



## Demande d'exception au paiement forfaitaire

### I. Vos données en tant que personne de contact avec l'INAMI :

Vos nom et prénom :	
Votre numéro INAMI : <i>(A remplir si vous êtes un professionnel de la santé et que vous avez un numéro INAMI)</i>	
Votre adresse e-mail :	

### II. Les données de votre maison médicale au forfait :

La dénomination de votre maison médicale :	
Le numéro INAMI de votre maison médicale :	

### III. Dispensateurs de soins pour qui l'exception est demandée :

*(Si cette liste n'est pas assez longue, vous pouvez y annexer une liste complémentaire similaire)*

Les médecins en formation n'ont pas à être signalés sur ce document. L'exception demandée pour le maître de stage, sous réserve d'accord de la Commission du forfait, vaut pour les assistants stagiaires sous sa supervision.

	Profession	Nom et prénom du dispensateur	Numéro INAMI du dispensateur
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			

**IV. Type de demande d'exception** (Veuillez cocher une des options suivantes) :

Exception pour :

- ☐ Un centre de planning familial
- ☐ Un centre qui s'occupe de prévention et/ou de traitement de l'alcoolisme et/ou de la toxicomanie
- ☐ Une maison d'accueil pour bénéficiaires maltraités
- ☐ Des bénéficiaires non inscrits qui séjournent temporairement dans la zone géographique de la maison médicale

Raisons pour lesquelles le paiement forfaitaire au sens de l'article 52, 1<sup>er</sup>, de la loi du 14 juillet 1994 ne peut pas être appliqué dans cette situation :

**V. Structure où les activités sont effectuées à l'acte :**

Nom et adresse de la structure :

Nature de la structure :

Importance de la population soignée ou des activités :

**VI. Cette exception est demandée à partir du :**

Les exceptions ne sont jamais accordées avec effet rétroactif. En cas d'accord de la Commission forfait, celui-ci prend effet au plus tôt le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la réception de la demande par l'INAMI.

**VII. Votre déclaration en tant que personne de contact avec l'INAMI :**

En signant ce formulaire, je déclare que les données transmises sont correctes et que tous les dispensateurs de soins au sein de la maison médicale ont été informés de l'introduction de cette demande d'exception. J'atteste que les activités réalisées lors de cette exception ne déforcent pas les soins de la maison médicale et que l'offre de soins du/des secteur.s concernés reste suffisante pour les besoins des patients.

Date et signature :

**VIII. Comment nous transmettre la demande ?**

Par e-mail (document scanné ou signé électroniquement) à la section Maisons médicales, à l'attention du Président de la Commission : [mh-mm@riziv-inami.fgov.be](mailto:mh-mm@riziv-inami.fgov.be)