|  |  |
| --- | --- |
|  | **Demande d’inscription en qualité d’orthoptiste auprès de l’INAMI** |

|  |
| --- |
| 1. **Conditions d’inscription** |
| * **Vous avez reçu un visa du SPF Santé publique** * **Vous souhaitez attester les soins de la nomenclature de rééducation fonctionnelle (prestations d’orthoptie) et respecter les tarifs INAMI** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Vos données d’identification** *(toutes ces données doivent obligatoirement nous être communiquées)* | |
| **Votre nom :** |  |
| **Votre prénom :** |  |
| **Votre numéro de Registre national :**  *(Vous trouverez ce numéro au verso de votre carte d’identité. Vous n’êtes pas inscrit au Registre national ? Veuillez alors mentionner votre numéro bis)* |  |
| **Votre numéro de visa :**  *(Ce numéro se trouve sur le visa que vous avez obtenu du SPF Santé publique)* |  |
| **Votre adresse email :**  *(Adresse email à laquelle nous pouvons vous contacter)* |  |
| **Votre adresse de contact :**  *(adresse à laquelle nous pouvons vous contacter : adresse* ***impérativement*** *en Belgique + le cas échéant, le nom du demeurant ou de l’établissement situé à cette adresse)* | Rue, n°, Bte :    Code postal, localité :  Nom du demeurant ou de l’établissement : |

*Veuillez également remplir et signer le verso de ce formulaire*

|  |
| --- |
| 1. **Votre engagement** |
| En signant ce formulaire d’inscription, je déclare que je remplis les conditions d’enregistrement indiquées dans la partie I et que les données d’identification de la partie II sont correctes.  Je m’engage, conformément aux dispositions du chapitre II, F de l’annexe à l’AR du 10 janvier 1991, modifié par les AR des 15 avril 2002 et 25 avril 2004, à respecter pour les prestations d’orthoptie les honoraires qui correspondent aux coefficients prévus.  Je m’engage également à signaler tout changement relatif aux données reprises dans ce formulaire.  Date :  Signature : |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Comment nous transmettre la demande ?** | |
| **De préférence par email (document numérisé) :**  *Ou*  **Par courrier postal :** | [orthoptistfr@riziv-inami.fgov.be](mailto:orthoptistfr@riziv-inami.fgov.be)  INAMI, Service des soins de santé  Team orthoptistes  Avenue Galilée 5/01  1210 BRUXELLES |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| [https://encrypted-tbn2.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcRoUOQwUzFUK3IcYRJdVnmyAl-n-PncN_OpTIpmAVDXDwENDio8TglBHQ](https://www.google.be/imgres?imgurl=http://www.stadtmarketing-amberg.de/wp-content/uploads/info.gif&imgrefurl=http://www.stadtmarketing-amberg.de/eine-seite/einkaufsfuhrer/&docid=2ESUIcAgl24aKM&tbnid=FsUav2SNG-VyEM&w=450&h=450&ei=y3l8VPnhD8jfaLjvgpAM&ved=0CAYQxiAwBA&iact=c) | Vous trouverez plus d’informations sur l’exercice de votre profession sur notre site [www.inami.be > Professionnels > Orthoptistes](http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/orthoptistes/Pages/default.aspx#.WUE6mK3r2po) |