|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
| **I N A M I** |  | | |  |
|  |
| Institut National d'Assurance Maladie•Invalidité |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
| **SOINS DE SANTE** | | | | |
|  | | |  |  |
| **Correspondant :** Direction médicale –  Section implants | | | | **Circulaire aux fournisseurs** |
|  | | | | **d'implants** |
| **Tél.:**  02/739 77 00 | | **Fax :** 02/739 71 74 | | **2017/01** |
| **E-mail :** implant@inami.fgov.be | | | |  |
|  | | | | **Bruxelles, le 3 janvier 2018** |
|  | | | |  |

**Premier avenant à la convention nationale U/2014 et adhésion à la Convention nationale**

Madame, Monsieur,

La Commission de convention entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs a approuvé le 1er avenant à la Convention nationale du secteur lors de sa réunion du 26 octobre 2017.

Cet avenant entrera en vigueur le **1er janvier 2018**.

**Le texte de la convention et du 1er avenant se trouvent sur le site Internet** [**http://www.inami.fgov.be**](http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/convention_fournisseurs_implants_mutualites.pdf) **(Professionnels > Professionnels de la santé > Fournisseurs d’implants).**

Si vous ne souhaitez pas changer votre statut de conventionnement suite à cet avenant, vous ne devez pas entreprendre d’actions administratives :

* Vous avez adhéré à la convention U/2014 et vous souhaitez maintenir cette adhésion ? Vous ne devez alors rien faire.
* Vous n’avez pas adhéré à la convention et vous ne souhaitez toujours pas adhérer après cet avenant ? Vous ne devez rien faire.

Si vous souhaitez changer votre statut de conventionnement, vous devez nous le communiquer dans les 30 jours suivant la date de la présente circulaire :

* Si vous n’avez pas encore adhéré à la convention, je vous invite à renvoyer le formulaire d’adhésion qui figure à la dernière page de la convention, dûment complété et signé.
* Si vous ne souhaitez plus maintenir votre adhésion à la convention, vous le notifiez via une déclaration écrite à envoyer à l’adresse sous-mentionnée.

I.N.A.M.I.

Service des soins de santé

Section Fournisseurs d'implants

avenue de Tervueren 211

1150 Bruxelles

⯐ ⯐ ⯐

Je vous remercie de votre collaboration au système d'assurance soins de santé.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. De Ridder

Directeur général