|  |  |
| --- | --- |
|  | **Statut social – Avantage de convention pour les pharmaciens pensionnés**  **Demande de prime pour les années 2016-2018** |

|  |
| --- |
| 1. **Conditions d’octroi de la prime** : |
| **Pour l’obtention de la prime/des primes annuelle(s) que vous sollicitez, vous devez remplir les conditions telles que fixées dans l’arrêté royal du 24 septembre 2019 instaurant un régime d’avantages aux dispensateurs de soins qui sont réputés avoir adhéré aux accords et conventions après la prise en charge de la pension légale de retraite :**   * **Vous avez bénéficié de votre pension légale de retraite au cours de l’année de la prime ou à une date antérieure ;** * **Vous remplissez les conditions d’application pour les avantages sociaux. Cela signifie en particulier qu’au cours de l’année complète de bénéfice de la prime (ou le cas échéant jusqu’au moment où vous avez complètement cessé votre activité au cours de cette année) :** * **vous avez été actif/active dans le cadre de l’assurance maladie obligatoire et vous avez rempli les conditions relatives au seuil d’activité** * **vous étiez conventionné(e) ;** * **Vous n’avez pas encore reçu d’avantage social pour l’année/les années de prime.** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Vos données :** | | |
| **Votre numéro INAMI :** |  | |
| **Votre nom et prénom :** |  | |
| **Votre adresse e-mail :** |  | |
| **Votre numéro de téléphone :** |  | |
| **Date de votre pension légale de retraite** |  | |
| **Numéro de compte bancaire pour le versement de la prime :** | BE | |
| **Destinataire fiscal de ce numéro de compte:**  *(c’est le nom auquel nous établirons la fiche fiscale liée au paiement ; une personne morale doit toujours être votre société ou la personne morale dans laquelle, aux termes d'une convention écrite, vous exercez votre activité (para)médicale – ou une partie de celle-ci dans le cadre de l'assurance maladie)* | moi-même | |
| une personne morale  avec le n° BCE suivant : | Dddddd0 |

***Veuillez également compléter / signer le verso du document.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Années pour lesquelles vous demandez la prime :**   *(Vous ne savez plus si vous avez déjà reçu un avantage social pour une ou plusieurs des années mentionnées ci-après ? Cochez alors l’année ou les années en question. Nous vérifierons les éventuels doublons dans votre dossier.)* | | |
| **Année :** | **Demande de prime oui/non :**  *(cochez si «oui»)* | **Votre qualité / activité en tant que pharmacien:**  *(cochez ce qui convient; si pour l’année complète ou une partie de celle-ci, vous avez travaillé en tant que pharmacien-biologiste, adjoint ou remplaçant, veuillez cocher votre activité moyenne par semaine sur une base annuelle)* |
| 2016 |  | A. Titulaire pharmacie  B. Pharmacien-biologiste, non-titulaire pharmacie ou combinaison titulaire & non-titulaire  B1. Min 38h/sem  B2. Min. 28h/sem  B3. Min. 19h/sem |
| 2017 |  | A. Titulaire pharmacie  B. Pharmacien-biologiste, non-titulaire pharmacie ou combinaison titulaire & non-titulaire  B1. Min 38h/sem  B2. Min. 28h/sem  B3. Min. 19h/sem |
| 2018 |  | A. Titulaire pharmacie  B. Pharmacien-biologiste, non-titulaire pharmacie ou combinaison titulaire & non-titulaire  B1. Min 38h/sem  B2. Min. 28h/sem  B3. Min. 19h/sem |
| *(\*)Si au cours de l’année de demande de prime (pour toute l’année ou partie de celle-ci), vous étiez actif en tant qu’adjoint ou remplaçant, veuillez détailler en annexe pour chaque année de demande de prime et pour chaque pharmacie votre période de travail, le numéro APB de la pharmacie et le nombre réel d’heures prestées par an. Calculée en nombre réel d’heures prestées par an (hors journées de vacances), une activité à temps plein correspond à minimum 1748 heures, une activité à 75 % à minimum 1288 heures et une activité mi-temps à minimum 874 heures. Ce détail doit être contresigné par le titulaire de chaque pharmacie mentionnée. Vous nous avez déjà fait parvenir un détail de votre activité dans le cadre d’une de vos demandes d’avantages sociaux ? Alors nous la prendrons en compte et vous ne devez pas joindre un nouveau détail en annexe.*  *Vous travailliez en tant que pharmacien-biologiste, adjoint ou remplaçant et vous étiez en incapacité de travail au cours de l’année pour laquelle vous introduisez votre demande de prime ? Alors le montant de la prime peut être calculé au prorata du nombre de jours d’incapacité. Dans ce cas, veuillez joindre une attestation écrite de votre incapacité de travail.* | | |

|  |
| --- |
| 1. **Votre déclaration :** |
| Par la signature du présent formulaire de demande, je déclare remplir les conditions d’octroi telles qu’elles sont définies dans la partie I et que les renseignements communiqués dans les parties II et III sont corrects.  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 via e-mail :**  *Ou*  **Par pli postal :** | [dossierpharma@riziv-inami.fgov.be](mailto:dossierpharma@riziv-inami.fgov.be)  INAMI, Service des soins de santé  KLAVVIDT, équipe pharmaciens  Avenue de Tervueren 211, 1150 BRUXELLES |
|  |  |