



## LE MEMBRE BÉNÉFICIAIRE

### ► QUI SONT LES MEMBRES BÉNÉFICIAIRES ?

Les **membres bénéficiaires** sont issus de collectivités affiliées à l'association (congrégations, provinces, diocèses, maisons autonomes, etc.). La ou les collectivité(s), province(s), diocèse(s) doivent adhérer collectivement constituant ainsi un **Groupe EMI** (cf. Article 45 du règlement intérieur).

### ► LE BÉNÉFICIAIRE DÉPEND D'UN GROUPE POUR LA GESTION DE SES SOINS :

Un responsable de Groupe, désigné par la collectivité, province ou diocèse est chargé, en liaison avec la Section compétente, de toutes les questions intéressant l'assistance maladie. (cf. Règlement particulier n° 1, article 4).

C'est à lui que le bénéficiaire doit s'adresser pour tout ce qui concerne le remboursement de ses prestations, les demandes d'information ou autres renseignements.

## ORGANISATION



### LE PARCOURS DE SOINS



## ► ENGAGEMENTS DU BÉNÉFICIAIRE :

Le bénéficiaire engage sa responsabilité concernant les actes de soins médicaux qu'il déclenche, sous le contrôle de son responsable de groupe (qui valide les frais puis les transmet à la Section).

C'est le bénéficiaire des soins qui possède tous les éléments pour remplir son dossier, qu'il fait parvenir complet à son responsable de groupe : feuilles de soins, ordonnances et prescriptions (vignettes s'il y a lieu...).

Il doit joindre à son dossier :

- les factures originales ou copies certifiées (avec cachet et signature du praticien),
- les photocopies pour les prescriptions (uniquement pour les renouvellements),
- un minimum d'explications, de clarté et de traduction soit du médecin, soit du bénéficiaire lui-même afin de faciliter la compréhension pour le responsable de groupe et la section,
- la mention de la spécificité du médecin et la nature des soins,
- le nom de la devise. En effet, différents sigles de monnaies, peuvent être les mêmes dans des pays différents, tel le dollar (dollars américains, dollars canadiens, shillings tanzaniens) et être utilisés dans un pays d'une autre devise...

Les bénéficiaires ont le libre choix du praticien et de l'établissement de soins.

Les établissements de soins doivent cependant être habilités par la réglementation nationale du lieu, à recevoir les malades.

## ► FORCLUSION ET MODALITÉS

Le délai de forclusion pour l'envoi des dossiers de prestations est d'un an à compter de la date des soins.

*(Article 29 du Règlement intérieur)*