

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](mailto: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 dans les  
frais de recours à des services pour le médecin en pratique  
individuelle**

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

**IDENTITE DU DEMANDEUR ET BENEFICIAIRE DE PAIEMENT**

**1. ADRESSE D'INSTALLATION :**

Rue/place/avenue (à préciser) :

N°/boîte :

Code postal :

Commune :

**2. La demande est introduite par le médecin généraliste en tant que :**

- Personne morale (société) : complétez le point 3
- Personne physique : complétez le point 4

**3. IDENTITÉ DU DEMANDEUR EN TANT QUE PERSONNE MORALE :**

Nom de la personne morale :

Numéro d'entreprise (BCE) :

**Numéro de compte à compléter uniquement si cette société est bénéficiaire du paiement de l'intervention Impulseo :** IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

• **IDENTITE DU MEDECIN QUI INTRODUIT LA DEMANDE POUR LA PERSONNE MORALE :**

Nom :

Prénom :

Tél/GSM :

N° INAMI :

Date agrément INAMI :

**4. IDENTITÉ DU DEMANDEUR EN TANT QUE PERSONNE PHYSIQUE :**

Nom de la personne physique :

Numéro de BCE :

**Numéro de compte à compléter uniquement si cette personne physique est bénéficiaire du paiement de l'intervention Impulseo : IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_**

### RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

- Le médecin généraliste est-il connecté au Réseau santé wallon ?
  - Oui
  - Non
- Le médecin généraliste a-t-il déjà publié au moins 1 Sumehr sur le Réseau Santé wallon ?
  - Oui
  - Non
- Le médecin généraliste a-t-il géré au moins 150 DMG durant l'année de référence (N-2) ?
  - Oui
  - Non

**Veillez joindre un extrait de votre 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 1 pour chaque employé supplémentaire.*

*Pour que l'employé soit pris en compte dans le calcul du montant du subside, il doit être engagé pour une période d'un mois minimum et employé pour au moins un tiers d'équivalent temps plein.*

#### Employé administratif 1

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de début d'engagement : \_\_\_\_\_  
Date de fin d'engagement : \_\_\_\_\_  
Temps de travail de l'employé : \_\_\_\_% (\_\_\_\_ h/sem.)  
Coût salarial total indiqué sur l'attestation du secrétariat social (annexe 3 à compléter): \_\_\_\_\_  
Coût salarial total indiqué sur l'attestation de l'employeur (annexe 4 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 : \_\_\_\_\_  
Temps de travail de l'employé : \_\_\_\_% (\_\_\_\_ h/sem.)  
Coût salarial total indiqué sur l'attestation du secrétariat social (annexe 3 à compléter): \_\_\_\_\_  
Coût salarial total indiqué sur l'attestation de l'employeur (annexe 4 à compléter): \_\_\_\_\_  
Coût salarial global (addition des deux coûts repris ci-dessus) : \_\_\_\_\_

## DONNÉES DU SERVICE DE TÉLÉSECRETARIAT

Il y a lieu de compléter ici les données du service de télésecretariat pour lequel l'intervention est demandée. Si la demande concerne plusieurs télésecretariats, veuillez remplir l'annexe 2 pour chaque télésecretariat supplémentaire.

Nom du service télésecretariat:

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 respecter les 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'engage 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(des) travailleur(s) salarié(s) qui est(sont) engagé(s) 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(des) employé(s) chargé(s) de l'accueil et de la gestion de la pratique dans une pratique de médecine générale.
- C. Le demandeur confirme également que le(s) salaire(s) annuel(s) pour l'(les) employé(s) correspond(ent) au(x) coût(s) salarial(aux) global(aux) qu'il a effectivement pris en charge pour l'assistance dans l'accueil et la gestion administrative au cours de l'année écoulée, compte tenu particulièrement du montant des autres interventions émanant de quelque autorité que ce soit qui entraînent une diminution du(des) coût(s) salarial(aux) global(aux).
- D. Le demandeur déclare utiliser le dossier médical électronique labellisé et être connecté à la Plate-forme wallonne d'échange de données.

## SIGNATURE

La présente demande doit être signée et datée par le demandeur. Si ce dernier est une personne morale, la demande doit être signée par une personne qui peut engager valablement la personne morale sur la base des statuts.

Nom :

Prénom:

Fait à:

Date :

Signature :

*Précédée par la mention écrite à la main "lu et approuvé"*

Comme le veut le Règlement général sur la protection des données (RGPD) et la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, nous vous signalons que :

- les données que vous fournissez en complétant le formulaire sont destinées à assurer le suivi de votre dossier au sein de

l'AVIQ pour ce qui concerne le contrôle des subventions qui vous sont octroyées en lien avec vos frais de personnel. Elles sont transmises uniquement au Service de l'AVIQ responsable de ce traitement

- vous pouvez avoir accès aux données à caractère personnel vous concernant qui sont éventuellement détenues par l'AVIQ en introduisant une demande par mail à l'adresse [DPO@aviq.be](mailto:DPO@aviq.be) ;
- vous pouvez exercer le droit à la rectification de vos données en vous adressant par mail à l'adresse [DPO@aviq.be](mailto:DPO@aviq.be);
- les droits à l'effacement des données, à la limitation du traitement et à l'opposition au traitement ne peuvent s'exercer que dans certains cas spécifiques et limités vis-à-vis des autorités publiques. La Cellule protection des données de l'AVIQ ([DPO@aviq.be](mailto:DPO@aviq.be)) vous précisera si l'exercice de tels droits est possible pour le traitement concerné.

## **DOCUMENTS À JOINDRE À LA DEMANDE**

Veillez-vous référer à l'annexe 5 : liste des documents à joindre – médecin solo.

Nombre d'annexes :