|  |  |
| --- | --- |
| Afbeelding met logo, Graphics, grafische vormgeving, clipart  Automatisch gegenereerde beschrijving | **Formulaire d’adhésion à la convention ‘pré- et réhabilitation multidisciplinaire pour des patients et en pré- et posttransplantation rénale’ du 01/10/2025**  *Ce formulaire dûment complété et signé est à renvoyé accompagné de sa pièce jointe, par email à :* [*ovcomeddir@riziv-inami.fgov.be*](mailto:sec_dir_med@riziv-inami.fgov.be)  *La convention est consultable sur la page internet :* [*https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-et-services-de-soins/hopitaux/soins-hospitaliers/transplantation-renale-remboursement-de-la-pre-et-rehabilitation-via-des-trajets-de-soins-multidisciplinaires-avant-et-apres-une-transplantation-renale*](https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-et-services-de-soins/hopitaux/soins-hospitaliers/transplantation-renale-remboursement-de-la-pre-et-rehabilitation-via-des-trajets-de-soins-multidisciplinaires-avant-et-apres-une-transplantation-renale) |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Etablissement hospitalier postulant** | |
| Dénomination : |  |
| Numéro d’agrément INAMI : |  |
| Etablissement hospitalier disposant d’un : | centre de transplantation  centre de dialyse |
| Adresse administrative :  *(adresse de correspondance)* |  |
|  |  |
| Directeur responsable au nom de l'autorité organisatrice de l'établissement hospitalier : | NOM, Prénom : |
| E-mail: |
|  |  |
| Directeur médical : | NOM, Prénom : |
| E-mail: |
|  |  |
| Coordinateur du trajet de soins : | NOM, Prénom : |
| E-mail: |
| Téléphone : |
| ⚠ Toute modification des coordonnées des représentants de l’établissement précités est à transmettre par e-mail à : ovcomeddir@riziv-inami.fgov.be. | |

|  |
| --- |
| 1. **Liste nominative des médecins spécialistes en médecine physique et en réadaptation (médecins MPR)** |

La liste nominative des médecins MPR associés au centre de transplantation ou au centre de dialyse est complétée et transmise par l’établissement selon le formulaire en annexe 1.

En cas de modification des médecins MPR attachés au centre de transplantation ou au centre de dialyse, l’annexe 1 dûment modifiée est transmise à : [ovcomeddir@riziv-inami.fgov.be](mailto:ovcomeddir@riziv-inami.fgov.be).

|  |
| --- |
| 1. **Déclaration sur l’honneur** |

Nous, soussignés :

…………………………….…………………………….……………………………. (*NOM, Prénom*), directeur responsable au nom de l'autorité organisatrice de l'établissement hospitalier postulant,

et

…………………………….…………………………….……………………………. (*NOM, Prénom*), directeur médical de l'établissement hospitalier postulant,

et

…………………………….…………………………….……………………………. (*NOM, Prénom*), coordinateur de trajet de soins de l'établissement hospitalier postulant,

Déclarons conjointement par la présente :

* Avoir pris connaissance de la convention ‘pré- et réhabilitation multidisciplinaire pour des patients en pré- et posttransplantation rénale’ du 01/10/2025 ;
* Porter la candidature de l’établissement hospitalier susmentionné à l’adhésion à la convention ‘pré- et réhabilitation multidisciplinaire pour des patients en pré- et posttransplantation rénale’ du 01/10/2025 ;
* Que les informations transmises ont été dûment complétées ;
* Que l’établissement respecte les dispositions de l'article 24 de ladite convention relatif aux modalités d’adhésion des centres ;
* Adhérer sans restriction aux termes de la convention ‘pré- et réhabilitation multidisciplinaire pour des patients en pré- et posttransplantation rénale’ du 01/10/2025.

Fait à (*lieu*)………………………………………………..…………., le (*date*)…………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Responsable au nom de l'autorité organisatrice : | *NOM, Prénom et signature* |
| Directeur médical : | *NOM, Prénom et signature* |
| Coordinateur de trajet de soins : | *NOM, Prénom et signature* |
| *Cachet de l’institution* | |

**Annexe 1 : Liste nominative des médecins MPR du centre de transplantation ou de dialyse**

|  |
| --- |
| ⚠ Toute modification de la liste nominative est à transmettre par e-mail à :  ovcomeddir@riziv-inami.fgov.be. |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM Prénom du médecin MPR** | **Numéro INAMI** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |