

**Institut National d’Assurance Maladie - Invalidité**

**Formulaire de demande de financement de soins infirmiers de cohorte à domicile**

|  |  |
| --- | --- |
| **0. Coordonnées du demandeur – responsable pour le consortium soins de cohorte** | |
| Nom du responsable soins de cohorte |  |
| Nom du consortium de soins de cohorte |  |
| Adresse |  |
| Téléphone |  |
| E-mail |  |

Si vous avez des questions concernant ce formulaire, veuillez contacter l'INAMI.

* Par téléphone : 02/739 75 26
* Per mail : [tgv@riziv-inami.fgov.be](mailto:tgv@riziv-inami.fgov.be)

Envoyez votre demande :

* Par e-mail : [tgv@riziv-inami.fgov.be](mailto:tgv@riziv-inami.fgov.be)

|  |
| --- |
| **1. Description du consortium au niveau organisationnel** |
| **- Donnez une description concise des membres du consortium au moment de la demande :**  **Quels sont les services de soins à domicile / organisations / groupements d’infirmiers indépendants membres du consortium (identification et numéro tiers-payant INAMI, adresse) ?**   * *……………………………………………………..* * *……………………………………………………..* * *…………………………………………………….* * *…………………………………………………....* * *……………………………………………………*   Le Consortium a un accord de coopération avec les dispensateurs de soins ou leur employeur dans lequel les modalités de la coopération, y compris le remboursement de leurs contributions aux soins de cohorte, sont fixées.  **Veuillez fournir une estimation du nombre global d'infirmiers employés par les services de soins à domicile / organisations / groupements ci-dessus :**  **Décrivez qui assume la responsabilité de chef du projet pour le consortium :** |

|  |
| --- |
| **2. Zone géographique des soins** |
| **Décrivez la zone géographique pour les soins de cohorte du consortium :**  **Estimez le nombre d’habitants dans cette zone géographique (+ source) :** |

|  |
| --- |
| **3. Activité du consortium** |
| **L’activité du consortium est déjà organisée et il dispense déjà des soins à des patients éligibles aux soins de cohorte (facturation possible des soins de cohorte à partir du 16 avril 2020).**  **L’activité du consortium n’a pas encore démarré, les soins aux patients éligibles pourront être assurés à partir du …………………** |

## Déclaration sur l’honneur

Je, soussigné(e), ………………………………………………………...…………(prénom, nom), responsable du projet soins de cohorte dans le consortium………………………………………………., m’engage à mettre en place des soins infirmiers de cohorte à domicile tels que décrits sur le site de l’INAMI (URL).

Date Signature