

INAMI

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

SOINS DE SANTE

Correspondant :

Tél. : 02/739.74.79

E-mail : kine@inami.fgov.be

Nos références : 1250/OMZ-CIRC/KINE-15-01F

Website : www.inami.be

Bruxelles, le 23 février 2015

Circulaire aux kinésithérapeutes 2015/01

1. **Nouvelle convention nationale (M/15) à partir du 1er janvier 2015 (annexe 1)**
2. **Adhésion à la convention nationale (annexe 2)**
3. **Informations pratiques**

Madame, Monsieur,

1. Nouvelle convention nationale (M/15) à partir du 1^{er} janvier 2015 (annexe 1)

Le 22 janvier 2015, la Commission de conventions kinésithérapeutes-organismes assureurs a conclu une nouvelle convention nationale (M/15) qui prend cours le 1^{er} janvier 2015. Celle-ci est valable jusqu'au 31 décembre 2015.

Cette nouvelle convention comprend, à partir du 1^{er} janvier 2015, les priorités suivantes :

1. PRESTATIONS AU DOMICILE DU BENEFICIAIRE

La Commission de conventions prendra sur avis du Conseil technique de la kinésithérapie, les mesures nécessaires pour permettre au kinésithérapeute de juger, en fonction de ses propres compétences et de son expérience professionnelle, si des soins doivent être effectués en son cabinet ou au domicile du bénéficiaire. La Commission se basera pour cela sur un projet d'adaptation de la nomenclature du Conseil technique de la kinésithérapie.

2. AVANTAGES SOCIAUX

La Commission de conventions s'engage à ce que, pendant la durée de cette convention, les critères d'obtention des avantages sociaux soient revus selon un principe fixant des montants différents en fonction de seuils d'activités.

3. HARMONISATION DES QUOTES-PARTS PERSONNELLES

La Commission de conventions va effectuer une étude ayant comme but une harmonisation des quotes-parts personnelles dans les limites budgétaires disponibles. Le résultat de cette étude doit être effectué dans un cadre budgétairement neutre.

4. PERCEPTION DE LA QUOTE-PART PERSONNELLE

La Commission de conventions poursuivra la procédure concernant la perception de la quote-part personnelle prévue aux articles 8 et 9 de la présente convention.

5. « OUTLIERS »

La Commission de conventions va évaluer les moyens supplémentaires qui sont dégagés par la mesure « outliers » telle que prévue à l'article 7, §19 de la nomenclature entrée en vigueur le 1^{er} mai 2014.

2. **Adhésion à la convention nationale M/15 (annexe 2)**

1. Si vous avez adhéré à la convention M/13 et que vous souhaitez adhérer aussi à la convention M/15, vous ne devez rien faire ;
2. Si vous n'êtes pas encore conventionné(e), je vous invite à adhérer à la convention nationale en renvoyant la formule d'adhésion M/15 (en annexe 2), dûment complétée et signée à l'adresse mentionnée ci-dessous ;
3. Vous envoyez, dans les trente jours après la date de la présente lettre circulaire, une déclaration écrite à l'adresse mentionnée ci-dessous si vous ne voulez pas maintenir votre adhésion à la convention ou si vous n'étiez pas conventionné(e) et que vous ne souhaitez pas adhérer, non plus, à la convention nationale M/15 ;

INAMI
Service soins de santé
Section kinésithérapeutes
Avenue de Tervuren 211
1150 BRUXELLES

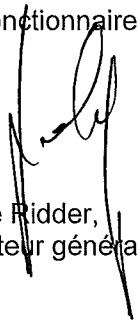
3. **Informations pratiques**

Nous vous rappelons qu'un Call center chargé des relations avec les kinésithérapeutes est accessible au 02/739.74.79, lundi et jeudi de 13 à 16 heures et mardi, mercredi et vendredi de 9 à 12 heures. Nous vous recommandons de vous identifier lors de votre appel, en introduisant votre numéro INAMI afin d'être dirigé plus rapidement vers le collaborateur compétent et ainsi de faciliter le traitement de votre dossier.



Je vous remercie pour la collaboration que vous apportez au système d'assurance soins de santé et vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Le Fonctionnaire dirigeant



H. De Ridder,
Directeur général.

Annexes : 2

M/15

Annexe 1

**Institut national d'assurance
maladie-invalidité**

Avenue de Tervueren 211
1150 Bruxelles
☎ 02/739 71 11

**Service des soins
de santé**

**CONVENTION NATIONALE
ENTRE LES KINESITHERAPEUTES ET LES ORGANISMES ASSUREURS**

Lors de la réunion de la Commission de conventions entre les kinésithérapeutes et les organismes assureurs du 22 janvier 2015, sous la Présidence de Monsieur Alain GHILAIN, Conseiller général, délégué à cette fin par Monsieur Henri DE RIDDER, Fonctionnaire Dirigeant, il a été convenu ce qui suit entre :

d'une part,

les organismes assureurs ;

et d'autre part,

- AXXON, Physical Therapy in Belgium.

Article premier. La présente convention définit, en ce qui concerne les honoraires et les modalités de leur paiement, les rapports entre les kinésithérapeutes et les bénéficiaires de l'assurance, tels qu'ils sont définis par la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 2. Les honoraires sont dus pour toute prestation figurant à la nomenclature établie par le Roi en application de l'article 35 de la loi susvisée et à la condition que le kinésithérapeute qui l'a pratiquée ait la qualification requise, conformément aux indications de ladite nomenclature.

Art. 3. § 1 La Commission de conventions prend acte du montant de l'objectif budgétaire partiel pour l'année 2015, fixé par le Conseil général à 692.928 milliers d'euros et fixe les priorités suivantes. Les moyens qui seront dégagés par ces priorités peuvent être utilisés au sein du secteur.

1. PRESTATIONS AU DOMICILE DU BENEFICIAIRE

La Commission de conventions prendra sur avis du Conseil technique de la kinésithérapie, les mesures nécessaires pour permettre au kinésithérapeute de juger, en fonction de ses propres compétences et de son expérience professionnelle, si des soins doivent être effectués en son cabinet ou au domicile du bénéficiaire. La Commission se basera pour cela sur un projet d'adaptation de la nomenclature du Conseil technique de la kinésithérapie.

2. AVANTAGES SOCIAUX

La Commission de conventions s'engage à ce que, pendant la durée de cette convention, les critères d'obtention des avantages sociaux soient revus selon un principe fixant des montants différents en fonction de seuils d'activités.

3. HARMONISATION DES QUOTES-PARTS PERSONNELLES

La Commission de conventions va effectuer une étude ayant comme but une harmonisation des quotes-parts personnelles dans les limites budgétaires disponibles. Le résultat de cette étude doit être effectué dans un cadre budgétairement neutre.

4. PERCEPTION DE LA QUOTE-PART PERSONNELLE

La Commission de conventions poursuivra la procédure concernant la perception de la quote-part personnelle prévue aux articles 8 et 9 de la présente convention.

5. « OUTLIERS »

La Commission de conventions va évaluer les moyens supplémentaires qui sont dégagés par la mesure « outliers » telle que prévue à l'article 7, §19 de la nomenclature entrée en vigueur le 1^{er} mai 2014.

§2 A partir du 1^{er} janvier 2015, la valeur du facteur de multiplication M est fixée à :

- 0,927692 pour les prestations, 560011, 560092, 560114, 560195, 560210, 560291, 560313, 560394, 560501, 560652, 560733, 560770, 560851, 560895, 560976, 561094, 561595, 561610, 561632, 561654, 561702, 563010, 563091, 563113, 563194, 563216, 563290, 563312, 563393, 563614, 563695, 563710, 563791, 563813, 563894, 563916, 563990, 564211, 564270, 564292, 564314, 564336 ;
- 0,920270 pour les prestations 562332, 562354, 562376, 562391, 639656, 639671, 639693, 639715 ;
- 0,602500 pour les prestations, 560523, 561260 ;
- 0,451250 pour les prestations 560055, 560151, 560254, 560350, 563054, 563150, 563253, 563356, 563651, 563754, 563850, 563953 ;
- 0,826875 pour les prestations 560416, 560571, 561131, 561352, 561676, 563415, 563496, 564012, 564093, 564351, 564373, 564395, 564432, 564550, 564572, 564631, 564653 ;
- 0,912081 pour les prestations 561190, 563474, 564071, 564454, 564491, 564616, 561411, 563555, 564152
- 0,456250 pour les prestations 563452, 563533, 564056, 564130, 564594, 564675, ;
- 0,722500 pour les prestations 560534, 560545, 561315, 561326, 561713, 561724, 563570, 563581, 564174, 564185 ;
- 0,410000 pour les prestations 560453, 560615, 564410 ;
- 0,612500 pour les prestations, 561551, 561562 ;
- 0,927500 pour les prestations 561013, 561245 ;
- 0,639167 pour les prestations 561433, 561455, 561470, 561492, 561540 ;
- 0,510833 pour les prestations 561514, 564535, 561573
- 1,063333 pour la prestation 564255 ;
- 0,745632 pour les prestations 639494, 639516, 639531, 639553, 639575, 639601, 639612, 639623, 639634, 639811 ;
- 0,480544 pour les prestations 639730, 639752, 639833 ;
- 0,717105 pour les prestations 639774, 639785 ;
- 0,885247 pour les prestations 560711, 560836, 560954, 561072, 563076, 563172, 563275, 563371, 563673, 563776, 563872, 563975 ;
- 0,805209 pour les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 561304, 562413, 562435, 562450, 562472, 564476, 639332, 639354, 639376, 639391, 639413, 639446, 639450, 639461, 639472, 639796 ;
- 0,587500 pour les prestations 560696, 560814, 560932, 561050, 561282 ;
- 0,470000 pour les prestations 561175, 561396, 564513 ;
- 0,578333 pour la prestation 564233.

Les honoraires des certaines prestations à domicile : 560313, 560350, 560394, 561013, 561094, 561116, 561654, 562391, 563312, 563356, 563393, 563916, 563953, 563990, 564211, 564336, 639391, 639553 et 639715 sont déterminés comme suit :

(coefficient qui exprime la valeur relative) x (valeur du facteur M)

+

1 x (valeur du facteur E fixée à 0,38 EUR au 1^{er} janvier 2015)

La partie des honoraires égale à 1 E correspond à un supplément forfaitaire pour les frais de déplacement.

Les honoraires de la prestation à domicile 562472 est déterminé comme suit :
(coefficient qui exprime la valeur relative) x (valeur du facteur M)

+

2 x (valeur du facteur E fixée à 0,38 EUR au 1^{er} janvier 2015)

La partie des honoraires égale à 2 E correspond à un supplément forfaitaire pour les frais de déplacement.

Art. 4. § 1^{er}. Le kinésithérapeute s'engage à respecter les taux des honoraires fixés à l'article 3 pour les prestations prévues à l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé, sauf pour les prestations numéros 560055, 560151, 560254, 560350, 560453, 560615, 563054, 563651, 563150, 563754, 563253, 563850, 563356, 563953, 563452, 564056, 563533, 564130, 564410, 564594, 564675 pour lesquelles il peut déroger aux taux desdits honoraires sans pour autant dépasser les honoraires prévus pour les séances qui rencontrent les limitations prévues aux §§ 10 et 14 de l'article 7 de la nomenclature (560011, 560114, 560210, 560313, 560416, 560534, 560571, 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496, 563570, 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093, 564174, 564395, 564572, 564631).

En cas de modification de la nomenclature, la Commission de conventions établira la liste des prestations de la nouvelle nomenclature qui correspondent aux prestations de la liste mentionnée dans la phrase précédente. Cette nouvelle liste est approuvée avec le même quorum de votes que celui qui est nécessaire à la conclusion d'une convention.

§ 2. Il peut également déroger aux taux desdits honoraires en cas d'exigences particulières du bénéficiaire non hospitalisé, à savoir :

- lorsque, à la demande du bénéficiaire, la prestation doit être effectuée avant 8 heures ou après 19 heures ;
- lorsque, à la demande du bénéficiaire, le traitement est effectué le week-end ou un jour férié légal, sauf en cas de prescription expresse du médecin précisant que le traitement doit être effectué un des jours précisés ci-dessus ;

Le dispensateur informe le bénéficiaire avant le commencement du traitement, tel qu'il est défini au présent article, sur le montant des honoraires. En cas de litige, la charge de la preuve que l'information a été donnée incombe au dispensateur.

Cependant, si le kinésithérapeute fixe des heures de consultation à son cabinet ou, de sa propre initiative, donne des soins au domicile du bénéficiaire soit après 19 heures et avant 8 heures, soit durant le week-end, soit un jour férié légal, les honoraires ne peuvent être majorés pour ces prestations.

Le week-end commence le vendredi à 19.00 heures et se termine le lundi à 08.00 heures.

Art. 5. § 1^{er}. Le bénéficiaire paie lui-même les honoraires au kinésithérapeute.

§ 2. Toutefois, lorsqu'il s'agit de prestations visées à l'article 7, § 1^{er}, 1°, V, 2°, 3°, V, 4°, V, 5°, V et 6°, V de la nomenclature des prestations de santé, le dispensateur de soins visé à l'article 1^{er} peut opter pour l'application du système du tiers payant pour la partie des honoraires qui est à charge de l'organisme assureur. Dans ce cas, il le précise au moment de son adhésion ou en avise le Service des soins de santé par lettre recommandée. De même, il peut renoncer à l'option pour le tiers payant moyennant avis par lettre recommandée au Service des soins de santé, avec effet au 1^{er} jour du trimestre calendrier suivant la date de la lettre recommandée

§ 3. Si le dispensateur de soins visé à l'article 1^{er} a opté pour le système du tiers payant, ce mode de paiement est applicable aux bénéficiaires de tous les organismes assureurs et à l'ensemble des prestations effectuées visées à l'article 7, § 1^{er}, 1°, V, 2°, 3°, V, 4°, V, 5°, V et 6°, V de la nomenclature des prestations de santé.

Cependant, si le dispensateur exerce son activité dans différents liens de contrats qui lui imposent l'un ou l'autre système de paiement ou s'il exerce son activité dans les liens d'un contrat qui lui impose un système de paiement et comme indépendant, il peut appliquer des systèmes de paiement différents pour l'ensemble des prestations de chacun de ses secteurs d'activité. Cette situation est précisée dans les mêmes conditions que celles fixées au § 2.

§ 4. L'option pour le système du tiers payant prévue aux §§ 2 et 3 n'est pas applicable aux prestations effectuées selon les modalités de l'article 4.

§ 5. En outre, le dispensateur de soins visé à l'article 1^{er}, qu'il ait ou non opté pour le système du tiers payant, comme prévu aux §§ 2 et 3 du présent article, peut recourir à ce système de paiement, pour la partie des honoraires qui est à charge de l'organisme assureur, en faveur des cas énumérés à l'article 6, 2^e alinéa, 4°, 5° et 6° de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, alinéa 8, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Il pourra également recourir à ce système de paiement pour les prestations dispensées aux « patients palliatifs ».

Art. 6. § 1^{er}. Le kinésithérapeute s'engage à attirer l'attention du patient sur les conséquences des limitations prévues à l'article 7, §§ 10, 12, 13 et 14 de la nomenclature des prestations de santé ; en cas de litige, la charge de la preuve que l'information a été donnée incombe au dispensateur.

§ 2. Lorsque le dispensateur a opté pour le système du tiers payant conformément à l'article 5, § 2, il envoie les attestations de soins donnés chaque mois à chaque mutualité ou office régional de l'organisme assureur. L'envoi des attestations se fait au plus tard le 20 du mois suivant celui au cours duquel un traitement de kinésithérapie a été arrêté ou, lorsque le traitement porte sur une période de plus d'un mois, suivant celui au cours duquel le traitement a atteint 20 séances.

Simultanément sera remise au patient une facture, ou un document informatif sur lequel sera repris le montant de l'intervention de l'assurance et, le cas échéant, y seront mentionnés la quote-part personnelle ainsi que les autres montants qui seront portés en compte au patient en application de l'article 4.

§ 3. Les attestations sont accompagnées d'un état récapitulatif établi en deux exemplaires. Sur cet état sont mentionnés le nom et le numéro d'inscription des bénéficiaires, le montant des honoraires portés en compte à l'organisme assureur ainsi que le montant global à payer par l'organisme assureur. Cet état porte également les indications nécessaires à l'exécution du paiement.

§ 4. L'organisme assureur règle le montant du décompte mensuel avant la fin du mois suivant celui de l'introduction. Le montant du paiement tient compte des adaptations ou rectifications qui ont été apportées le cas échéant et qui sont notifiées au kinésithérapeute sur le double de l'état récapitulatif qui lui est envoyé. La Commission de convention veillera à ce que les organismes assureurs respectent les délais de paiements précités.

§ 5. Dans la mesure où les attestations ont été transmises dans les délais prévus au § 2, le non-paiement dans le délai prévu au § 4 donne droit à des intérêts moratoires dont le taux correspond au taux d'intérêt de la facilité de dépôt de la Banque Centrale européenne à la date d'expiration du délai de paiement.

Les intérêts moratoires sont calculés à partir du 1^{er} jour du troisième mois suivant celui de l'introduction du décompte mensuel visé au § 4.

Art. 7. Les prestations reprises au Chapitre III, section 3, de la nomenclature des prestations de santé donnent lieu, de la part de l'assurance, à une intervention fixée par l'article 7 de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour certaines prestations.

Art. 8. Sans préjudice des dispositions de l'article 37, § 17 de la loi, le kinésithérapeute s'engage à porter en compte la quote-part personnelle au bénéficiaire, dans au moins 85% des prestations attestées par lui. Dans ce cadre, le kinésithérapeute ne peut faire de distinction entre les bénéficiaires, ni sur la base de l'organisme assureur auxquels ils sont affiliés, ni sur la base du type de prestation.

Si les organismes assureurs, représenté valablement dans ce contexte par le président du Collège intermutualiste national, constate à la fin de la procédure de contrôle visée dans l'article 9, que le kinésithérapeute ne respecte pas cet engagement, la convention est, dans son chef, annulée de plein droit à partir du premier jour du deuxième mois suivant la notification de cette constatation. La date de la poste fait foi de la date de notification.

Art. 9. Les organismes assureurs rassemblent, d'une manière établie par la Commission de convention, du matériel chiffré sur un rapport possible entre la non-perception systématique de l'intervention personnelle et une moyenne importante de prestations par bénéficiaire.

Les organismes assureurs transmettent ces données de manière anonymisée à la Commission de convention. La Commission de convention détermine ensuite à partir de quel point les kinésithérapeutes individuels sont sélectionnés pour être contrôlés par les organismes assureurs dans le cadre d'une procédure contradictoire quant au respect de leurs engagements, notamment ceux repris à l'article 8.

En adhérant à la présente convention, le kinésithérapeute déclare reconnaître l'exactitude de ce matériel chiffré jusqu'à preuve du contraire, à fournir par lui.

Les organismes assureurs feront annuellement rapport à la Commission de convention du résultat de ce contrôle. À l'occasion de ces rapports, les organismes assureurs fournissent toutes les informations mises à disposition au cours de l'année écoulée et qui peuvent être utiles pour mieux maîtriser la problématique de la non-attestation de la quote-part personnelle.

Art 10. § 1^{er}. En cas de dépassement des honoraires fixés par la présente convention, le kinésithérapeute est tenu, sur décision de la Commission de convention, de verser à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, à titre de clause pénale, une indemnité égale à trois fois le montant de ce dépassement, avec un minimum de 125 EUR.

§ 2. En cas d'infraction autre que celle prévue au § 1^{er}, une indemnité forfaitaire de 125 EUR est due à titre de clause pénale, sur décision de la Commission de convention, soit à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, s'il s'agit d'une personne adhérant à la présente convention, soit à cette personne s'il s'agit d'un organisme assureur.

§ 3. En outre, la Commission de convention peut exclure de l'application du tiers payant pendant une période allant d'un mois à un an, un kinésithérapeute qui a commis des irrégularités ou des abus lors de l'application du système du tiers payant.

En cas de récidive dans un délai de cinq ans, cette exclusion peut être définitive.

Art. 11. § 1^{er}. L'objectif budgétaire pour les prestations de l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé est fixé sur base des dispositions légales et réglementaires en vigueur en la matière.

Conformément à l'article 51, § 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, aussitôt qu'il est constaté que l'objectif budgétaire annuel partiel est dépassé ou risque d'être dépassé, les parties appliquent des mécanismes de correction.

§ 2. Les mesures de correction sont sélectives et comportent entre autres une diminution des dépenses des prestations ayant contribué le plus au dépassement ou au risque précités. Les mesures comportent pour les prestations concernées une diminution des valeurs du facteur de multiplication M fixées à l'article 3. Ces valeurs sont diminuées au moins d'un pourcentage égal à celui du dépassement ou du risque précités, tel qu'il ressort des rapports établis trimestriellement dans le cadre de l'audit permanent des dépenses en soins de santé visé à l'article 51, § 4 de la loi coordonnée susvisée.

En cas de non-application, constatée par le Conseil général dans le mois qui suit la date prévue d'entrée en vigueur des économies structurelles visées au § 1^{er} de l'article 40 de la loi coordonnée susvisée ou de celles visées à l'article 18 de la loi coordonnée susvisée, une réduction automatique et immédiatement applicable des honoraires, prix ou autres montants ou des tarifs de remboursement sera alors appliquée d'office via circulaire aux dispensateurs et aux organismes assureurs le premier jour du deuxième mois qui suit la date d'entrée en vigueur des économies visées.

L'application de la diminution ou de la réduction automatique prévue aux deux premiers alinéas ne peut être invoquée ni par une des parties ayant conclu la convention, ni par le dispensateur individuel qui y adhère pour dénoncer cette convention ou cette adhésion.

Art. 12. La présente convention entre en vigueur le 1^{er} janvier 2015. Elle est valable jusqu'au 31 décembre 2015.

L'adhésion individuelle à la présente convention produit immédiatement ses effets et vaut pour la durée de la convention. Les kinésithérapeutes qui ont adhéré au texte proposé par le Comité de l'assurance sont, sauf manifestation contraire de leur volonté dans les trente jours suivant la date de l'envoi par le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité de la présente convention, censés maintenir leur adhésion à cette dernière.

En outre, la présente convention prend fin automatiquement et de plein droit dès l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention conclue au sein de la Commission de conventions kinésithérapeutes-organismes assureurs.

Si l'une des parties à la convention constate - preuves à l'appui - que les travaux prévus à l'article 3, §1^{er} ne progressent pas normalement, elle peut dénoncer la présente convention à tout moment dans le courant de la présente convention par l'envoi d'un message au Président de la Commission de conventions. Le Président met cette dénonciation à l'ordre du jour de la Commission de conventions qui suit le jour de la réception de ce message. Si la dénonciation est maintenue lors de cette séance de la Commission, la convention prend fin le premier jour du deuxième mois qui suit cette séance de la Commission.

Art. 13. Pour l'application de l'article 49, § 5 de la loi AMI coordonnée le 14 juillet 1994, le Comité de l'assurance doit constater si le quorum d'adhésions de 60% est atteint ou non. En vue de constater si le quorum visé ci-dessus est ou non atteint, le nombre de kinésithérapeutes auquel il faut rapporter le nombre de kinésithérapeutes ayant adhéré à la convention, est établi comme suit : nombre de kinésithérapeutes avec un profil de dispensateur pour l'année comptable 2013 (19.426) augmenté du nombre de kinésithérapeutes qui ont obtenu un numéro INAMI en 2014 (1.511).

Art. 14. Le kinésithérapeute qui adhère à la convention fait précéder son numéro du chiffre 1.

Fait à Bruxelles, le 22 janvier 2015.

Pour les organismes assureurs,

Pour l'organisation professionnelle
des kinésithérapeutes,

M/15

FORMULE D'ADHESION

Le (la) soussigné(e) (nom, prénoms)
 ayant sa résidence principale

..... (rue, n°, boîte)

..... (n° postal, commune)

.....(province ou Région de Bruxelles-Capitale)

inscrit(e), sous le n°.....

exerçant son activité à l'(aux) adresse(s) suivante(s) (1) :

activité principale :

autres :

déclare avoir pris connaissance de la présente convention et y adhérer sans restriction, et déclare par ailleurs – lorsqu'il s'agit des prestations visées à l'article 7, § 1^{er}, 1°, V, 2°, 3°, V, 4°, V, 5°, V et 6°, V de la nomenclature des prestations de santé :

1. opter pour le système du tiers payant pour l'ensemble de son activité professionnelle (2) ;

2. ne pas opter pour le système du tiers payant, sauf en ce qui concerne son(ses) activité(s) suivante(s), qu'il(elle) déclare, sur l'honneur, exercer contractuellement et pour laquelle(lesquelles) cette option est exigée (1) (2) :

.....

3. ne pas opter pour le système du tiers payant (2).

Fait à, le

Le (la) kinésithérapeute,

(signature)

(1) Préciser la dénomination et l'adresse de l'(des) établissement(s) où la profession est exercée.

(2) Biffer la mention inutile.

