



**Statut social - Demande de prime**  
**Contestation de la décision rendue par le Service des Soins de Santé**

**I. Informations préalables :**

- Pour les demandes de prime, nous privilégions la voie électronique. Nous avons développé un module via lequel vous pouvez échanger toutes les informations nécessaires relative à votre dossier. Vous pouvez consulter votre dossier via [ProSanté](#) dans la rubrique « Statut social ».
- Veillez, de préférence, contester la décision relative à votre demande via ce service en ligne.**
- Si vous rencontrez un problème pour vous connecter à Prosanté.be, nous vous invitons à nous transmettre par email une capture d'écran afin que nous puissions vous aiguiller pour vous permettre de vous connecter.
- Malgré cela, si vous restez dans l'impossibilité d'introduire votre contestation de manière électronique, vous avez la possibilité de remplir ce formulaire, l'imprimer et nous le transmettre **par recommandé**. Les modalités se trouvent à la fin du document.
- Vous trouverez toutes les informations concernant le statut social en consultant notre site internet [www.inami.fgov.be](http://www.inami.fgov.be) à l'onglet « Professionnels » :
  - **Dentiste** : Cliquez sur Dentistes > [statut social](#)
  - **Infirmier** : Cliquez sur Infirmiers > [statut social](#)
  - **Kinésithérapeute** : Cliquez sur Kinésithérapeutes > [statut social](#)
  - **Logopède** : Cliquez sur Logopèdes > [statut social](#)
  - **Médecin** : Cliquez sur Médecins > interventions financières > [statut social](#)
  - **Pharmacien** : Cliquez sur Pharmaciens > [statut social](#)
  - **Pharmacien-biologiste** : Cliquez sur Médecins > interventions financières > [statut social](#)
  - **Sage-femme** : Cliquez sur Sages-femmes > [statut social](#)

**II. Vos données :**

<b>Votre numéro INAMI :</b>	
<b>La profession pour laquelle vous contestez :</b>	
<b>Votre nom et prénom :</b>	
<b>Votre adresse e-mail :</b>	
<b>Votre numéro de téléphone :</b>	

Votre nom et prénom :

Votre Numéro INAMI :

**III. Votre contestation :**

**Année pour laquelle vous contestez le statut social :**

*La contestation ne peut être introduite que dans les 60 jours à compter de la date de la notification de la décision. Au-delà de ce délai, votre demande ne sera pas traitée. Pour d'avantages d'informations, veuillez consulter notre [site internet](#).*

**Nombre de preuves annexées :**

Veillez énumérer vos preuves d'activités et/ou inactivités avec une explication courte en commentaire.

*Veillez joindre en annexe la ou les preuves justifiant votre contestation. Sans les preuves, nous serons dans l'impossibilité de traiter votre contestation. Veuillez consulter les types possibles par profession de preuves à apporter dans l'annexe de ce formulaire.  
Pour rappel : Le montant auquel vous pouvez prétendre dépend de votre seuil d'activité pour l'année concernée (= montant des remboursements des prestations ou nombres de prestations ou valeurs ou activité professionnelle hebdomadaire, enregistrés dans l'année de la prime).*

**IV. Votre déclaration :**

Par la signature du présent formulaire, je déclare que les renseignements communiqués dans les parties II et III sont corrects et que les documents justificatifs sont joints à la contestation.

Date :

Signature :

*À imprimer et à signer manuscritement*

**Annexe 1 : Comment envoyer ce formulaire ?**

Par pli postal **recommandé** dans les **60 jours** à compter de la date de la notification de la décision

<b>Profession</b>	<b>Adressez votre courrier à :</b>
Dentiste Médecin	INAMI, Service des soins de santé KLAVVIDT, Section médecins-dentistes Avenue Galilée, 5/01 1210 BRUXELLES
Infirmier	INAMI, Service des soins de santé KLAVVIDT, Section infirmiers Avenue Galilée, 5/01 1210 BRUXELLES
Kinésithérapeute	INAMI, Service des soins de santé KLAVVIDT, Section kinésithérapie Galilée 5/01, 1210 Bruxelles
Logopède	INAMI, Service des soins de santé KLAVVIDT, Section logopèdes Avenue Galilée, 5/01 1210 BRUXELLES
Pharmacien Pharmacien-biologiste	INAMI, Service des soins de santé KLAVVIDT, Section pharmaciens Avenue Galilée, 5/01 1210 BRUXELLES
Sage-femme	INAMI, Service des soins de santé KLAVVIDT, Section sage-femme Avenue Galilée, 5/01 1210 BRUXELLES

**Annexe : Tableau non-exhaustif de motifs potentiels et des preuves à apporter.**

**Cette liste et ces instructions sont indicatives, aucun droit ne peut en découler.**

Motif de la contestation	Nature de la preuve à apporter	Profession(s) concernée(s)
<p>J'atteins le seuil d'activité correspondant au montant de prime auquel je prétends, sans pour autant en dépasser le plafond (si tel est le cas pour votre profession).</p>	<p>Si vos prestations (en tout ou en partie) ont été légalement comptabilisées au nom d'un tiers (par exemple dans un service hospitalier, etc.), transmettez-nous <b>une preuve écrite</b> de cette construction et <b>déclaration sur l'honneur du tiers responsable afin de vous attribuer la part des prestations</b> pour l'entièreté de l'année de la prime.</p> <p>Les prestations doivent être exprimées en valeur suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dentistes, kinésithérapeutes, logopèdes et sages-femmes: nombre de prestations</li> <li>- Infirmiers, médecins et pharmaciens-biologistes : euros</li> </ul> <p>Si vous fournissez des prestations qui sont couvertes par l'assurance soins de santé obligatoire, mais qui ne sont pas comptabilisées en votre nom propre ou au nom d'un autre dispensateur (par exemple dans une maison médicale) ou si vous collaborez avec l'assurance soins de santé obligatoire pour remplir des tâches cliniques que cette assurance n'assume pas, mais qui contribuent à l'exécution de ces tâches (par exemple une activité d'hygiéniste), transmettez-nous <b>une preuve écrite du nombre d'heures d'activité</b>.</p> <p>Vous avez plusieurs possibilités :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contrat ou facture (détaillé(e) en heures) et preuve de paiement ;</li> <li>2. Document contresigné par le pharmacien titulaire stipulant le nombre d'heures prestées et en déterminant les périodes et lieux.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dentiste</li> <li>- Infirmier</li> <li>- Kinésithérapeute</li> <li>- Logopède</li> <li>- Médecin</li> <li>- Pharmacien-biologiste</li> <li>- Sage-femme</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecin</li> <li>- Pharmacien-biologiste</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pharmacien</li> </ul>
<p>J'ai des jours d'inactivité qui peuvent être pris en compte pour le calcul du seuil d'activité, sans que le total de ces périodes ne couvre la totalité de l'année de prime.</p>	<p>Pour ce qui est de l'inactivité professionnelle prévue à l'article 7, §2 de l'arrêté royal du 5 mai 2020, <b>cette preuve écrite</b> est composée d'une copie de la reconnaissance de l'incapacité de travail par le médecin-conseil, l'assureur-loi ou le Fond des maladies professionnelles, d'une attestation de l'employeur ou de la mutualité pour autant que ces données ne soient pas déjà prises en compte par l'INAMI dans la demande.</p> <p>Attention : Si votre inactivité couvre toute l'année, vous ne pouvez pas prétendre au statut social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dentiste</li> <li>- Infirmier</li> <li>- Kinésithérapeute</li> <li>- Logopède</li> <li>- Médecin</li> <li>- Pharmacien</li> <li>- Pharmacien-biologiste</li> <li>- Sage-femme</li> </ul>
<p>J'exerce comme indépendant à titre principal.</p>	<p>Preuve d'enregistrement auprès de la Banque-Carrefour des Entreprises (BCE)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infirmier</li> </ul>
<p>Je dépasse le seuil parce que des prestations d'un tiers sont comptabilisées sur mon nom.</p>	<p>Si vous dépassez le seuil parce que les prestations d'un autre dispensateur (par exemple, un aide-soignant) sont également enregistrées à votre nom, vous devez fournir une déclaration sur l'honneur indiquant la part qui a été fournie par vous ou par ce tiers.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infirmier</li> </ul>