**Formulaire relatif au choix des centres de triage de première ligne pour le paiement des prestations des médecins**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du centre de tri** |   |
| **Numéro du centre de tri** |   |

**Vous pouvez choisir de :**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.**[ ]  | Faire payer les prestations à chaque fois **sur le compte bancaire du médecin qui a effectué les prestations** ; le compte bancaire utilisé est celui qui est déjà connu pour ce médecin par les organismes assureurs*Dans ce cas, il suffit de cocher la case et de retourner le formulaire à l’adresse* *covid19@riziv-inami.fgov.be**Une signature n’est pas nécessaire.* |
| **2.**[ ]  | Faire payer toutes les prestations **sur le compte bancaire commun du centre de tri**, dont vous précisez les données ci-dessous * **Titulaire de compte:**
* **IBAN:**
* **N°BCE**

 **Nom et signature** *Merci de scanner et retourner en format pdf à l’adresse électronique* *covid19@riziv-inami.fgov.be* |

**Numéro de compte bancaire choisi pour la rétribution pour la mise en place, la coordination et le support des infirmiers et du personnel administratif**

|  |
| --- |
| Les rémunérations pour la mise en place, la coordination, et le support des infirmiers et du personnel administratif peuvent être versées sur le compte bancaire suivant: * **Titulaire de compte:**
* **IBAN:**
* **N°BCE**

*Pour faire valider ces données, merci de retourner le formulaire à l’adresse électronique* *covid19@riziv-inami.fgov.be**. Une signature n’est pas nécessaire.*  |