|  |  |
| --- | --- |
|  | **Demande d’inscription par l’INAMI** **à la Banque-carrefour des entreprises (BCE) de certains dispensateurs de soins en tant que percepteurs étrangers via reçu-attestation de soins**  |

|  |
| --- |
| 1. **Conditions d’inscription par l’INAMI** :
 |
| **L’INAMI initie l’inscription à la BCE pour un groupe cible restreint spécifique de dispensateurs de soins qui n’ont pas accès à cette inscription par le canal habituel.** **Conditions cumulatives d’inscription via l’INAMI :*** **Vous disposez d’un numéro INAMI** en tant que dispensateur de soins
* **Vous exercez une activité professionnelle indépendante en tant que dispensateur de soins en Belgique et vous percevez via des attestations de soins des honoraires « en personne physique » ou « en société »**
* **Votre adresse de domicile (si vous percevez des honoraires comme « personne physique ») ou l’adresse de votre siège social (si vous percevez des honoraires « en société ») ne se situe pas en Belgique**
* **Vous n’avez pas non plus d’unité d’établissement en Belgique** (\*)
* **Vous n’avez pas déjà obtenu un numéro BCE par un autre canal d’initiation en lien avec votre activité de dispensateur de soins en Belgique.**

*(\*) Toutes les entités qui disposent en Belgique d’une unité d’établissement doivent s’adresser à un guichet d’entreprise de leur choix* |

|  |
| --- |
| 1. **Données de l’entité à inscrire** :
 |
| **Identification de l’entité:***(Il s’agit du type d’entité qui perçoit pour votre activité des honoraires via des reçus-attestations de soins; si le type = “personne physique” nous avons besoin de votre numéro de registre bis, si le type = “personne morale” nous avons besoin de la dénomination, les données d’adresse, la langue et les statuts de votre entité)*  |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Personne physique* Votre numéro de registre bis:

***Ou*** |  |
| [ ]  Personne morale* Dénomination:

 Rue, n°, (boîte):  Code postal, commune:  Pays:   Langue (NL/FR/DE/EN ou Autres):  Statuts: *Veuillez joindre une copie des statuts à ce formulaire*  |  |

 |
| **Date de début de l’entité en Belgique :***(Il s’agit de la date à partir de laquelle vous exercez votre activité en Belgique et pour laquelle vous percevez des honoraires via des reçus-attestations de soins)* |   |

*Veuillez aussi compléter le verso du présent document et le signer*

|  |
| --- |
| 1. **Vos données personnelles:**
 |
| **Votre nom :** |   |
| **Votre prénom :** |   |
| **Votre nationalité :** |   |
| **Votre numéro INAMI :***Ce numéro vous a été attribué par l’INAMI au moment de votre inscription à l’INAMI et est composé de 11 chiffres)* |   |

|  |
| --- |
| 1. **Votre déclaration :**
 |
| *En signant cette demande d’inscription, vous déclarez que les renseignements complétés sont corrects et que vous remplissez les conditions d’inscription du point I.*Date : Signature : |

|  |
| --- |
| 1. **Comment envoyer ce formulaire ?**
 |
| Transmettez cette demande à l’INAMI par e-mail (document scanné) à KBO-BCE@riziv-inami.fgov.be |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| https://encrypted-tbn2.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcRoUOQwUzFUK3IcYRJdVnmyAl-n-PncN_OpTIpmAVDXDwENDio8TglBHQ | * + Vous trouverez plus d’infos concernant l’obtention d’un numéro INAMI en tant que dispensateur de soins sur le site web [www.inami.be](http://www.riziv.be) > Professionnels > Votre groupe professionnel
	+ Vous trouverez plus d’infos sur la commande des attestations de soins donnés sur le site web de Medattest >  <https://www.medattest.be/site/fr/applications/Riziv/index.html>
 |