

**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. Veuillez indiquer le numéro de compte sur lequel la paiement doit être exécuté via l'application on line que l'INAMI a mis à votre disposition : www.myinami.be sinon le paiement ne pourra pas être effectué. (*)

() Les numéros de compte pour toutes les indemnités versées par l'Inami sont gérés au moyen d'une application web pour la gestion en ligne des données d'identification et des données financières. Cette application web vous permet de vérifier les données financières connues de l'Inami et , le cas échéant, de modifier ces données financières. Si votre numéro de compte a déjà été enregistré, vous n'êtes pas tenue de communiquer de nouvelles données via l'application web pour l'intervention relative à l'année calendrier.*

A. 4.

Date :

Signature du praticien de l'art infirmier :
 (Cette signature est obligatoire)

Si le volet A 1 est complété :

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 de logiciel)
confirme par la présente que le praticien de l'art infirmier.....(nom du
praticien de l'art infirmier) au cours de l'annéeétait 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
Rue Fabry 25
4000 LIEGE**

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.