



## Questionnaire – Médecins manuels

A compléter avec précision et en majuscules :

**Nom et prénom :\***

**Adresse postale :\***

**Adresse du cabinet principal :\***

**Adresse(s) des autres cabinets :\***

**Téléphone et/ou GSM professionnel :\***

**Adresse e-mail :\***

**Langue maternelle : Néerlandais, français :**

(\*) indispensable

Disposez-vous d'une reconnaissance en médecine manuelle ?

Oui

Non

**Merci de joindre une copie du document probant.**

Dans quel pays votre diplôme de médecin manuel a-t-il été délivré?

En Belgique

Dans quelle école ?

A l'étranger

Dans quel pays ? .....

Dans quelle école ?.....

En quelle année fut délivré votre diplôme ?.....

Etes-vous membre d'une association professionnelle de médecine manuelle ?

Oui

Si oui, laquelle ?

Non

Etes-vous couvert **actuellement** par une assurance responsabilité civile professionnelle pour la pratique de la médecine manuelle ?

Oui

Non

**Dans l'affirmative, veuillez joindre une copie de la preuve de souscription actuelle de cette assurance responsabilité professionnelle**

## Déclaration sur l'honneur

- Je m'engage à prévenir immédiatement votre service au cas où je ne serais plus couvert par une assurance responsabilité professionnelle.
- Je m'engage à délivrer à chaque patient une attestation (voir carnets en annexe) dûment complétée.
- Je déclare sur l'honneur ne pas facturer de prestation de médecine, pour laquelle une intervention de l'AMI est prévue dans le cadre de l'Assurance Obligatoire, et de prestation de médecine manuelle durant la même séance.
- En cas de non-respect de ce qui précède, mon nom sera automatiquement retiré de la liste mutualiste.

**Signature**

Le (la) soussigné(e) déclare par la présente avoir complété ce formulaire de manière sincère et complète.

**Date et signature :**

**Veillez retourner ce questionnaire ainsi que les copies demandées à l'attention de :**

**U.N.M.S. – Direction AC  
Rue Saint-Jean 32-38 à 1000 BRUXELLES  
Tel. 02 51.50.500  
Fax.02 51.51.761  
mutualis@mutsoc.be**