|  |  |
| --- | --- |
|  | **Demande de conclusion d’un accord de paiement forfaitaire**  |

|  |
| --- |
| 1. **Vos données en tant que personne de contact avec l’INAMI :**
 |
| **Vos nom et prénom:** |   |
| **Votre numéro national:***(Vous trouverez ce numéro au verso de votre carte d’identité. Vous n’êtes pas inscrit au registre national? Veuillez alors préciser votre numéro bis)* | ……………………………………………………………………………………………………………… |
| **Votre numéro INAMI:***(A remplir si vous êtes un professionnel de la santé et que vous avez un numéro INAMI)* |   |
| **Votre adresse email:** | ……………………………………………………………………………………………………………… |
| **Votre adresse de contact:** |

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

Rue, N°, Bte:  Code postal, localité:  |

|  |
| --- |
| 1. **Nom et adresse de la future maison médicale au forfait :**
 |
| **La dénomination de votre maison médicale:** |   |
| **Le numéro BCE de votre maison médicale:***(A compléter si votre maison médicale a une personnalité juridique)* |   |
| **L’adresse de votre maison médicale:** |

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

Rue, N°, Bte:  Code postal, localité:  |
| **Adresse email de votre maison médicale:***(Adresse email à laquelle votre maison médicale peut être contactée)* |   |
| **Numéro de téléphone de votre maison médicale:***(Numéro de téléphone auquel votre maison médicale peut être contactée)* |   |

*Veuillez également remplir et signer le verso de ce formulaire*

|  |
| --- |
| 1. **La composition de votre maison médicale** (\*)**:**
 |
|  | **Profession** | **Nom et prénom du dispensateur** | **Numéro INAMI du dispensateur** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |

*(\*) Si cette liste n’est pas assez longue, vous pouvez y annexer une liste complémentaire similaire*

|  |
| --- |
| 1. **Zones géographiques où les soins sont couverts :**

  |
| *
*
 | *
 |

|  |
| --- |
| 1. **Date souhaitée pour le début du système forfaitaire :**

  |
|   |

|  |
| --- |
| 1. **Votre déclaration en qualité de personne de contact de la maison médicale :**
 |
| En signant ce formulaire, je déclare que les données transmises sont correctes et que tous les dispensateurs de soins repris dans le point III. ci-dessus ont été informés de l’introduction de cette demande de conclusion d’un accord de paiement forfaitaire. Date : Signature : |

|  |
| --- |
| 1. **Comment nous transmettre la demande?**
 |
| Par e-mail (document numérisé) à la section Maison Médicale à l’attention du Président de la Commission : | mh-mm@riziv-inami.fgov.be |