|  |  |
| --- | --- |
|  | **Demande d’inscription par l’INAMI**  **à la Banque-carrefour des entreprises (BCE) de certains dispensateurs de soins en tant que percepteurs étrangers via reçu-attestation de soins** |

|  |
| --- |
| 1. **Conditions d’inscription par l’INAMI** : |
| **L’INAMI initie l’inscription à la BCE pour un groupe cible restreint spécifique de dispensateurs de soins qui n’ont pas accès à cette inscription par le canal habituel.**  **Conditions cumulatives d’inscription via l’INAMI :**   * **Vous disposez d’un numéro INAMI** en tant que dispensateur de soins * **Vous exercez une activité professionnelle indépendante en tant que dispensateur de soins en Belgique et vous percevez via des attestations de soins des honoraires « en personne physique » ou « en société »** * **Votre adresse de domicile (si vous percevez des honoraires comme « personne physique ») ou l’adresse de votre siège social (si vous percevez des honoraires « en société ») ne se situe pas en Belgique** * **Vous n’avez pas non plus d’unité d’établissement en Belgique** (\*) * **Vous n’avez pas déjà obtenu un numéro BCE par un autre canal d’initiation en lien avec votre activité de dispensateur de soins en Belgique.**   *(\*) Toutes les entités qui disposent en Belgique d’une unité d’établissement doivent s’adresser à un guichet d’entreprise de leur choix* |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Données de l’entité à inscrire** : | |
| **Identification de l’entité:**  *(Il s’agit du type d’entité qui perçoit pour votre activité des honoraires via des reçus-attestations de soins; si le type = “personne physique” nous avons besoin de votre numéro de registre bis, si le type = “personne morale” nous avons besoin de la dénomination, les données d’adresse, la langue et les statuts de votre entité)* | |  |  | | --- | --- | | Personne physique   * Votre numéro de registre bis:   ***Ou*** |  | | Personne morale   * Dénomination:   Rue, n°, (boîte):  Code postal, commune:  Pays:    Langue (NL/FR/DE/EN ou Autres):    Statuts: *Veuillez joindre une copie des statuts à ce formulaire* |  | |
| **Date de début de l’entité en Belgique :**  *(Il s’agit de la date à partir de laquelle vous exercez votre activité en Belgique et pour laquelle vous percevez des honoraires via des reçus-attestations de soins)* |  |

*Veuillez aussi compléter le verso du présent document et le signer*

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Vos données personnelles:** | |
| **Votre nom :** |  |
| **Votre prénom :** |  |
| **Votre nationalité :** |  |
| **Votre numéro INAMI :**  *Ce numéro vous a été attribué par l’INAMI au moment de votre inscription à l’INAMI et est composé de 11 chiffres)* |  |

|  |
| --- |
| 1. **Votre déclaration :** |
| *En signant cette demande d’inscription, vous déclarez que les renseignements complétés sont corrects et que vous remplissez les conditions d’inscription du point I.*  Date :  Signature : |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Comment envoyer ce formulaire ?** | |
| Transmettez cette demande à l’INAMI par e-mail (document scanné) à [KBO-BCE@riziv-inami.fgov.be](mailto:KBO-BCE@riziv-inami.fgov.be) | |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| [https://encrypted-tbn2.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcRoUOQwUzFUK3IcYRJdVnmyAl-n-PncN_OpTIpmAVDXDwENDio8TglBHQ](https://www.google.be/imgres?imgurl=http://www.stadtmarketing-amberg.de/wp-content/uploads/info.gif&imgrefurl=http://www.stadtmarketing-amberg.de/eine-seite/einkaufsfuhrer/&docid=2ESUIcAgl24aKM&tbnid=FsUav2SNG-VyEM&w=450&h=450&ei=y3l8VPnhD8jfaLjvgpAM&ved=0CAYQxiAwBA&iact=c) | * + Vous trouverez plus d’infos concernant l’obtention d’un numéro INAMI en tant que dispensateur de soins sur le site web [www.inami.be](http://www.riziv.be) > Professionnels > Votre groupe professionnel   + Vous trouverez plus d’infos sur la commande des attestations de soins donnés sur le site web de Medattest >  <https://www.medattest.be/site/fr/applications/Riziv/index.html> |