RECOMMANDEE

Commission nationale médico-mutualiste

I.N.A.M.I.
Service des soins de santé
Avenue de Tervuren 211
1150 BRUXELLES

Concerne: Accord national médico-mutualiste du 21 décembre 2011.

Monsieur le Président,

Je, soussigné,

Nom et prénoms ……..

Adresse complète ……..

Médecin spécialiste en : ……

Numéro d'identification I.N.A.M.I.……

Déclare exercer mon activité professionnelle conformément aux clauses de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 21 décembre 2011, 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 8.3.2.2. « Périodes et conditions du conventionnement partiel »)

Jours	***Lieu***	***Heures:***

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	***Lieu***	***Heures:***

Date : Signature :