

PAIEMENT FORFAITAIRE

NOTIFICATION DE FIN D'INSCRIPTION DECISION DE LA PERSONNE INSCRITE

MAISON MEDICALE

Dénomination: **MM Alpha Santé**
Adresse: **Rue Alexandre Markelbach, 2**
1030 Bruxelles
Numéro d'inscription I.N.A.M.I.:

ORGANISME ASSUREUR

N° Fédération ou Office régional:
Dénomination:
Adresse:

PERSONNE INSCRITE
NOM – PRENOM:
Adresse:
Numéro de registre national:

Ce (ceux) bénéficiaire(s), 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:

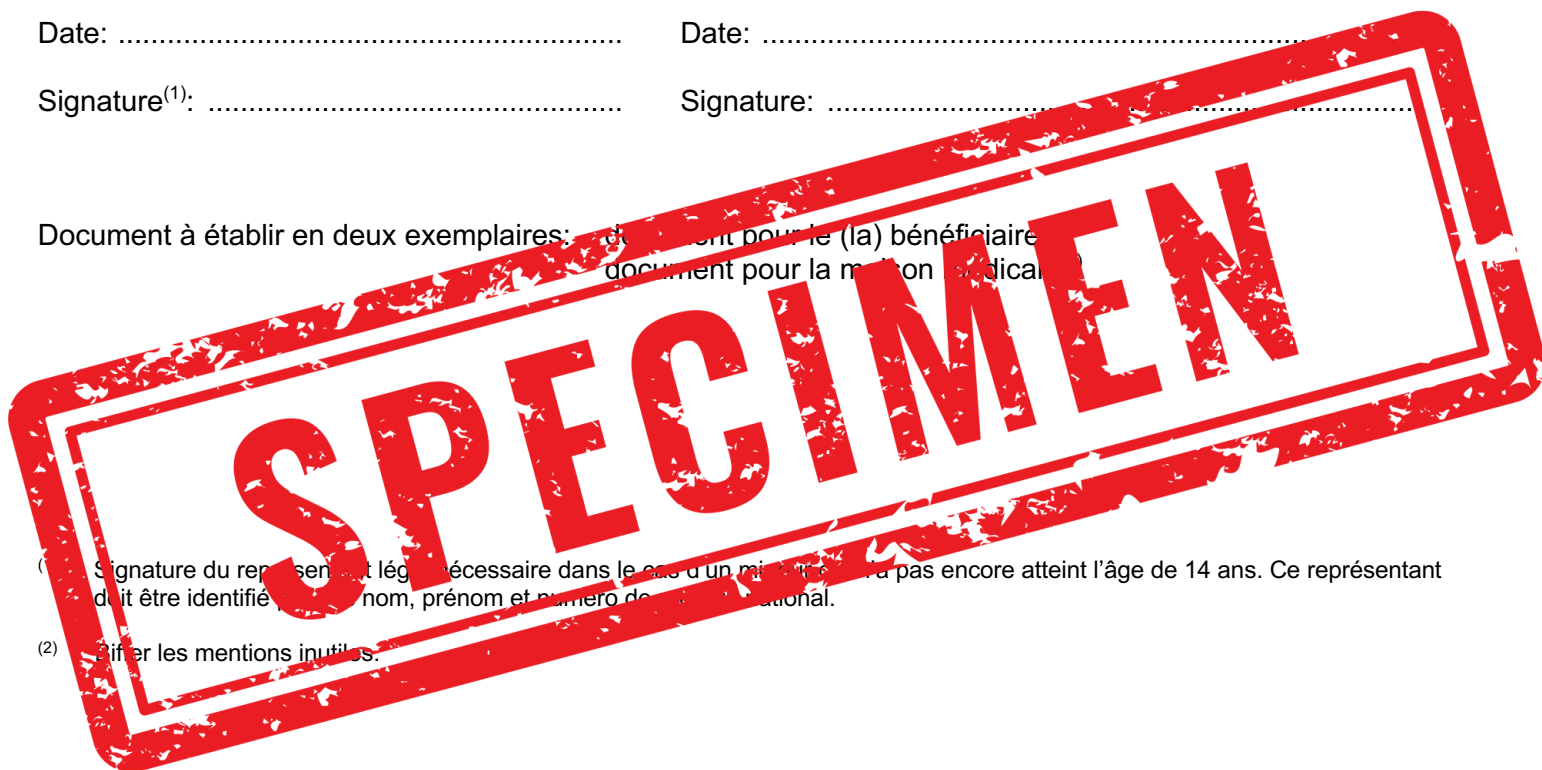
Date:

Date:

Signature⁽¹⁾:

Signature:

Document à établir en deux exemplaires: pour le (la) bénéficiaire
..... document pour la maison médicale



(1) Signature du représentant légal nécessaire dans le cas d'un mineur n'ayant pas encore atteint l'âge de 14 ans. Ce représentant doit être identifié par son nom, prénom et numéro de carte d'identité nationale.

(2) Rayer les mentions inutiles.