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

|  |
| --- |
| 1. **Conditions d’inscription** :
 |
| **Vous détenez** un des titres visés à l’article 18,1° et 2° de l’arrêté royal du 21 décembre 2006 relatif à la compétence professionnelle pour l’exercice des activités indépendantes relatives aux soins d’opticien**.**Les titres qui sont acceptés pour la preuve de la compétence professionnelle d’opticien sont :1. Les titres relatifs à l’optique ou à l’optométrie, délivrés par :
* l’enseignement secondaire de plein exercice après avoir terminé la troisième année du troisième degré ou une septième année, ainsi que l’enseignement spécialisé de la forme 4 qui est équivalent à celui-ci;
* l’enseignement de promotion sociale et l’enseignement pour adultes, dont le niveau est au moins équivalent au troisième degré de l’enseignement de secondaire de plein exercice;
* l’enseignement en alternance, dans le cadre d’un engagement à temps plein et à condition que les leçons et l’expérience professionnelle aient été suivies fructueusement ;
* l’enseignement des Classes moyennes, notamment la formation de chef d’entreprise ;
* l’enseignement supérieur ;
1. Le certificat du jury central du Service public fédéral Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie relatif à la compétence professionnelle fixée à l’article 17 de l’arrêté royal du 21 décembre 2006

**Joignez au présent formulaire une copie du titre que vous détenez.** |

|  |
| --- |
| 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 e-mail :***(Adresse mail où nous pouvons vous contacter)* |   |

***Voir page suivante***

|  |  |
| --- | --- |
| **Votre adresse de contact :***(Adresse* ***postale*** *où nous pouvons vous contacter : adresse* ***en Belgique****)* | Rue, n°, boîte :  Code postal, commune :   |

|  |  |
| --- | --- |
| **Votre adresse professionnelle principale :***(Adresse* ***en Belgique*** *où vous exercez votre activité en tant qu’opticien + le cas échéant le nom de l’entreprise si vous exercez au sein d’une entreprise)* | Rue, n°, boîte :  Code postal, commune : Nom de l’entreprise : Numéro BCE de l’entreprise : Numéro de l’unité d’établissement :  |
| **Adresse professionnelle supplémentaire (si d’application) :** | Rue, n°, boîte :  Code postal, commune : Nom de l’entreprise : Numéro BCE de l’entreprise : Numéro de l’unité d’établissement :  |

***Voir page suivante***

|  |  |
| --- | --- |
| **Adresse professionnelle supplémentaire (si d’application) :** | Rue, n°, boîte :  Code postal, commune : Nom de l’entreprise : Numéro BCE de l’entreprise : Numéro de l’unité d’établissement :  |
| **Adresse professionnelle supplémentaire (si d’application) :** | Rue, n°, boîte :  Code postal, commune : Nom de l’entreprise : Numéro BCE de l’entreprise : Numéro de l’unité d’établissement :  |
| **Adresse professionnelle supplémentaire (si d’application) :** | Rue, n°, boîte :  Code postal, commune : Nom de l’entreprise : Numéro BCE de l’entreprise : Numéro de l’unité d’établissement :  |

***Voir page suivante***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vos données de convention :** |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Vous adhérez sans restriction à la [Convention nationale entre les opticiens et les organismes assureurs (Z2018)](https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/convention_opticiens_mutualites.pdf) **Important :** Si vous exercez **au sein d'une entreprise dont vous n’êtes pas le chef**, vous devez joindre au présent formulaire un **mandat** du chef de cette entreprise vous autorisant à prendre les engagements prévus dans la convention. |  |
| [ ]  Vous n’adhérez **pas** à la convention mentionnée ci-dessus. |  |

 |

|  |
| --- |
| 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.**Si vous adhérez à la Convention nationale entre les opticiens et les organismes assureurs (voir point II), vous êtes tenu de vous conformer aux dispositions de cette convention à partir de la date de votre inscription.*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 :** | opticienfr@riziv-inami.fgov.beINAMI, Service des Soins de santéSection opticiensAvenue Galilée 5/011210 BRUXELLES |
| **N’oubliez pas de joindre au présent formulaire :**- Une copie du **titre** de compétence d’opticien que vous détenez (parmi la liste du point I).- Si vous exercez au sein **d'une entreprise** dont vous n’êtes pas le chef, un **mandat** du chef de cette entreprise vous autorisant à prendre les engagements prévus dans la convention.- Si vous exercez en tant qu’**indépendant**, une copie de votre inscription à la **Banque carrefour des entreprises**.- Si vous exercez en tant que **salarié**, une **attestation d’occupation**, rédigée et signée par votre employeur. |

|  |  |
| --- | --- |
| https://encrypted-tbn2.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcRoUOQwUzFUK3IcYRJdVnmyAl-n-PncN_OpTIpmAVDXDwENDio8TglBHQ | Vous trouverez plus d’informations sur l’exercice de votre profession (la nomenclature des prestations d’opticien, les honoraires et montants de l’intervention de l’assurance, la commande d’attestations, la convention nationale,…) sur notre site internet [www.inami.be > Professionnels > Opticiens](https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/opticiens/Pages/default.aspx) |