

RECOMMANDEE

Commission nationale médico-mutualiste

I.N.A.M.I.
Service des soins de santé
Avenue de Tervuren 211
1150 BRUXELLES

Concerne: Accord national médico-mutualiste du 21 décembre 2011.

Monsieur le Président,

Je, soussigné, Médecin de médecine générale,

Nom et prénoms

Adresse complète

Numéro d'identification I.N.A.M.I.....

Déclare exercer mon activité professionnelle conformément aux clauses de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 21 décembre 2011, dans les conditions de temps et de lieu suivantes :

- a) Consultations, rendez-vous et prestations au cabinet, en dehors des termes de l'accord, d'un maximum de trois fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues (point 8.2.2.2. « Périodes et conditions du conventionnement partiel »)

<i>Jours</i>	<i>Lieu</i>	<i>Heures:</i>

- b) Toutes les autres prestations réalisées en dehors des plages définies au point a) ci-dessus seront exercées conformément aux termes de l'accord. J'atteste sur l'honneur et je m'engage qu'elles représentent et représenteront au moins les trois quart de l'ensemble de ma pratique. Pour information, je renseigne ci-dessous les plages prédéfinies pour la dispensation de ces prestations :

<i>Jours</i>	<i>Lieu</i>	<i>Heures:</i>

Date :

Signature :