

PAIEMENT FORFAITAIRE

NOTIFICATION DE FIN D'INSCRIPTION DECISION DE LA PERSONNE INSCRITE

MAISON MEDICALE

Dénomination:

Adresse:

Numéro d'inscription I.N.A.M.I.: 8-

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

.....

.....

.....

Le (la) responsable de la maison médicale:

Date:

Signature:

(2) Biffer les mentions inutiles.