|  |  |
| --- | --- |
|  | **Aanvraag tot het sluiten van een akkoord voor forfaitaire betaling** |

|  |
| --- |
| 1. **Uw gegevens als contactpersoon met het RIZIV:**
 |
| **Uw naam en voornaam:** |   |
| **Uw rijksregisternummer:***(U vindt dit nummer op de achterkant van uw identiteitskaart. U bent niet in het rijksregister ingeschreven? Gelieve dan uw bisnummer mee te delen)* | ……………………………………………………………………………………………………………… |
| **Uw RIZIV-nummer:***(In te vullen als u een gezondheidszorgbeoefenaar bent en u een RIZIV-nummer hebt)* |   |
| **Uw telefoon-/gsm-nummer:** | ……………………………………………………………………………………………………………… |
| **Uw e-mailadres:** | ……………………………………………………………………………………………………………… |
| **Uw contactadres:** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Straat, nr., postbus:  Postcode, plaats:  |

|  |
| --- |
| 1. **Naam en adres van het toekomstige medisch huis met een forfait:**
 |
| **De naam van uw medisch huis:** |   |
| **Het KBO-nummer van uw medisch huis:***(In te vullen als uw medisch huis een rechtspersoonlijkheid heeft)* |   |
| **Het adres van uw medisch huis:** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Straat, nr., postbus:  Postcode, plaats:  |
| **E-mailadres van uw medisch huis:***(E-mailadres waarop uw medisch huis kan worden gecontacteerd)* |   |
| **Telefoonnummer van uw medisch huis:***(Telefoonnummer waarop uw medisch huis kan worden gecontacteerd)* |   |

*Gelieve ook de keerzijde van dit formulier in te vullen en te ondertekenen*

|  |
| --- |
| 1. **De samenstelling van uw medisch huis** (\*)**:**
 |
|  | **Beroep** | **Naam en voornaam van de zorgverlener** | **RIZIV-nummer van de zorgverlener** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |

*(\*) Als deze lijst niet lang genoeg is, kunt u een gelijkaardige lijst bijvoegen.*

|  |
| --- |
| 1. **Geografische zones waar de verzorging wordt gedekt:**

  |
| *
*
 | *
 |

|  |
| --- |
| 1. **Gewenste datum voor de start van het forfaitair systeem:**

  |
| ……………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| 1. **Uw verklaring als contactpersoon van het medisch huis:**
 |
| Door dit formulier te ondertekenen, verklaar ik dat de bezorgde gegevens correct zijn en dat de zorgverleners vermeld in punt III. hierboven in kennis zijn gesteld over deze aanvraag tot het afsluiten van een akkoord voor forfaitaire betaling.Datum: Handtekening: |

|  |
| --- |
| 1. **Hoe bezorgt u ons de aanvraag?**
 |
| Per e-mail (ingescand document)aan de afdeling Medische Huizen ter attentie van de voorzitter van de Commissie |  mh-mm@riziv-inami.fgov.be |