|  |  |
| --- | --- |
|  | **Demande d’inscription****en tant qu’ergothérapeute à l’INAMI** |

|  |
| --- |
| 1. **Conditions d’inscription** :
 |
| * **Vous êtes agréé(e) en tant qu’ergothérapeute par la Communauté compétente.**
* **Vous avez reçu un visa du SPF Santé publique.**
* **Vous vous engagez à vous conformer aux dispositions réglementaires pour attester des prestations d’ergothérapie et vous respectez les honoraires fixés pour ces prestations (\*)**

***(\*) article 5 de l’arrêté royal du 19 novembre 2010 modifiant l’arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation*** |

|  |
| --- |
| 1. **Vos données :**
 |
| **Votre nom :** |   |
| **Votre prénom :** |   |
| **Votre numéro de registre national :***(Vous trouverez ce numéro au dos de votre carte d’identité. Vous n’êtes pas inscrit au registre national ? Indiquez alors votre numéro Bis)* |   |
| **Votre numéro de visa :***(Vous trouverez ce numéro sur le visa que vous avez reçu du SPF Santé publique)* |   |
| **Votre e-mail:***(Adresse mail où nous pouvons vous contacter)* |   |
| **Votre adresse de contact :***(Adresse postale où nous pouvons vous contacter : adresse* ***en Belgique*** *+ le cas échéant le nom de l’institution si vous exercez dans une institution et que vous l’indiquez comme adresse de contact)* | Rue, n°, boîte :  Code postal, commune : Nom institution :  |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Votre adresse professionnelle principale :***(Adresse où vous exercez votre activité principale en tant qu’ergothérapeute + le cas échéant le nom de l’institution si vous exercez dans une institution)* |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Votre adresse professionnelle principale = Votre adresse de contact (voir ci-dessus) |  |
| [ ]  autre adresse : |  |

Rue, n°, boîte :  Code postal, commune : Nom institution :  |

|  |
| --- |
| 1. **Votre déclaration :**
 |
| *En signant cette demande d’inscription, vous déclarez que les données complétées sont correctes et que vous remplissez les conditions d’inscription du point I.*Date : Signature :*(À imprimer et à signer. Préférez-vous signer électroniquement ? Alors, veuillez convertir ce document en format PDF après avoir complété correctement toutes les données. Ensuite, optez pour Outils > Certificats > Signature numérique et signez électroniquement au moyen de votre code PIN).* |

|  |
| --- |
| 1. **Comment envoyer ce formulaire ?**
 |
| **De préférence par e-mail (document scanné):***Ou***Par la poste :** | ergofr@riziv-inami.fgov.beINAMI, Service des Soins de santéSection ErgothérapeutesAvenue 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 des prestations d’ergothérapie, les honoraires et montants de l’intervention de l’assurance, la commande d’attestations,…) sur notre site internet [www.inami.be > Professionnels > Ergothérapeutes](http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/ergotherapeutes/Pages/default.aspx) |