Demande d'inscription auprès de l'INAMI en qualité de fournisseur d'implants

I. Conditions d'inscription

- Vous avez obtenu votre diplôme ou son équivalence en tant que pharmacien hospitalier

II. Vos données d'identification *(Communiquez-nous obligatoirement toutes ces données).*

Votre nom :	
Votre prénom :	
Votre numéro de registre national : *(Ce numéro se trouve au verso de votre carte d'identité. Si vous n'êtes pas inscrit au registre national, indiquez votre numéro bis).*	
Votre adresse e-mail : *(Adresse e-mail à laquelle nous pouvons vous contacter).*	En respect du principe "Only once", nous reprenons vos données de contact figurant sur ProSanté > Mes données de contact personnelles. Nous vous invitons à vous connecter (de manière sécurisée) à ce portail et à vérifier ou adapter, si nécessaire, vos données de contact.
Votre adresse de contact : *(Adresse postale à laquelle nous pouvons vous contacter : adresse située **impérativement en Belgique)**.*	
Votre adresse professionnelle : (*Adresse où vous exercez votre activité en tant que fournisseur d'implants).*	Vous devez enregistrer votre (vos) adresse(s) professionnelle(s) dans Prosanté. Pour cela, vous aurez besoin du numéro BCE de l'entreprise([1]). *([1]) Cette démarche est obligatoire dans le cadre de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé.*

Veuillez également compléter et signer le verso de ce formulaire

Votre statut de conventionnement :	☐ J'adhère à la Convention nationale entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs en vigueur ☐ Je n'adhère pas à la Convention mentionnée ci-dessus

III. Votre déclaration

En signant ce formulaire d'inscription, je déclare que :

- je remplis les conditions d'enregistrement indiquées dans la partie I et que les données d'identification de la partie II sont correctes.
- Je m'engage à enregistrer mon adresse professionnelle via Prosanté dans les 30 jours suivant réception de mon numéro INAMI, et à garder ces données à jour tout au long de ma carrière.

Date :

Signature :

À signer électroniquement *ou à imprimer et à signer*

IV. Comment nous transmettre cette demande d'inscription ?

De préférence par e-mail (document numérisé) : dossierpharma@riziv-inami.fgov.be
ou
Par courrier postal: INAMI, Service des Soins de Santé, team fournisseurs d'implants
Avenue Galilée 5/01
1210 BRUXELLES

Vous trouverez plus d'informations sur l'exercice de votre profession (la nomenclature, les honoraires, la convention nationale, etc.) sur notre site web : www.inami.be > Professionnels > Fournisseurs d'implants