



Rue de la Rivelaine, 21
6061 CHARLEROI

☎ 071 33 77 11
✉ info@aviq.be

**AGENCE WALLONNE DE LA SANTE, DE LA PROTECTION SOCIALE, DU
HANDICAP ET DES FAMILLES**

Rue de la Rivelaine, 21
6061 CHARLEROI
sante.wallonie.be
impulseo@aviq.be

Ce formulaire concerne les coûts salariaux et/ou frais engendrés l'année précédant l'année de la demande. Il doit être envoyé à l'AViQ :

- Au plus tard le 31 mai ;
- Soit par mail avec accusé de réception, soit par courrier postal (dans ce cas, le cachet de la poste doit être daté du 31 mai au plus tard).

**Demande d'intervention dans les coûts salariaux et/ou de recours à
des services pour deux ou plusieurs médecins faisant partie
d'un groupement, en ce compris les maisons médicales**

*Les interventions pour les coûts salariaux et les coûts relatifs au télésecrétariat ne sont pas
cumulables pour la même période.*

PRÉAMBULE

1. En cas de nouvelle demande, passer directement au point 3.
2. En cas de renouvellement :
 - 2.1. Le groupement a-t-il modifié sa composition ? oui – non
 - 2.2. Y a-t-il des modifications au niveau des employés ? oui – non
 - 2.3. Votre association a-t-elle fait appel à un nouveau télé secrétariat ? oui – non

Renseignements complémentaires éventuels :

IDENTITE DU DEMANDEUR ET BENEFICIAIRE DE PAIEMENT

3. La demande est introduite par un groupement en tant que (cochez ce qui convient) :
- ☐ Personne morale : aller au point 4.
 - ☐ Association sans personnalité juridique (association de fait , société simple, ...) : aller au point 5.
4. IDENTITÉ DU DEMANDEUR EN TANT QUE PERSONNE MORALE :
- Nom de l'entité :
Numéro d'entreprise (BCE) :
Adresse siège social :
Rue/place/avenue (à préciser) : N°/boîte :
Code postal : Commune :
- Numéro de compte à compléter uniquement si cette société est le bénéficiaire de paiement de l'intervention Impulseo** : IBAN _____ BIC _____
5. IDENTITÉ DU DEMANDEUR EN TANT QU'ASSOCIATION SANS PERSONNALITÉ JURIDIQUE :
- Nom de l'association :
Numéro de BCE :

Il n'est pas possible de verser le montant de l'intervention Impulseo sur le compte d'une association sans personnalité juridique mais uniquement aux médecins composant le groupement conformément à la convention de collaboration.

Veuillez compléter le tableau de répartition repris à l'annexe 1

COMPOSITION DU GROUPEMENT

Il y a lieu de compléter ici les données de tous les médecins faisant partie du groupement et qui sollicitent l'intervention. Si le nombre de médecins est supérieur à deux, veuillez remplir l'annexe 2.

IDENTITÉ DU MEDECIN 1 :

Nom : Prénom :
Tél/GSM :
Adresse installation :
Rue/place/avenue (à préciser) : N°/boîte :
Code postal : Commune :
Date de début de la participation au groupement :
Date de fin de la participation au groupement :

IDENTITÉ DU MEDECIN 2 :

Nom : Prénom :
Tél/GSM :
Adresse installation :
Rue/place/avenue (à préciser) : N°/boîte :
Code postal : Commune :
Date de début de la participation au groupement :
Date de fin de la participation au groupement :

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

- Les médecins généralistes faisant partie du groupement sont-ils connectés au Réseau santé wallon ?
Oui – Non
- Chacun des médecins généralistes faisant partie du groupement a-t-il déjà publié au moins 1 Sumehr sur le Réseau Santé wallon ?
Oui - Non
- En ce qui concerne les associations de santé intégrée :
 - ASI à l'acte – au forfait
 - Perçoivent-elles une autre intervention provenant de toute autre autorité ? oui – non
Si oui, laquelle ?
- Chaque médecin généraliste du groupement a-t-il géré au moins 150 DMG durant l'année de référence (N-2) ?
 - Oui
 - Non

Pour chaque médecin, veuillez joindre un extrait du logiciel métier reprenant au minimum les informations suivantes : nom du médecin, nom du logiciel, requête sur le nombre de DMG gérés durant la période concernée.

DONNÉES DE(S) L'EMPLOYÉ(S) ADMINISTRATIF(S)

Il y a lieu de compléter ici les données des employés administratifs pour lesquels l'intervention est demandée. Si la demande concerne plus de deux employés administratifs, veuillez remplir l'annexe 3.

Afin que le(s) employé(s) soi(en)t pris en compte dans le calcul du montant du subside, ce(s) dernier(s) doit(vent) être engagé(s) pour une période d'un mois minimum et employé(s) pour au moins un tiers d'équivalent temps plein.

EMPLOYÉ ADMINISTRATIF 1

Nom : _____ Prénom : _____
Date de début d'engagement : _____
Date de fin d'engagement : _____
Pourcentage équivalent temps plein de l'emploi : ____% (____ h/sem.)
Coût salarial total indiqué sur l'attestation du secrétariat social (annexe 4 à compléter):
Coût salarial total indiqué sur l'attestation de l'employeur (annexe 5 à compléter):
Coût salarial global (addition des deux coûts repris ci-dessus) :

EMPLOYÉ ADMINISTRATIF 2

Nom : _____ Prénom : _____
Date de début d'engagement : _____
Date de fin d'engagement : _____
Pourcentage équivalent temps plein de l'emploi : ____% (____ h/sem.)
Coût salarial total indiqué sur l'attestation du secrétariat social (annexe 4 à compléter):
Coût salarial total indiqué sur l'attestation de l'employeur (annexe 5 à compléter):
Coût salarial global (addition des deux coûts repris ci-dessus) :

DONNÉES DU SERVICE DE TÉLÉSECRÉTARIAT

Il y a lieu de compléter ici les données du service de télésecrétariat pour lequel l'intervention est demandée. Si la demande concerne plusieurs télésecrétariats, veuillez remplir l'annexe 6.

Nom du service télésecrétariat:

Adresse:

N°+ Boîte:

Code postal:

Lieu:

Période du contrat :

Facture mensuelle : OUI-NON

nombre de factures :

Facture annuelle : OUI-NON

Total des frais de services :

DECLARATION SUR L'HONNEUR

En signant le présent formulaire, le demandeur confirme le respect des points suivants :

- A. Le demandeur confirme que les déclarations et tous les documents soumis pour l'examen de la demande sont sincères et exacts et s'engagent à avertir immédiatement l'AVIQ de tout changement qui interviendrait dans les éléments figurant dans la demande. Toute fausse déclaration entraîne le droit pour l'AVIQ d'arrêter l'examen du dossier et de réclamer les frais exposés.
- B. Le demandeur déclare que les coûts salariaux pour lesquels l'intervention est demandée, se rapportent à un travailleur salarié qui est engagé dans les liens d'un contrat de travail qui garantit un salaire correspondant au moins au barème fixé par la commission paritaire compétente pour la mise au travail d'un employé chargé de l'accueil et de la gestion de la pratique dans une pratique de médecine générale.
- C. Le demandeur de l'intervention confirme que les médecins qui composent le regroupement ont conclu une convention de collaboration et pratiquent, soit dans un même lieu, soit dans des lieux différents qui sont situés dans une même zone de médecine générale ou dans deux zones voisines de médecine générale.
- D. La convention de collaboration précitée doit régler au moins les modalités suivantes :
 - 1 La façon dont le montant de l'intervention est réparti ;
 - 2 Les modalités pour une concertation interne entre tous les médecins généralistes participants : cette concertation a lieu sur une base régulière et structurée afin de permettre une évaluation interne de la qualité de la médecine ;
 - 3 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 ;
 - 4 Les règles selon lesquelles les décisions sont prises ;
 - 5 Les règles selon lesquelles il peut être mis fin à l'accord de coopération.
- E. Le demandeur déclare utiliser le dossier médical électronique labellisé.

SIGNATURE

La présente demande doit être signée, pour une **association sans personnalité juridique**, par chaque médecin généraliste qui fait partie du regroupement ou en **cas de personne morale**, par **une personne qui peut engager valablement la société** conformément aux statuts.

1- Personne morale :

Personne habilitée à engager la société conformément aux statuts:

Nom: Prénom:

Fait à: Le:

Signature :

Précédée par la mention écrit à la main "lu et approuvé"

2- Association sans personnalité juridique

Médecin généraliste 1:

Nom: Prénom:

Fait à: Le:

Signature :

Précédée par la mention écrit à la main "lu et approuvé"

Médecin généraliste 2:

Nom: Prénom:

Fait à: Le:

Signature :

Précédée par la mention écrit à la main "lu et approuvé"

Dans le cas où il y a plus de 2 médecins généralistes : compléter annexe 7

Les données recueillies dans le présent formulaire seront traitées dans le cadre de l'examen de votre demande Impulseo réalisé conformément à l'Arrêté royal du 23 mars 2012 portant création d'un Fonds « Impulseo » pour la médecine générale et fixant ses modalités de fonctionnement.

Conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD) et à la loi du 30 juillet 2018, l'AVIQ vous informe que :

- Les données communiquées dans ce formulaire sont traitées par l'AVIQ pour **gérer, instruire et suivre votre dossier**, notamment dans le cadre du **contrôle et de l'octroi des primes et subventions IMPULSEO**.
- Elles peuvent également être utilisées, à des **fins de recherche et de statistiques** , en collaboration avec des **partenaires académiques ou scientifiques** (tels que des universités ou des chercheurs), dans le cadre des missions d'intérêt public de l'AVIQ.
- Vos données sont accessibles uniquement aux **services internes compétents** et, le cas échéant, aux

partenaires de recherche, dans le respect strict de la confidentialité.

- Vous disposez d'un **droit d'accès** et de **rectification**.

Les droits à l'effacement, à la limitation ou à l'opposition ne peuvent être exercés que dans les conditions prévues par le RGPD et dans les limites applicables aux autorités publiques.

- Pour tout exercice de vos droits, contactez : DPO@aviq.be

DOCUMENTS À JOINDRE À LA DEMANDE

Veuillez-vous référer à **l'annexe 8** : liste des documents à joindre – groupement de médecins.

Nombre d'annexes :