|  |  |
| --- | --- |
|  | **Demande d’extension de l’offre de soins d’une maison médicale au forfait** |

|  |
| --- |
| 1. **Vos données en tant que personne de contact avec l’INAMI :**
 |
| **Vos nom et prénom:** | ……………………………………………………………………………………………………………… |
| **Votre numéro INAMI:***(A remplir si vous êtes un professionnel de la santé et que vous avez un numéro INAMI)* | ……………………………………………………………………………………………………………… |
| **Votre adresse email:** | ……………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| 1. **Les données de votre maison médicale au forfait :**
 |
| **La dénomination de votre maison médicale:** | ……………………………………………………………………………………………………………… |
| **Le numéro INAMI de votre maison médicale:** | ……………………………………………………………………………………………………………… |

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

|  |
| --- |
| 1. **L’extension de l’offre de soins dans votre maison médicale :**
 |
| Nouvelle discipline de soins demandée :

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| [ ]  [ ]   | La kinésithérapieL’art infirmier |

 |
| Données d’identification des dispensateurs de soins au sein de la nouvelle discipline de soins demandée :*(\*) (Si cette liste n’est pas assez longue, vous pouvez y annexer une liste complémentaire similaire)* |
|  | **Profession** | **Nom et prénom du dispensateur** | **Numéro INAMI du dispensateur** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **Votre déclaration en tant que personne de contact:**
 |
| En signant ce formulaire, je déclare que les données transmises sont correctes et que tous les dispensateurs de soins au sein de la maison médicale ont été informés de l’introduction de cette demande d’extension de l’offre de soins. Je joins à ce formulaire le tableau reprenant la continuité des soins. 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 |