

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
 AVENUE DE TERVUEREN 211 — 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

Nom, Prénom:
Adresse:
N° INAMI :
N° de compte bancaire ou de compte
Cheque postal :

ACCREDITATION 2010 des praticiens de l'art dentaire Feuille de présence individuelle

1) Participation au peer review

L'organisateur de peer-review qui y appose son cachet atteste avoir enregistré la présence du détenteur du présent document.

N° D'AGREMENT PEER REVIEW	DATE	N° DE L'ORGANISATEUR	SIGNATURE + CACHET DU RESPONSABLE.

2) Participation aux activités de formation complémentaire

A compléter par le praticien de l'art dentaire.

N° D'AGREMENT DE L'ACTIVITE	DATE	DOMAINE	DENOMINATION DES ACTIVITES	UA	N° DE L'ORGANISATEUR

N.B. Afin d'obtenir l'accréditation 2010, le praticien de l'art dentaire doit remplir le présent document et le retourner par recommandé avant le 31 mars 2011 à Monsieur le Président du Groupe de direction Promotion de la qualité de l'art dentaire Avenue de Tervueren 211, 1150 BRUXELLES. *L'Accréditation étant personnelle, la feuille de présence individuelle 2010 doit être envoyée individuellement par recommandé.*

N° D'AGREMENT DE L'ACTIVITE	DATE	DOMAINE	DENOMINATION DES ACTIVITES	UA	N° DE L'ORGANISATEUR

TOTAL GENERAL UA

LE REGISTRE DU CABINET

A cette fin, il est envoyé pour tous les lieux où le praticien de l'art dentaire exerce son art, par adresse de cabinet, un "Registre du cabinet dans le cadre de l'Accréditation" dûment complété (voir annexe 1/2 – par cabinet supplémentaire faire une photocopie et remplir). Pour être pris en considération en vue de l'accréditation, tous les cabinets où le praticien de l'art dentaire exerce son art doivent être en ordre sur le plan légal.

Compléter le registre du cabinet dentaire uniquement si c'est la première année d'accréditation ou si dans le courant de l'année 2010 les données concernant le registre du cabinet dentaire ont changées.

Le/la soussigné/e envoie le/les registre/s du cabinet dentaire avec la feuille individuelle de présence.

OUI/NON (1)

LE SEUIL D'ACTIVITE

Le/la soussigné/e déclare sur l'honneur qu'il/elle a effectué, dans le courant de l'année 2010, un minimum de 300 prestations de soins dentaires dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Les données fournies sont CONFIDENTIELLES et seront utilisées exclusivement par le Groupe de direction en vue de l'approbation de la demande d'accréditation des praticiens de l'art dentaire et d'une analyse globale de la profession en Belgique.

Le/la soussigné/e reconnaît que la communication de toute information inexacte peut entraîner un refus ou une suspension de l'accréditation avec remboursement des honoraires d'accréditation et déclare que toutes les données mentionnées sont exactes et que toute modification sera communiquée sur-le-champ au Groupe de Direction.

("Lu et approuvé", écrit de sa main)

Date :

Signature :

(1) Biffer la mention inutile