

DEMANDE D'INTERVENTION INAMI
DANS LES COÛTS D'UN LOGICIEL DE GESTION DE DOSSIERS PATIENTS

A. A remplir par le praticien de l'art infirmier et le cas échéant par son représentant

A.1. Je soussigné(représentant du praticien de l'art infirmier),
..... (Nom + prénom)
.....(Rue, numéro, boîte)
.....(Code postal – Commune)

introduis une demande d'intervention dans les coûts d'un logiciel de gestion de dossiers patients avec les références (nom et version du logiciel) :
.....

A.2. Je soussigné (praticien de l'art infirmier),
.....(Nom + prénom)
.....(Numéro d'identification INAMI)
..... (Rue, numéro, boîte)
.....(Code postal – Commune)

introduis une demande d'intervention dans les coûts d'un logiciel de gestion de dossiers patients avec les références (nom et version du logiciel) :
.....

Par la présente, je déclare sur l'honneur que au cours de l'année..... je suis effectivement en possession du logiciel précité et que je l'utilise en vue de la gestion électronique de mes dossiers patients et que j'ai une activité minimum qui correspond à un montant d'intervention de 33.000 euro au cours de cette année.

J'utilise le même logiciel avec les praticiens de l'art infirmier mentionnés ci-après :.....
.....

A.3. Numéro de compte bancaire ou de CCP sur lequel l'intervention doit être versée

IBAN

BIC _____

A. 4.
Date :
Signature du praticien de l'art infirmier :

Le cas échéant :
Date :
Signature du représentant du praticien de l'art infirmier :

B. A remplir par le fournisseur de logiciel

Le soussigné (nom + prénom)
qui preste pour la firme (nom du fournisseur du logiciel)
confirme par la présente que le praticien de l'art infirmier.....
(nom du praticien de l'art infirmier) au cours de l'année était effectivement en
possession du logiciel mentionné par lui au point A.

Je confirme la déclaration du praticien de l'art infirmier au point A.2. de ce formulaire concernant
l'utilisation commune du même logiciel par plusieurs praticiens de l'art infirmier.

Date :

Signature :

Renvoyer ce formulaire dûment complété accompagné d'une attestation de la Caisse
d'assurances sociales et/ou de l'employeur, délivrée au plus tôt 60 jours avant l'introduction de la
présente demande, à :

INAMI
Service soins de santé
Avenue de Tervueren 211
1150 BRUXELLES

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.