|  |  |
| --- | --- |
|  | **Demande d’inscription**  **en tant qu’ergothérapeute à l’INAMI** |

|  |
| --- |
| 1. **Conditions d’inscription** : |
| * **Vous êtes agréé(e) en tant qu’ergothérapeute par la Communauté compétente.** * **Vous avez reçu un visa du SPF Santé publique.** * **Vous vous engagez à vous conformer aux dispositions réglementaires pour attester des prestations d’ergothérapie et vous respectez les honoraires fixés pour ces prestations (\*)**   ***(\*) article 5 de l’arrêté royal du 19 novembre 2010 modifiant l’arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation*** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Vos données :** | |
| **Votre nom :** |  |
| **Votre prénom :** |  |
| **Votre numéro de registre national :**  *(Vous trouverez ce numéro au dos de votre carte d’identité. Vous n’êtes pas inscrit au registre national ? Indiquez alors votre numéro Bis)* |  |
| **Votre numéro de visa :**  *(Vous trouverez ce numéro sur le visa que vous avez reçu du SPF Santé publique)* |  |
| **Votre e-mail:**  *(Adresse mail où nous pouvons vous contacter)* |  |
| **Votre adresse de contact :**  *(Adresse postale où nous pouvons vous contacter : adresse* ***en Belgique*** *+ le cas échéant le nom de l’institution si vous exercez dans une institution et que vous l’indiquez comme adresse de contact)* | Rue, n°, boîte :    Code postal, commune :  Nom institution : |

*Prière de compléter aussi le verso de ce formulaire et de le signer*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Votre adresse professionnelle principale :**  *(Adresse où vous exercez votre activité principale en tant qu’ergothérapeute + le cas échéant le nom de l’institution si vous exercez dans une institution)* | |  |  | | --- | --- | | Votre adresse professionnelle principale = Votre adresse de contact (voir ci-dessus) |  | | autre adresse : |  |   Rue, n°, boîte :    Code postal, commune :  Nom institution : |

|  |
| --- |
| 1. **Votre déclaration :** |
| *En signant cette demande d’inscription, vous déclarez que les données complétées sont correctes et que vous remplissez les conditions d’inscription du point I.*  Date :  Signature :  *(À imprimer et à signer. Préférez-vous signer électroniquement ? Alors, veuillez convertir ce document en format PDF après avoir complété correctement toutes les données. Ensuite, optez pour Outils > Certificats > Signature numérique et signez électroniquement au moyen de votre code PIN).* |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Comment envoyer ce formulaire ?** | |
| **De préférence par e-mail (document scanné):**  *Ou*  **Par la poste :** | [ergofr@riziv-inami.fgov.be](mailto:ergofr@riziv-inami.fgov.be)  INAMI, Service des Soins de santé  Section Ergothérapeutes  Avenue Galilée 5/01  1210 BRUXELLES |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| [https://encrypted-tbn2.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcRoUOQwUzFUK3IcYRJdVnmyAl-n-PncN_OpTIpmAVDXDwENDio8TglBHQ](https://www.google.be/imgres?imgurl=http://www.stadtmarketing-amberg.de/wp-content/uploads/info.gif&imgrefurl=http://www.stadtmarketing-amberg.de/eine-seite/einkaufsfuhrer/&docid=2ESUIcAgl24aKM&tbnid=FsUav2SNG-VyEM&w=450&h=450&ei=y3l8VPnhD8jfaLjvgpAM&ved=0CAYQxiAwBA&iact=c) | Vous trouverez plus d’informations sur l’exercice de votre profession (la nomenclature des prestations d’ergothérapie, les honoraires et montants de l’intervention de l’assurance, la commande d’attestations,…) sur notre site internet [www.inami.be > Professionnels > Ergothérapeutes](http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/ergotherapeutes/Pages/default.aspx) |