

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE - INVALIDITE

SERVICE DES SOINS DE SANTE

Direction chargée des relations avec les dispensateurs de soins

211, avenue de Tervuren 1150 Bruxelles Tél : 02-739.74.79

Nom et prénom.....

Numéro du Registre national.....

Numéro INAMI.....

Adresse de contact.....

Téléphone ou GSM.....

Vous êtes inscrit(e) dans notre fichier des dispensateurs de soins, et nous aimerions savoir si vous exercez toujours une activité dans le cadre de l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé ; en d'autres mots avez-vous besoin de votre numéro INAMI que ce soit en tant que salarié(e) (le demander éventuellement à votre employeur) ou en tant qu'indépendant(e) ?

Ce formulaire doit nous être retourné **avant le 1^{er} février 2010** ; passé ce délai votre dossier sera **clôturé**. Nous attirons votre attention sur le fait qu'un dossier clôturé peut toujours être réactivé sur simple demande du dispensateur.

Nous vous demandons donc de bien vouloir nous préciser si votre numéro INAMI vous est nécessaire actuellement pour la facturation de vos prestations.

- oui
- non

Dans le cas où vous avez besoin de votre numéro pour travailler, nous aimerions savoir si vous pratiquez
(Attention : selon votre situation il est possible de cocher plus d'une case)

1. comme salarié(e) dans

- un cabinet de praticien de l'art infirmier situé dans un hôpital ou une polyclinique
- une institution de soins
 - résidence de personnes handicapées,
 - maison de convalescence ;
 - centre de jour pour personnes âgées...
- un service de soins à domicile
- autres.....

2. En tant que salarié(e)

- à temps plein
- à trois-quarts temps
- à mi-temps
- autre (à préciser).....

3. comme indépendant(e)

- à titre principal
- à titre complémentaire

4. Comme indépendant(e) dans

- votre propre cabinet de praticien de l'art infirmier
- une institution de soins
 - résidence de personnes handicapées,
 - maison de convalescence ;
 - centre de jour pour personnes âgées...
- un service de soins à domicile
- au domicile des patients, hors services de soins
- autres.....

Signature.....

Le.....