



Rue de la Rivelaine, 21  
6061 CHARLEROI  
☎ 071 33 77 11  
✉ [info@aviq.be](mailto: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](http://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

#### 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 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 2 pour chaque télésecrétariat supplémentaire.*

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 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"*

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](mailto:DPO@aviq.be).

#### DOCUMENTS À JOINDRE À LA DEMANDE

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

Nombre d'annexes :