

Au Président de la Commission nationale
médico-mutualiste
Institut national d'assurance maladie-invalidité
Service des soins de santé
avenue de Tervueren 211
1150 Bruxelles

Numéro d'identification INAMI :

Je soussigné,

Nom et prénom(s)
Adresse complète :
Médecin spécialiste en

déclare exercer mon activité professionnelle conformément aux clauses de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 22 décembre 2015, dans les conditions de temps et de lieu suivantes :

a) consultations, rendez-vous et prestations techniques pour patients ambulatoires, en dehors des termes de l'accord, à concurrence d'un maximum de quatre fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues (point 11.3.2.2. « Périodes et conditions du conventionnement partiel ») :

| Jours | Adresse complet | Heures (de... jusqu'au...) |
|-------|-----------------|----------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

b) toutes les autres prestations réalisées dans le cadre de l'ensemble de ma pratique seront exercées conformément aux termes de l'accord ;

c) les prestations réalisées pour les patients ambulants en dehors des plages définies au point a) ci-dessus seront donc exercées conformément aux termes de l'accord. J'atteste sur l'honneur et je m'engage qu'elles représentent et représenteront au moins la moitié de l'ensemble des prestations réalisées pour les patients ambulants dans le cadre de ma pratique complète. Je renseigne ci-dessous les plages et les lieux définis pour la dispensation de ces prestations réalisées pour les patients ambulants en respectant sur chaque site de pratique l'obligation de garantir un accès à ces prestations conformément aux termes de l'accord :

| Jours | Adresse complet | Heures (de... jusqu'au...) |
|-------|-----------------|----------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Date :
Signature :