés, les prestations suivantes au forfait:

- (1) Pour les médecins: toutes les prestations mentionnées dans la nomenclature sauf les actes techniques; l'inscription implique également que le dossier médical global du patient est géré par les médecins de la maison médicale.
- (1) Pour les infirmiers: toutes les prestations mentionnées dans la nomenclature
- (1) Pour les kinésithérapeutes: toutes les prestations mentionnées dans la nomenclature

Une somme forfaitaire sera versée mensuellement à la maison médicale par la mutualité des abonnés.

Cela signifie que les abonnés ne payeront plus la M.M. pour l'ensemble de ces soins.

Si, en dehors des heures des services de garde à la population, la MM fait appel à un dispensateur de soins ou un service ne fonctionnant pas dans le système forfaitaire, les frais encourus par l'abonné à cette occasion, les éventuels suppléments et TM inclus, seront pris en charge par la MM.

L'abonnement ne change rien en ce qui concerne les spécialistes, les hospitalisations, les médicaments et les actes techniques.

L'abonné peut renoncer à son inscription avant la fin de chaque mois calendrier. Cette renonciation doit être envoyée à la M.M. ou à l'organisme assureur avant la fin du mois M pour une prise d'effet au plus tôt au mois M+1 (et au plus tard au mois M+3).

Le groupe de dispensateurs de soins auprès duquel un bénéficiaire est inscrit peut mettre fin à cette inscription en avertissant à la fois le bénéficiaire concerné et l'organisme assureur auquel celui-ci est affilié. Si cette notification a lieu entre le 1 et le 15 du mois M, l'abonnement prend fin à la fin de ce même mois M; si cette notification a lieu après le 15 du mois M l'abonnement prend fin à la fin du mois suivant (M+1).

La décision de mettre fin à l'inscription d'un bénéficiaire, si elle émane de la Maison Médicale, implique qu'il est mis fin, à la même date, à l'inscription des autres bénéficiaires faisant partie du même ménage\*.

---

(1) Biffer si nécessaire.

(2) Par ménage, il faut entendre personnes vivant sous le même toit.

Si l'abonné s'adresse personnellement à des dispensateurs de soins, qui ne font pas partie de la M. M., pour des soins qui sont couverts par le forfait, les frais encourus à cette occasion, à l'exception du ticket modérateur qui reste à charge du patient, seront pris en charge par la M.M. dans quatre cas:

1. si les prestations ont été effectuées en dehors de la zone de non-remboursement de la M.M., c'est-à-dire, en dehors des 19 communes de la Région de Bruxelles-Capitale, 1800 Vilvoorde, 1830 Machelen, 1831 Diegem, 1850 Grimbergen, 1930 Zaventem, 1932 Sint-Stevens-Woluwe, 1950 Kraainem et 1970 Wezembeek-Oppem ;
2. s'il s'agit, dans la zone de la M.M., de prestations effectuées par un confrère non membre de la M.M., dans le cadre d'un service de garde organisé, si la M.M. n'assure pas un tel service de garde;
3. s'il s'agit de prestations dispensées par un infirmier ou un kinésithérapeute <sup>(1)</sup> extérieur à la M.M. mais prescrites par un médecin de la M.M.;
4. si la M.M. a marqué son accord pour que des prestations soient effectuées par un autre dispensateur de soins.

Dans les autres cas, les frais seront à charge de l'abonné; la mutualité de l'abonné ne remboursant pas ces prestations.

En cas d'extension de l'offre des soins par la M.M. (médecine générale et/ou kinésithérapie et/ou soins infirmiers), l'abonné est supposé adhérer automatiquement à l'ensemble de l'offre.

Lors des trois premiers mois qui suivent l'inscription, l'abonné (ne) demande (pas) <sup>(1)</sup> à bénéficier du remboursement à l'acte.

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE:

NOM:

PRENOM:

DATE DE NAISSANCE:

SEXE:

ADRESSE:

NUMERO DE TELEPHONE (FACULTATIF):

NOM ET ADRESSE DE LA MUTUALITE:

NUMERO DE REGISTRE NATIONAL:

Cadre réservé pour la vignette  
d'identification

Pour l'abonné:

Date:

Signature(s) de:

- l'abonné:
- du représentant légal de l'abonné <sup>(2)</sup>:

Pour la maison médicale:

Date :

Signature:

Cachet:

<sup>(1)</sup> Biffer si nécessaire.

<sup>(2)</sup> Nécessaire dans le cas d'un mineur qui n'a pas encore atteint l'âge de 14 ans. Le représentant légal doit être identifié par ses nom, prénom et numéro de registre national.