|  |  |
| --- | --- |
|  | **Demande d’inscription auprès de l’INAMI en qualité d’audicien** |

|  |
| --- |
| 1. **Conditions d’inscription**
 |
| * **Vous avez un diplôme d’audicien et vous avez reçu un visa d’audicien du SPF Santé publique**
* **Vous souhaitez attester les soins de la nomenclature audiciens**
 |

|  |
| --- |
| 1. **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 numéro de visa :***(Ce numéro se trouve sur le visa que vous avez obtenu du SPF Santé publique)* |   |
| **Votre adresse e-mail :***(Adresse e-mail à laquelle nous pouvons vous contacter)* |   |
| **Votre adresse de contact :***(Adresse postale à laquelle nous pouvons vous contacter : adresse située* ***impérativement en Belgique*** *+ si c’est le cas, le nom de la personne ou de l’établissement situé à cette adresse)* | Rue, n°, Bte :  Code postal, localité : Nom de la personne ou de l’établissement :   |
| **Votre statut de conventionnement :** |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  J’adhère à la Convention nationale entre les audiciens et les organismes assureurs (S/2018ter) |  |
| [ ]  Je n’adhère pas à la Convention mentionnée ci-dessus |  |

 |

*Veuillez aussi compléter et signer le verso de ce formulaire*

|  |
| --- |
| 1. **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 signaler tout changement relatif aux données reprises dans ce formulaire.Si j’adhère à la Convention nationale conclue entre les audiciens et les organismes assureurs (S/2018ter), je m’engage à me conformer aux dispositions de cet accord.Date :Signature : |

|  |
| --- |
| 1. **Comment nous transmettre cette demande d’inscription ?**
 |
| **De préférence par e-mail (document numérisé) :**ou**Par courrier postal:** | audifr@riziv-inami.fgov.beINAMI, Service des soins de santé, team audiciensAvenue Galilée 5/011210 BRUXELLES |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| https://encrypted-tbn2.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcRoUOQwUzFUK3IcYRJdVnmyAl-n-PncN_OpTIpmAVDXDwENDio8TglBHQ | 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 > Audiciens](https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/audiciens/Pages/default.aspx) |