

**Institut National d’Assurance Maladie - Invalidité**

**Formulaire de candidature pour projet pilote dans le cadre de l’article 56, §1 de la loi SSI (14 juillet 1994)**

**«Hygiénistes bucco-dentaire (2021-2022)»**

**Envoyez votre candidature au plus tard pour le 31 août 2021**

Par e-mail : cndm-nctz@riziv-inami.fgov.be

**1. Informations relatives au praticien de l’art dentaire**

Nom et prénom : Adresse de contact :

Adresse(s) de pratique si différente : Téléphone : E-mail :

N°INAMI :

Numéro BCE :

Date de début d’activité en Belgique :

**Engagements du praticien de l’art dentaire :**

* Je certifie être accrédité en 2020 et être inscrit auprès d’un service de garde reconnu ;
* Je certifie respecter la règlementation concernant l’exercice de la pratique et la loi relative à l’Assurance-Maladie-Indemnités, en particulier les aspects liés à l’AFCN, aux valeurs P, aux condamnations du SECM ;
* Je certifie disposer des installations nécessaires pour accueillir un hygiéniste en respectant les critères de qualité (par analogie aux conditions des maîtres de stage dentiste généraliste ou dentiste spécialiste) ; j’autorise l’INAMI à vérifier la conformité de cet aspect ;
* Je certifie être capable de facturer électroniquement avec e-Fact ou e-Attest à partir du 1er octobre 2021 ;
* J’autorise l’INAMI à vérifier si je remplis les conditions d’activité minimale en 2019 dans le cadre de l’assurance soins de santé (à savoir 2 500 prestations remboursables pour un dentiste généraliste ou 2 000 prestations remboursables pour les spécialistes en parodontologie et orthodontie) pour participer au projet ;

**2. Informations relatives à l’hygiéniste bucco-dentaire**

Nom et prénom : Adresse de contact : Téléphone : E-mail : Date d’obtention du visa du SPF Santé :

Numéro BCE (le cas échéant) :

Date de début d’activité en tant qu’hygiéniste en Belgique :

**3. Informations relatives au cabinet dentaire où aura lieu la collaboration dans le cadre du projet**

Dénomination :

Adresse :

Coordonnées du propriétaire[[1]](#footnote-1) : N° BCE de l’entité :

Nom du gérant :

 **4. Documents à fournir :**

* Je joins en annexe de ce formulaire de candidature le contrat de collaboration entre l’hygiéniste et le praticien de l’art dentaire.
* Je joins en annexe de ce formulaire de candidature les accords concernant la répartition des rémunérations perçues dans le cadre du projet.

Les candidats retenus seront contactés par le secrétariat de la CNDM et devront signer une convention avec le Comité de l’assurance qui reprendra les modalités de la participation au projet.

Si vous avez des questions concernant ce formulaire, veuillez contacter le secrétariat de la CNDM : cndm-nctz@riziv-inami.fgov.be

**Signature du praticien de l’art dentaire :**  **Signature de l’hygiéniste bucco-dentaire :**

**Signature du propriétaire (1) :**

1. Si différent du praticien de l’art dentaire mentionné sous 1. [↑](#footnote-ref-1)