

**INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE - INVALIDITE**  
**AVENUE DE TERVUREN 211 — 1150 BRUXELLES**  
**Service des soins de santé**

<p><b>Nom Prénom :</b> .....</p> <p><b>Adresse :</b> .....</p> <p>.....</p> <p><b>N° INAMI :</b> .....</p> <p>Le numéro de compte sur lequel l'INAMI paie le montant forfaitaire d'accréditation est géré via <a href="#">la gestion en ligne des données d'identification et des données financières</a> (MyInami)</p>	<p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">Demande d'accréditation</p>
---	---

**Déclaration du médecin ou du pharmacien biologiste sollicitant l'accréditation (\*)**

En exécution du point A.4. ou A.5. de l'Accord national médico-mutualiste du 13 décembre 1993 (confirmé par l'Accord du 11 décembre 1995), le soussigné déclare :

**1. En ce qui concerne les médecins généralistes :**

- qu'il tient un dossier médical par patient et qu'il échange avec tout autre médecin, consulté par le patient et/ou qui le soigne, tous les éléments de ce dossier, qui sont utiles à l'établissement du diagnostic et du traitement;
- qu'il exerce une activité principale en tant que médecin généraliste et qu'il assure la continuité effective des soins (♦);
- qu'il possède un seuil d'activité d'au moins 5 contacts par jour ouvrable en moyenne (consultations et visites) pendant l'année civile précédente (1.250 par an), exception faite pour les jeunes médecins dans leurs 4 premières années de pratique;
- qu'il n'a pas fait l'objet de remarques répétées sur la base des constatations de la commission compétente pour l'évaluation des profils médicaux. Ces constatations concernent la prescription et l'exécution de prestations diagnostiques et thérapeutiques selon les critères fixés par la commission;
- qu'il prête son concours à des initiatives d'évaluation de la qualité, organisées par les pairs (♦♦).

**2. En ce qui concerne les médecins spécialistes, ou pharmaciens biologistes:**

- qu'il transmet au médecin généraliste consulté par le patient et/ou qui le soigne et échange avec lui toutes les données médicales utiles par dossier de patient en matière de diagnostic et de traitement;
- qu'il prête son concours à des initiatives d'évaluation de la qualité, organisées par des pairs pour la discipline en question (♦♦);
- qu'il a atteint pour l'année civile précédente un seuil d'activité d'au moins : (\*\*) ..... (♦);
- qu'il n'a pas fait l'objet de remarques répétées sur la base des constatations de la commission compétente pour l'évaluation des profils médicaux. Ces constatations concernent la prescription et l'exécution de prestations diagnostiques et thérapeutiques selon les critères fixés par la commission.

Date :

Nom et prénom (écrit de sa propre main) :

Signature :

(\*) Le demandeur est conscient du fait que les différentes conditions d'accréditation seront examinées par le Groupe de direction de l'accréditation. Si ce dernier constate que pour un médecin accrédité un ou plusieurs points de la déclaration n'est ou ne sont pas conformes à la réalité, l'accréditation accordée est automatiquement retirée à partir du premier jour du deuxième mois suivant cette constatation.

(\*\*) A compléter à la main par le demandeur conformément à ce qui a été fixé pour sa spécialité par le Comité paritaire.

(♦) Le siège du ou des cabinets (établissement, adresse) où le praticien exerce son activité principale, de même que le temps consacré par jour et/ou par semaine à l'activité principale doivent être mentionnés au verso.

(♦♦) Le nom du praticien demandeur doit figurer sur la liste des membres d'un groupe local d'évaluation médicale (GLEM).

N.B. Pour obtenir l'accréditation, le médecin doit retourner ce document complété ainsi que la feuille individuelle de présence au Président du Groupe de direction de l'accréditation, av. de Tervuren 211, 1150 BRUXELLES

**A mentionner :**

**Siège du ou des cabinets (établissement, adresse) où l'activité principale est exercée :**

.....
.....
.....
.....
.....

**Temps consacré par jour et/ou par semaine à l'activité principale :**

.....
.....
.....

**J'ai adhéré au GLEM portant le numéro d'identification :**

.....
-------

**Signature :**

(\*) Le demandeur est conscient du fait que les différentes conditions d'accréditation seront examinées par le Groupe de direction de l'accréditation. Si ce dernier constate que pour un médecin accrédité un ou plusieurs points de la déclaration n'est ou ne sont pas conformes à la réalité, l'accréditation accordée est automatiquement retirée à partir du premier jour du deuxième mois suivant cette constatation.

(\*\*) A compléter à la main par le demandeur conformément à ce qui a été fixé pour sa spécialité par le Comité paritaire.

(♦) Le siège du ou des cabinets (établissement, adresse) où le praticien exerce son activité principale, de même que le temps consacré par jour et/ou par semaine à l'activité principale doivent être mentionnés au verso.

(♦♦) Le nom du praticien demandeur doit figurer sur la liste des membres d'un groupe local d'évaluation médicale (GLEM).

N.B. Pour obtenir l'accréditation, le médecin doit retourner ce document complété ainsi que la feuille individuelle de présence au Président du Groupe de direction de l'accréditation, av. de Tervuren 211, 1150 BRUXELLES