

# FORMULAIRE DE DEMANDE POUR L'EXERCICE . . . .

## Régime d'avantages sociaux pour les NOUVEAUX kinésithérapeutes

Renvoyer ce formulaire dûment complété pour l'année concernée **entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 mars** de l'année suivante à l'attention de :

INAMI  
Service Soins de Santé  
Rue Fabry, 25  
4000 Liège

Tél. : 02.739.74.79 (call-center : lundi et jeudi de 13h à 16h – mardi, mercredi et vendredi de 9h à 12h)

Je, soussigné(e), (nom et prénom) ....., kinésithérapeute, demande à bénéficier des avantages prévus par l'arrêté royal du 23 janvier 2004 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains kinésithérapeutes.

### Renseignements concernant le demandeur

Adresse de contact : .....

Code postal/Commune : .....

Tél. : .....

Numéro registre national : .....

Date de naissance : .....

Numéro INAMI : .....

Si d'application (A.R. du 23/01/2004 – art 5):

- Je bénéficie de la pension légale de retraite depuis .....
- Si d'application pour l'année concernée (A.R. du 23/01/2004 – art 5):
  - Je n'étais pas en possession de l'agrément accordé par le ministre compétent en matière de Santé publique durant plus de 15 jours calendrier, suite au retrait de cet agrément, et ce à dater du .....
  - Je me suis vu(e) infliger une amende de 1.000 euros au moins par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux, en date du .....
  - J'ai été condamné(e) par un juge à une interdiction d'exercer la kinésithérapie pour une période de plus de 15 jours calendrier, et ce à dater du .....

### Renseignements concernant le contrat d'assurance

(À remplir par l'institution de pension ou la compagnie d'assurance)

Institution de pension ou compagnie d'assurance : .....

Cachet de l'institution de pension ou de  
la compagnie d'assurance

Numéro du contrat : .....

Nature du contrat (A.R. 23/01/2004 – art.1) : .....

Date de prise d'effet du contrat : .....

Date d'expiration éventuelle : .....

IBAN - numéro de compte pour la gestion du contrat : .....



..... (numéro de compte unique valable pour tous les dispensateurs)

BIC – Code d'identification bancaire : .....

Nom du responsable de gestion des contrats : ..... Tél : .....

Il est attesté que le contrat répond aux dispositions contenues à l'article 46, § 1 de la loi-programme du 24 décembre 2002 qui introduit une notion de régime de solidarité dans les conventions de pension.

Le soussigné déclare qu'un contrat d'assurance a été conclu aux conditions fixées par l'arrêté royal du 23 janvier 2004 et s'interdit d'apporter au contrat une modification quelconque qui serait contraire aux dispositions de cet arrêté royal.

Je prie dès lors le Service des soins de santé de l'INAMI de verser à l'institution de pension ou compagnie d'assurance susnommée, le montant de la cotisation.

**Signature et date** (précédé de la mention « **lu et approuvé** »)

**Ne pas oublier de compléter le verso**

# DECLARATION D'ACTIVITE SUR L'HONNEUR

A remplir par le NOUVEAU kinésithérapeute

Je soussigné(e) (nom et prénom) ..... déclare sur l'honneur avoir dispensé pendant l'année ..... un nombre de prestations **OU** de valeurs M **équivalent ou supérieur à** : (cocher au point 1 la case en regard du nombre de **mois complets auxquels vous avez adhéré à la convention** ou, si d'application, une case au point 2)

**N.B. : le nombre de prestations déclaré ci-dessous ne peut en aucun cas être supérieur à 6.500 (ou 156.000 valeurs M).**

		Seuil 1		Seuil 2		Seuil 3	
		Mois	Prestat.	ou Valeurs M	Prestat.	ou Valeurs M	Prestat.
1.	1	125	3.000	192	4.600	250	6.000
	2	250	6.000	383	9.200	500	12.000
	3	375	9.000	575	13.800	750	18.000
	4	500	12.000	767	18.400	1.000	24.000
	5	625	15.000	958	23.000	1.250	30.000
	6	750	18.000	1.150	27.600	1.500	36.000
	7	875	21.000	1.342	32.200	1.750	42.000
	8	1.000	24.000	1.533	36.800	2.000	48.000
	9	1.125	27.000	1.725	41.400	2.250	54.000
	10	1.250	30.000	1.917	46.000	2.500	60.000
	11	1.375	33.000	2.108	50.600	2.750	66.000

Si vous avez des journées d'inactivité\* et si vous n'atteignez pas un des seuils visés ci-dessus, il est possible de réduire ces nombres proportionnellement au nombre de journées d'inactivité\* durant l'année concernée.

En appliquant aux seuils ci-dessus le coefficient de réduction calculé comme suit

$$\left[ \frac{\text{Nombre de jours à prester}^1 - \text{nombre de journées d'inactivité}}{\text{Nombre de jours à prester}^1} \right]$$

j'atteins :

<input type="checkbox"/>	le seuil 1 réduit	<input type="checkbox"/>	le seuil 2 réduit	<input type="checkbox"/>	le seuil 3 réduit
--------------------------	-------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	-------------------

<sup>1</sup> Nombre de mois **complets** d'adhésion à la convention multiplié par **18,5** (= nombre moyen de jours de travail par mois)

\*Par **journées d'inactivité**, on entend exclusivement les journées assimilées pour le calcul de la pension qui résultent :

- a) d'une maladie, d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle entraînant une incapacité au sens de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants ;
- b) d'une interruption ou de non reprise du travail pour raison de repos, au plus tôt à partir du cinquième mois de grossesse, comme visé à l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 4<sup>o</sup>, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 ;
- c) d'un congé de paternité comme visé à l'article 30, § 2 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail.

Vous devez joindre à la présente déclaration sur l'honneur, selon le cas :

- pour a), une **copie de la reconnaissance d'incapacité de travail** par le médecin conseil de la mutualité, l'assureur-loi ou Fedris (Agence fédérale des risques professionnels) ;
- pour b), une **attestation de la mutualité** ;
- pour c), une **attestation de l'employeur**.

**Les seules prestations prises en considération sont celles dispensées dans le cadre de l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé telles que visées à l'article 35 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.**

Je déclare que l'activité susmentionnée a donné lieu au paiement de cotisations sociales en tant que salarié ou indépendant.

Fait à ....., le .....

Signature :

### IMPORTANT :

*Le soussigné doit savoir que faire ou utiliser des déclarations fausses peut entraîner des amendes ou des peines de prison conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 31 mai 1933 concernant les déclarations à faire en matière de subventions, indemnités et allocations de toute nature, qui sont, en tout ou en partie, à charge de l'Etat. Dans ce cas, elles peuvent être transmises à qui de droit.*