**Une image contenant Graphique, texte, graphisme, Police

Description générée automatiquement**

**Rue Belliard 71/1 - 1040 Bruxelles** [**impulseobruxelles@vivalis.brussels**](mailto:impulseobruxelles@vivalis.brussels) **Tel 02/502 60 01** [**www.vivalis.brussels**](http://www.vivalis.brussels)

*Ce formulaire doit être envoyé à la Cocom au plus tard le 30 juin pour les coûts salariaux engendrés l’année précédant*

*l’année de la demande, soit par mail avec accusé de réception soit par courrier à la poste (dans ce dernier cas, le cachet*

*de la poste doit dater du 30 septembre au plus tard)*

**demande d'intervention dans les coûts salariaux pour le médecin en pratique individuelle**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IDENTITE DU DEMANDEUR ET DU BENEFICIAIRE DE PAYEMENT** | | |
|  |
| 1. **La demande est faite par le médecin généraliste en tant que : (veuillez cochez ce qui convient):**   Ο Société (aller à la question 2)  Ο Personne physique (aller directement à la question 7) | |
| A - IDENTITE DU DEMANDEUR EN TANT QUE SOCIETE | |
| 1. **Identité de l’entité** | |
| Nom de l’entité…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | |
| Forme juridique………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | |
| Date de création : Jour……… Mois ………… année ……………………………………………………………………………………………. | |
| Numéro d’entreprise (BCE)…………………………………………….………………………………………………………………………………………….. | |
| 1. **Siège social**   Rue + numéro………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | |
| Code postal + commune……………………………………………………………………………………………………………………………………………. | |
| tél……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | |
| 1. **Lieu d’installation** | |
| Rue + numéro………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | |
| Code postal + commune……………………………………………………………………………………………………………………………………………. | |
| tél……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | |
| 1. **Administrateur délégué ou gérant**   **Nom…………………………………………………………………………………… Prénom………………………………………………………………………**   1. **Médecin faisant partie de la société**   Nom………………………………………………………………………………………….Prénom……………………………………………………………………….  Adresse (rue + numéro)…………………………….………………………………………………………………………………………………………………….  Code postal + commune…………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Numéro tél……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Numéro GSM…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Adresse Email……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Date de naissance : Jour……… Mois ………… année …………………………………………….…………………………………………….  Lieu de naissance………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Sexe : ◊ M ◊ F  Nationalité………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Numéro de registre national…………………………………………………………………………………………………………………………………………  Carte d’identité valable jusqu’au : Jour……… Mois ………… année ……………………………………………………………………….  Date agréation INAMI…… Jour……… Mois ………… année ………………………………………………………………………………………….  Numéro INAMI…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Numéro d’entreprise (BCE)…………………………………………………………………………………………………………………………………………..  Date d’inscription à un cercle de médecine générale : Jour……… Mois ………… année ……………………………………….. B - IDENTITE DU DEMANDEUR EN TANT QUE PERSONNE PHYSIQUE  1. **Identité de la personne physique**   Nom………………………………………………………………………………………….Prénom……………………………………………………………………….  Adresse (rue + numéro)…………………………….………………………………………………………………………………………………………………….  Code postal + commune…………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Numéro tél……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Numéro GSM…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Adresse Email……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Date de naissance : Jour……… Mois ………… année …………………………………………….…………………………………………….  Lieu de naissance………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Sexe : ◊ M ◊ F  Nationalité………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Numéro de registre national…………………………………………………………………………………………………………………………………………  Carte d’identité valable jusqu’au : Jour……… Mois ………… année ……………………………………………………………………….  Date agréation INAMI…… Jour……… Mois ………… année ………………………………………………………………………………………….  Numéro INAMI…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Numéro d’entreprise (BCE)…………………………………………………………………………………………………………………………………………..  Date d’inscription à un cercle de médecine générale : Jour……… Mois ………… année ………………………………………….   1. **Lieu d’installation**   Rue + numéro……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Code postal + commune…………………………………………………………………………………………………………………………………………….  tél……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | |
| **NUMERO DE COMPTE DU BENEFICIARE** | | |
| |  | | --- | | IBAN ……………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | BIC………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………… |   Compte bancaire au nom de ……………………………………………………………………………………………………………………………………    NB. S’il s’agit d’une toute première demande d’intervention, la personne titulaire du compte bancaire repris ci-dessus **doit obligatoirement remplir l’annexe 2.** | |
| **DONNEES DE (S) EMPLOYE(S) ADMINISTRATIF(S)** | | |
| ***Il y a lieu ici de compléter les données des employés administratifs pour lesquels l’intervention est demandée. Si la demande concerne plus de deux employés administratifs, veuillez remplir l’annexe 1 pour chaque employé supplémentaire.*** | |

1. **EMPLOYE ADMINISTRATIF 1**
2. **Identité de l’employé**

Nom………………………………………………………………………………………….Prénom……………………………………………………………………….

Adresse ………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………….

Numéro tél/GSM………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Date de naissance : Jour……… Mois ………… année …………………………………………….…………………………………………….

Lieu de naissance………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Sexe : ◊ M ◊ F

Nationalité………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Numéro de registre national…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Carte d’identité valable jusqu’au : Jour……… Mois ………… année ………………………………………………………………………..

1. **Données relatives aux prestations de l’employé**

Date de début d’engagement par le médecin……………………………………………………………………………………………………………….

Date de fin d’engagement par le médecin ……………………………………………………………………………………………………………………….

Nombre de mois complets d’emploi……………………………………..…………………………………………….…………………………………………….

Pourcentage équivalent temps plein de l’emploi……………………………………………………………………………………………………………….

Nombre d’heures prestées par semaine…………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Données relatives au coût salarial global**

Coût salarial indiqué sur l’attestation du secrétariat social (eur)…………………………..…………………….……………………………….

Coût salarial indiqué sur l’attestation de l’employeur (eur)..………………………………………………………………………………………….

Coût salarial global (addition des deux coûts repris ci-dessus) – eur ……………………………………………………………………………….

1. **EMPLOYE ADMINISTRATIF 2**
2. **Identité de l’employé**

Nom………………………………………………………………………………………….Prénom……………………………………………………………………….

Adresse ………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………….

Numéro tél/GSM………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Date de naissance : Jour……… Mois ………… année …………………………………………….…………………………………………….

Lieu de naissance………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Sexe : ◊ M ◊ F

Nationalité………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Numéro de registre national…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Carte d’identité valable jusqu’au : Jour……… Mois ………… année ……………………………………………………………………….

1. **Données relatives aux prestations de l’employé**

Date de début d’engagement par le médecin……………………………………………………………………………………………………………….

Date de fin d’engagement par le médecin ……………………………………………………………………………………………………………………….

Nombre de mois complets d’emploi……………………………………..…………………………………………….…………………………………………….

Pourcentage équivalent temps plein de l’emploi……………………………………………………………………………………………………………….

Nombre d’heures prestées par semaine…………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Données relatives au coût salarial global**

Coût salarial indiqué sur l’attestation du secrétariat social (eur)…………………………..…………………….……………………………….

Coût salarial indiqué sur l’attestation de l’employeur (eur)..………………………………………………………………………………………….

Coût salarial global (somme des deux coûts salariaux repris ci-dessus) – eur ………………………………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES** | | |
| 1. **Le médecin généraliste est-il connecté au Réseau Santé Bruxellois ?**   ◊ Oui  ◊ Non   1. **Le médecin généraliste a – t-il déjà publié au moins 1 sumehr sur Réseau Santé Bruxellois ?**   ◊ Oui  ◊ Non |
| ***Dans le cas où une des réponses ci-dessus est négative, veuillez prendre contact avec l’asbl Abrumet via*** [***info@abrumet.be***](mailto:info@abrumet.be) |

|  |  |
| --- | --- |
| **DOCUMENTS A JOINDRE A LA DEMANDE – POUR LE MEDECIN** | |
| 1. **Veuillez joindre les documents ci-dessous à la demande et cocher à chaque fois les documents joints. Les documents joints lors de demandes précédentes ne doivent plus être envoyés** | |

|  |
| --- |
| ◊ Copie **lisible recto-verso** de la carte d’identité en cours de validité du médecin en pratique individuelle ou du médecin faisant partie de la société dans laquelle il exerce sa pratique individuelle |
| ◊ La preuve de l’agrément comme médecin généraliste (document mentionnant le numéro d’identification à l’INAMI)  ◊ La preuve de l’inscription à un cercle de médecine générale. |
| ◊ Si le demandeur est la société dans laquelle le médecin exerce sa pratique individuelle, **les statuts** précisant qui peut engager ladite société.  ◊ Les modifications éventuelles des statuts de la société dans laquelle le médecin exerce sa pratique individuelle. |
| ◊ Copie du contrat de collaboration entre les médecins (ou avec une maison médicale) – si d’application |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTS A JOINDRE A LA DEMANDE – POUR LE (S) EMPLOYES ADMINISTRATIFS** |
| 1. **Veuillez joindre les documents ci-dessous à la demande et cocher à chaque fois les documents joints**. **Les documents joints lors de demandes précédentes ne doivent plus être envoyés.**   ◊ Une copie (recto-verso) **lisible** de la carte d’identité en cours de validité de chaque employé administratif | |
| ◊ Une copie du contrat de travail, conclu avec chaque employé administratif, qui comprend une description des tâches du travailleur salarié relatives à l'accueil et à la gestion de la pratique. Ce contrat **doit être signé par l’employé administratif et le médecin** (ou le représentant de la société dans laquelle le médecin exerce sa pratique individuelle).  ◊ **Avenant éventuel au contrat de travail** signé par l’employé administratif et le médecin (ou le représentant de la société conformément aux statuts de celle-ci). | |
| ◊ Attestation du secrétariat social avec une confirmation du barème (au moins le barème fixé par la commission paritaire compétente pour la mise au travail d'un employé chargé de l'accueil et de la gestion de la pratique dans une pratique de médecine générale), l'année de la perception de la rémunération par l'employé, le pourcentage équivalent temps plein de l'emploi et le salaire annuel.  ***Attention le pourcentage équivalent temps plein de l’emploi sur l’attestation du secrétariat social doit correspondre avec celui repris dans le contrat de travail (ou ses avenants) du ou des employé(s) !*** | |
| ◊ Attestation de l’employeur signée par **le médecin en pratique individuelle ou le représentant de la société** dans laquelle le médecin exerce sa pratique individuelle concernant les frais administratifs du service externe pour la prévention et la protection du travail, les frais administratifs de l’assurance pour les accidents de travail et la déduction éventuelle de toute intervention provenant de toute autorité.  ◊ **La fiche de renseignement reprise à l’annexe 2**. A compléter uniquement s’il s’agit d’une toute première demande d’intervention. | |

|  |
| --- |
| **DECLARATION** |

1. **Veuillez dater et signer (ci-dessous) la demande d’intervention**

En signant le présent formulaire, le demandeur confirme le respect des points suivants:

• Le demandeur confirme que les déclarations et tous les documents soumis pour l'examen de la demande sont sincères et exacts et s'engage à avertir immédiatement la Commission communautaire commune (la Cocom) de tout changement qui interviendrait dans les éléments figurant dans la demande. Toute fausse déclaration entraîne le droit pour la Cocom d'arrêter l'examen du dossier et de réclamer les frais exposés.

• Le demandeur déclare que les coûts salariaux pour lesquels l'intervention est demandée se rapportent à un travailleur salarié qui est engagé dans les liens d'un contrat de travail qui garantit un salaire correspondant au moins au barème fixé par la commission paritaire compétente pour la mise au travail d'un employé chargé de l'accueil et de la gestion de la pratique dans une pratique de médecine générale.

• Le demandeur confirme également que le salaire annuel pour l'employé correspond au coût salarial global qu'il a effectivement pris en charge pour l'assistance dans l'accueil et la gestion administrative au cours de l'année écoulée, **compte tenu particulièrement du montant des autres interventions émanant de quelque autorité** que ce soit qui entraînent une diminution du coût salarial global.

• Le demandeur déclare utiliser le dossier médical électronique labellisé

Fait à ……………………………………………………………………………………………………………..

Date………………………………………………………………………………………………………………...

Lu et approuvé :

Signature………………………………………………………………………………………………………….

Nom et prénom du demandeur

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Les données recueillies dans le présent formulaire seront traitées dans le cadre de l’examen de votre demande Impulseo réalisé conformément à l’Arrêté royal du 23 mars 2012 portant création d’un Fonds « Impulseo » pour la médecine générale et fixant ses modalités de fonctionnement.

J’ai pris connaissance du traitement de mes données à caractère personnel par la Commission Communautaire Commune (Cocom). Ce traitement s’effectue dans le cadre de l’exercice de ses missions, notamment dans le but de la demande Impulseo (AR du 23/03/2012). Des informations complémentaires peuvent être retrouvées dans la Politique de confidentialité disponible sur le site web de la Cocom.