

## PAIEMENT FORFAITAIRE

### INSCRIPTION DU BENEFICIAIRE

Formulaire d'abonnement

---

#### MAISON MEDICALE

Dénomination: « ESPACE SANTE - MAISON MEDICALE D'OTTIGNIES »

Adresse: AVENUE DES COMBATTANTS 49  
1340 OTTIGNIES

Numéro d'inscription I.N.A.M.I.: 8-25500-67-111

---

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

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

Pour les infirmiers: toutes les prestations

Pour les kinésithérapeutes: toutes les prestations

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.

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 au moins un mois avant que l'inscription ne cesse de produire ses effets.

Le groupe de dispensateurs de soins auprès duquel un bénéficiaire est inscrit peut mettre fin à cette inscription à l'expiration de chaque mois calendrier en avertissant, au moins un mois avant que l'inscription ne cesse de produire ses effets, à la fois le bénéficiaire concerné et l'organisme assureur auquel celui-ci est affilié. La décision de mettre fin à l'inscription d'un bénéficiaire implique qu'il est mis fin, à la même date, à l'inscription des autres bénéficiaires faisant partie du même ménage.

---

(1) Effacer si nécessaire.

Si l'abonné s'adresse 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 géographique de la M.M., c'est-à-dire, en dehors des communes de 1300 Limal, 1301 Bierges, 1340 Ottignies, 1348 Louvain-la-Neuve, 1435 Mont-Saint-Guibert et 1490 Court-Saint-Etienne
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 pouvant pas accorder le remboursement de 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> Elffer 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.