|  |  |
| --- | --- |
|  | **Demande d’enregistrement** **en tant que regroupement** **en médecine générale** |

|  |
| --- |
| **à renvoyer complété et signé** **à:** |
| **Par la poste:** | INAMI, Service des soins de santéRegroupements en médecine générale211, Avenue de Tervueren1150 BRUXELLES |
| **Par e-mail (document scanné):** | relameta@inami.fgov.be |

|  |
| --- |
| **conditions d’enregistrement**: |
| * Les médecins de médecine générale signataires déclarent sur l’honneur disposer d’un accord de coopération écrit relatif à au moins 2 médecins généralistes agréés et par lequel ils confirment qu’ils collaborent, soit au même lieu d'installation, soit à différents lieux d'installation qui se situent dans la même zone de médecins généralistes ou dans deux zones voisines de médecins généralistes comme stipulé en exécution de l'article 1er de l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes;

 * L’accord de coopération écrit règle au moins les modalités suivantes:
* les modalités pour une concertation interne entre tous les médecins participants : cette concertation a lieu sur une base régulière et structurée afin de permettre une évaluation interne de la qualité de la médecine;
* les modalités pour la consultation des dossiers médicaux, en particulier les dossiers médicaux globaux, compte tenu de la déontologie et de la protection de la vie privée;
* les règles selon lesquelles les décisions sont prises;
* les règles selon lesquelles il peut être mis fin à l'accord de coopération.
* Les médecins de médecine générale signataires déclarent sur l’honneur communiquer à leurs patients les noms et lieux d'installation des médecins avec lesquels ils collaborent, ainsi que les modalités pour leur autorisation à consulter leur dossier médical, en conformité avec la législation relative aux droits du patient;
* Les médecins de médecine générale signataires déclarent sur l’honneur utiliser un dossier médical électronique labellisé;
* Les médecins de médecine générale signataires s’engagent à informer l’INAMI de chaque modification des données du regroupement reprises au verso du présent formulaire, selon les modalités publiées sur le site web de l’INAMI ([www.inami.fgov.be](http://www.inami.fgov.be/) > Professionnels > Médecins > [Exercice du métier](http://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/metier/Pages/default.aspx) > Enregistrer son regroupement en médecine générale);
* Les médecins de médecine générale signataires acceptent que ces données soient communiquées aux organismes assureurs et autres instances compétentes pour la gestion des soins de santé.
 |

|  |
| --- |
| **données du regroupement** : |
| **Numéro d’enregistrement du regroupement** *(réservé à l’INAMI)* |  |
| **Nom du regroupement:***(si disponible)* |   |
| **Type du regroupement:***(cocher ce qui convient)* | ***[ ]*** ***[ ]***  | Regroupement qui collabore au même lieu d’installation[[1]](#footnote-1)Numéro d’identification INAMI  (uniquement si maison médicale[[2]](#footnote-2)):  8/ . . . . . / . . / . . .Regroupement qui collabore à différents lieux d’installation |
| **Adresse:***(adresse du lieu d’installation si même lieu d’installation, adresse de contact si différents lieux d’installation)* | Nom de rue:  Numéro de rue et boîte:  Code postal et commune:  |
| **Numéro BCE:***(si regroupement avec personnalité juridique)* | . . . . **.** . . . **.** . . .  |
| **Médecins de médecine générale faisant partie du regroupement en tant que signataires de l’accord de coopération écrit (au moins 2 médecins généralistes agréés):** |
| ***Nom et prénom du médecin*** | ***Numéro INAMI du médecin*** | ***Du******(date de début)*** | ***Au******(date de fin)*** | ***Signature du médecin[[3]](#footnote-3)*** |
|   | 1/ . . . . . / . . / . . . | . . / . . / . . . . | . . / . . / . . . . |  |
|   | 1/ . . . . . / . . / . . . | . . / . . / . . . . | . . / . . / . . . . |  |
|   | 1/ . . . . . / . . / . . . | . . / . . / . . . . | . . / . . / . . . . |  |
|   | 1/ . . . . . / . . / . . . | . . / . . / . . . . | . . / . . / . . . . |  |
|   | 1/ . . . . . / . . / . . . | . . / . . / . . . . | . . / . . / . . . . |  |
|   | 1/ . . . . . / . . / . . . | . . / . . / . . . . | . . / . . / . . . . |  |
|   | 1/ . . . . . / . . / . . . | . . / . . / . . . . | . . / . . / . . . . |  |

1. Lieu d’installation = le lieu où s'exerce la médecine générale; ce lieu doit correspondre avec le siège du lieu de l'activité principale du médecin [↑](#footnote-ref-1)
2. Maison médicale = groupe de dispensateurs de soins rénumérés selon le système de financement forfaitaire visé à l’article 52 §1 de la loi SSI [↑](#footnote-ref-2)
3. La signature de chaque médecin est requise [↑](#footnote-ref-3)