



## Demande d'inscription en qualité d'hygiéniste bucco-dentaire auprès de l'INAMI

### I. Conditions d'inscription

- Vous avez reçu un visa d'hygiéniste bucco-dentaire du [SPF Santé Publique](#) ;
- Vous avez un agrément en tant qu'hygiéniste bucco-dentaire obtenu de l'autorité compétente ([Agentschap Zorg en Gezondheid](#) ou [Fédération Wallonie-Bruxelles](#)) ;
- Vous souhaitez effectuer des actes de [l'article 5 de la nomenclature](#) dans les limites des modalités prévues par l'accord national dento-mutualiste en vigueur.

### II. Vos données d'identification *(toutes ces données doivent obligatoirement nous être communiquées)*

<b>Votre nom :</b>	
<b>Votre prénom :</b>	
<b>Votre numéro de registre national :</b> <i>(Vous trouverez ce numéro au verso de votre carte d'identité. Vous n'êtes pas inscrit au registre national ? Veuillez alors mentionner votre numéro bis)</i>	
<b>Votre numéro de visa :</b> <i>(Ce numéro se trouve sur le visa que vous avez obtenu du SPF Santé publique)</i>	
<b>Votre adresse email :</b> <i>(Adresse email à laquelle nous pouvons vous contacter)</i>	
<b>Votre adresse de contact :</b> <i>(Adresse à laquelle nous pouvons vous contacter: adresse <b>impérativement</b> en Belgique + le cas échéant, le nom du demeurant ou de l'établissement situé à cette adresse)</i>	Rue, n°, Bte :
	Code postal, localité :
	Dénomination :

*Veuillez également remplir et signer le verso de ce formulaire*

### III. Vos données professionnelles

**Votre adresse de travail principale :**

*(Adresse où vous effectuez votre activité de l'article 5 de la nomenclature en tant qu'hygiéniste bucco-dentaire.)*

**Option 1 :** L'adresse de contact est l'adresse de travail

**Option 2 :** Autre adresse

Rue, n°, Bte :

Code postal, localité :

Dénomination :

### IV. Votre déclaration

En signant ce formulaire d'inscription, je déclare que je remplis les conditions d'inscription 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, de préférence via le portail [ProSanté \(www.inami.be > Programmes web > ProSanté\)](http://www.inami.be)

Date :

Signature :

À remplir et signer de préférence électroniquement ([eid.belgium.be > Questions & Réponses > Signatures numériques](http://eid.belgium.be))

### V. Comment nous transmettre la demande ?

**De préférence par email (document numérisé) :** [hygienistefr@riziv-inami.fgov.be](mailto:hygienistefr@riziv-inami.fgov.be)

*Ou*

**Par courrier postal:**

INAMI, Service des soins de santé, Team hygiénistes  
Avenue Galilée 5/01 - 1210 BRUXELLES



Vous trouverez plus d'informations sur l'exercice de votre profession sur notre site [www.inami.be > Professionnels > Hygiénistes bucco-dentaires](http://www.inami.be)