|  |  |
| --- | --- |
|  | **Statut social – avantage social pour les pharmaciens**  **Demande de prime pour 2019** |

|  |
| --- |
| 1. **Informations préalables :** |
| * Pour la prime de l’année 2019 (à demander en 2020), nous privilégions la voie électronique. Nous avons développé un module dans MyInami qui crée automatiquement une demande pour tous les dispensateurs qui répondent aux critères de base pour le statut social et pour lequel nous disposons d’un contrat. Vous pouvez consulter votre dossier via [MyInami](https://www.inami.fgov.be/fr/programmes-web/Pages/my-inami.aspx) dans la rubrique « statut social ». * Il est possible de créer une demande s’il n’y en a pas encore, ou de modifier les informations relatives à votre situation via ce service en ligne. * Si votre compagnie d’assurance ne nous a pas transmis de contrat digital (disponible sur MyInami), vous pouvez nous transmettre votre demande par recommandé. Les modalités se trouvent à la fin du document. * Vous trouverez toutes les informations concernant le statut social en consultant [notre site internet](file:///d:/data/BW5231/Downloads/-%09https:/www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/pharmaciens/Pages/statut-social-pharmacien.aspx). |

|  |
| --- |
| 1. **Conditions d’octroi de la prime** : |
| **Pour l’obtention de la prime 2019 que vous sollicitez, vous devez remplir les conditions telles que fixées dans l’arrêté royal du 5 mai 2020 instituant un régime d'avantages sociaux et d'autres avantages à certains dispensateurs de soins qui sont réputés avoir adhéré aux accords ou conventions qui les concernent.**  **Cela signifie en particulier qu’au cours de l’année complète 2019 (ou le cas échéant à partir du moment où vous êtes inscrit à l’INAMI) :**   * **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) ;** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Vos données :** | |
| **Votre numéro INAMI :** |  |
| **Votre nom et prénom :** |  |
| **Votre adresse e-mail :** |  |
| **Votre numéro de téléphone :** |  |
| **Compagnie d’assurance auprès de laquelle vous êtes affilié :** |  |
| **Numéro du contrat :** |  |
| **Date de début du contrat :** |  |

|  |
| --- |
| 1. **Informations concernant votre activité en 2019** |
| **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)* |
| A. Titulaire pharmacie (prime de 3009,75€)  B. Pharmacien-biologiste, non-titulaire pharmacie ou combinaison titulaire & non-titulaire  B1. Min 38h/sem (prime de 3009,75€)  B2. Min. 28h/sem (prime de 2257,31€)  B3. Min. 19h/sem (prime de 1504,88€) |
| *Si au cours de l’année 2019 (pour toute l’année ou partie de celle-ci), vous étiez actif en tant qu’adjoint ou remplaçant, veuillez détailler en annexe 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 (y compris les journées de vacances), une activité à temps plein correspond à minimum 1877 heures, une activité à 75 % à minimum 1383 heures et une activité mi-temps à minimum 939 heures. Ce détail doit être contresigné par le titulaire de chaque pharmacie mentionnée.*  *Vous avez des jours d’inactivité (incapacité de travail, congé de maternité,…) au cours de l’année pour laquelle vous introduisez votre demande de prime ? Alors le seuil d’activité est calculé au prorata du nombre de jours d’incapacité. Dans ce cas, veuillez joindre une attestation écrite de votre incapacité de travail.*  *Vous avez débuté votre activité professionnelle au cours de l’année 2019 ? Alors le montant de la prime est calculé au prorata du nombre de mois complets d’activité.* |

|  |
| --- |
| 1. **Commentaires éventuels**   (mentionner ici vos commentaires et/ou annexe(s)) |
|  |

|  |
| --- |
| 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 II et que les renseignements communiqués dans les parties III, IV et V sont corrects.  **Je joins une copie du contrat d’assurance au présent courrier.**  Date :  Signature : |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Comment envoyer ce formulaire ?** | |
| Par pli postal **recommandé :** | INAMI, Service des soins de santé  KLAVVIDT, équipe pharmaciens  Avenue Galilée 5/01, 1210 BRUXELLES |
|  |  |