**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*](mailto: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*](mailto: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*](mailto:covid19@riziv-inami.fgov.be)*. Une signature n’est pas nécessaire.* |