

PAIEMENT FORFAITAIRE INSCRIPTION DU BENEFICIAIRE Formulaire d'abonnement

MAISON MEDICALE

Dénomination: CENTRE MÉDICAL PARC ASTRID

Adresse: AVENUE DU ROI-SOLDAT 102 1070 BRUXELLES

Numéro d'inscription I.N.A.M.I.: 82852747101

5254A

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 communes de :
Anderlecht ;
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 (1) 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 / demande (1) à bénéficier du remboursement à l'acte.

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE:

NOM:

PRENOM:

DATE DE NAISSANCE:

ADRESSE: NUMERO DE TELEPHONE :

NOM ET ADRESSE DE LA MUTUALITE:

Numéro de registre national *

Saisissez un nombre



Pour l'abonné:

Date :

Signature(s) de:

l'abonné

Du représentant légal (2)

Pour la Maison Médicale:

Date:

Signature:

Cachet:

Votre signature *

Effacer

(1) Biffez si nécessaire.

(2) 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.

Envoyer

Proposé par **WIX**