



**Statut social médecin/pharmacien-biologiste –  
Demande de prime pour 2023 –  
Contestation de la décision rendue par le Service des Soins de Santé**

**I. Informations préalables :**

- Pour les demandes de prime, nous privilégions la voie électronique. Nous avons développé un module dans [ProSanté](#) via lequel vous pouvez échanger toutes les infos nécessaires relative à votre dossier. Vous pouvez consulter ce dossier via [ProSanté](#) dans la rubrique « Statut social ».
- Vous pouvez contester la décision qui a été rendue concernant votre demande via ce service en ligne.
- Si vous êtes dans l'impossibilité d'introduire votre contestation de manière électronique, vous pouvez nous la transmettre par recommandé. Les modalités se trouvent à la fin du document.
- Vous trouverez toutes les informations concernant le statut social en consultant [notre site internet](#).

**II. Vos données :**

<b>Votre numéro INAMI :</b>	.....
<b>Votre nom et prénom :</b>	.....
<b>Votre adresse e-mail :</b>	.....
<b>Votre numéro de téléphone :</b>	.....

**III. Votre contestation :**

**Que contestez-vous et quelles sont les raisons de votre contestation ?**

*Attention : afin d'être déclarée fondée, veuillez joindre en annexe une ou plusieurs preuves justifiant votre contestation. Veuillez consulter les types possibles de preuves à apporter dans l'annexe de ce formulaire.*

**Nombre de preuves annexées :**

**Montant de la prime auquel vous prétendez :**      **5.546,26 €**      **2.616,30 €**      **Autre :**

***Veuillez compléter / signer chaque page du document.***

**IV. Votre déclaration :**

Par la signature du présent formulaire, je déclare que les renseignements communiqués dans les parties II et III sont corrects et je joins les documents motivant ma contestation.

Date :

Signature :

À imprimer et à signer ou à [signer électroniquement](#)

**V. Comment envoyer ce formulaire ?**

Par pli postal **recommandé** dans les **60 jours** à compter de la date de la notification de la décision :

INAMI, Service des soins de santé  
KLAVVIDT, section médecins-dentistes/section pharmaciens  
Avenue Galilée, 5/01 1210 BRUXELLES

***Veillez compléter / signer chaque page du document.***

**Annexe : Tableau non-exhaustif de motifs potentiels et des preuves à apporter.**

**Cette liste et ces instructions sont indicatives, aucun droit ne peut en découler.**

Motif de la contestation	Nature de la preuve à apporter
<p><i>Je dispose d'au moins un contrat garantissant des revenus de remplacement en matière d'invalidité ou de conventions de pensions établi auprès d'une institution d'assurances. Ce contrat a commencé au plus tard le 31 décembre 2023.</i></p> <p><i>Je n'ai plus le contrat mentionné ci-dessus car j'ai pris ma pension de retraite légale au plus tard le 31 décembre 2023.</i></p>	<p><i>Prévenez nous que vous avez un contrat et contactez votre assureur pour qu'il l'intègre dans votre dossier en ligne. <b><u>Nous ne pouvons pas le faire à sa place.</u></b></i></p> <p><i>Vous devez nous transmettre votre numéro de compte via <a href="#">ProSanté</a> ou en renvoyant le formulaire ad hoc par recommandé.</i></p>
<p><i>J'atteins le seuil d'activité correspondant au montant de prime auquel je prétends.</i></p>	<p><i>Vous avez plusieurs possibilités :</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li><i>1. Si vos prestations (en tout ou en partie) ont été légalement comptabilisées au nom d'un tiers (par exemple dans un service hospitalier, etc.), transmettez-nous <b>une preuve écrite</b> de cette construction et <b>déclaration sur l'honneur du tiers responsable afin de vous attribuer la part des prestations</b> pour l'entièreté de l'année de la prime.</i></li><li><i>2. Si vous fournissez des prestations qui sont couvertes par l'assurance soins de santé obligatoire, mais qui ne sont pas comptabilisées en votre nom propre ou au nom d'un autre médecin (par exemple dans une maison médicale) ou si vous collaborez avec l'assurance soins de santé obligatoire pour remplir des tâches cliniques que cette assurance n'assume pas, mais qui contribuent à l'exécution de ces tâches (par exemple une activité d'hygiéniste), transmettez-nous <b>une preuve écrite du nombre d'heures d'activité.</b></i></li></ol>
<p><i>J'ai des jours d'inactivité qui peuvent être pris en compte pour le calcul du seuil d'activité me permettant d'obtenir la prime, sans que le total de ces périodes ne couvrent la totalité de l'année de prime.</i></p>	<p><i>Pour ce qui est de l'inactivité professionnelle prévue à l'article 7, §2 de l'arrêté royal du 5 mai 2020, <b>cette preuve écrite</b> est composée d'une copie de la reconnaissance de l'incapacité de travail par le médecin-conseil, l'assureur-loi ou le Fond des maladies professionnelles, d'une attestation de l'employeur ou de la mutualité pour autant que ces données ne soient pas déjà déclarées par l'INAMI dans la demande.</i></p>
<p><i>Ma demande a été introduite par voie postale dans les délais.</i></p>	<p><i>Preuve envoi recommandé</i></p>