|  |  |
| --- | --- |
|  | **Demande d’inscription****en tant que podologue à l’INAMI** |

|  |
| --- |
| 1. **Conditions d’inscription** :
 |
| * **Vous êtes agréé en tant que podologue par la Communauté compétente.**
* **Vous avez reçu un visa du SPF Santé publique.**
* **Vous vous engagez à vous conformer aux dispositions réglementaires pour attester des prestations de podologie et vous respectez les honoraires fixés pour ces prestations (\*)**

***(\*) Chapitre I, point B. de l’annexe à l’AR du 10/01/1991 fixant la nomenclature des prestations de rééducation*** |

|  |
| --- |
| 1. **Vos données :**
 |
| **Votre nom :** |   |
| **Votre prénom :** |   |
| **Votre numéro de registre national :***(Vous trouverez ce numéro au dos de votre carte d’identité. Vous n’êtes pas inscrit au registre national ? Indiquez alors votre numéro Bis)* |   |
| **Votre numéro de visa :***(Vous trouverez ce numéro sur le visa que vous avez reçu du SPF Santé publique)* |   |
| **Votre e-mail:***(Adresse mail où nous pouvons vous contacter)* |   |
| **Votre adresse de contact :***(Adresse postale où nous pouvons vous contacter : adresse en Belgique + le cas échéant le nom de l’institution si vous exercez dans une institution et que vous l’indiquez comme adresse de contact)* | Rue, n°, boîte :  Code postal, commune : Nom institution :  |

*Prière de compléter aussi le verso de ce formulaire et de le signer*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Votre adresse professionnelle principale :***(Adresse où vous exercez votre activité principale en tant que podologue + le cas échéant le nom de l’institution si vous exercez dan une institution)* |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Votre adresse professionnelle principale = Votre adresse de contact (voir ci-dessus) |  |
| [ ]  autre adresse : |  |

Rue, n°, boîte :  Code postal, commune : Nom institution :  |
| **Avez-vous suivi une formation d’éducateur en diabétologie ?** |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Oui  | *(joignez dans ce cas à cette demande une copie de votre attestation de formation)* |
| [ ]  Non |  |

 |

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

|  |
| --- |
| 1. **Comment envoyer ce formulaire ?**
 |
| **De préférence par e-mail (document scanné):***Ou***Par la poste :** | podofr@riziv-inami.fgov.be INAMI, Service des Soins de santéSection PodologuesRue Fabry 25, 4000 LIEGE |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| https://encrypted-tbn2.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcRoUOQwUzFUK3IcYRJdVnmyAl-n-PncN_OpTIpmAVDXDwENDio8TglBHQ | Vous trouverez plus d’informations sur l’exercice de votre profession (la nomenclature des prestations de podologie, les honoraires et montants de l’intervention de l’assurance, la commande d’attestations, les trajets de soins,…) sur notre site internet [www.inami.be > Professionnels > Podologues](http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/podologues/Pages/default.aspx) |