**COMMISSION COMMUNAUTAURE COMMUNE Rue Belliard 71/1 - 1040 Bruxelles impulseobruxelles@ccc.brussels Tel 02/502 60 01** [**www.ccc-ggc.brussels**](http://www.ccc-ggc.brussels)

*Ce formulaire doit être envoyé à la Cocom au plus tard le 30 juin pour les frais de recours à des services 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 juin au plus tard)*

**DEMANDE D’INTERVENTION DANS LES FRAIS DE SERVICES POUR DEUX OU PLUSIEURS MEDECINS FAISANT PARTIE D’UN REGROUPEMENT EN CE COMPRIS LA MAISON MEDICALE**

|  |
| --- |
| **DONNEES DU DEMANDEUR**  |
|  |
| 1. **Si la demande est introduite par le regroupement de médecins en tant que personne morale (société), complétez les champs ci-dessous :**
* **Identité de la société :**

-Nom de la société :………………………………………………………………………………………………………………………..-Forme juridique : ………………………………………………………………………………………………………………………….-Date de création : ………………………………………………………………………………………………………………………….-Numéro d’entreprise (BCE) : ………………………………………………………………………………………………………..* **Siège Social :**

Rue/place/avenue (à préciser)………………………………………………………………………………………………………N° + boîte…………………..Code postal ……………………Commune…………………………………………………………………………………………..Tél…………………………………………….Fax……………………………..* **Lieu d’installation :**

Rue/place/avenue (à préciser)………………………………………………………………………………………………………N° + boîte…………………..Code postal ……………………Commune…………………………………………………………………………………………..Tél…………………………………………….Fax……………………………..* **Représentation de la société :**

Administrateur délégué ou gérant : …………………………………………………………………………………………………1. **Si la demande est introduite par le regroupement de médecins en tant qu’association de fait, complétez les champs ci-dessous :**
* **Identité de l’entité :**

-Nom :………………………………………………………………………………………………………………………..-Date de création : ………………………………………………………………………………………………………………………….* **Lieu d’installation :**

Rue/place/avenue (à préciser)………………………………………………………………………………………………………N° + boîte…………………..Code postal ……………………Commune…………………………………………………………………………………………..Tél…………………………………………….Fax……………………………..

|  |
| --- |
| **COMPOSITION DU REGROUPEMENT (PERSONNE MORALE OU ASSOCIATION DE FAIT)** |

**DONNEES DU DEMANDEUR COMPOSITION DU REGROUPEMENT** * Identité du médecin 1 :

Nom : ……………………………… Prénom:………………………..Adresse:…………………………………. N°+ Boîte:………………………Code postal:………………………….. Commune:……………………..Tél : ……………………………………… Fax:………………………………..Date de naissance: ………………. Gsm:……………………………….Lieu de naissance: ………………. Email:……………………………..Sexe (M/F): …………………………. Nationalité:…………………….Numéro de registre national:…………………………Date agréation INAMI:……………………………………N° d'inscription INAMI:………………………………….N° d'entreprise (BCE):…………………………………..Date d’inscription à un cercle de médecine générale :………………………………Lieu d'installation:Adresse:……………………………………….N°:……………………………………………….. Boîte:…………………………….Code postal:…………………………………… Commune: ……………………Date de début de la participation au regroupement:……………………………….Date de fin de la participation au regroupement:…………………………………….* Identité du médecin 2 :

Nom : ……………………………… Prénom:………………………..Adresse:…………………………………. N°+ Boîte:………………………Code postal:………………………….. Commune:……………………..Tél : ……………………………………… Fax:………………………………..Date de naissance: ………………. Gsm:……………………………….Lieu de naissance: ………………. Email:……………………………..Sexe (M/F): …………………………. Nationalité:…………………….Numéro de registre national:…………………………Date agréation INAMI:……………………………………N° d'inscription INAMI:………………………………….N° d'entreprise (BCE):…………………………………..Date d’inscription à un cercle de médecine générale :………………………………Lieu d'installation:Adresse:……………………………………….N°:……………………………………………….. Boîte:…………………………….Code postal:…………………………………… Commune: ……………………Date de début de la participation au regroupement:……………………………….Date de fin de la participation au regroupement:…………………………………….* Identité du médecin 3 :

Nom : ……………………………… Prénom:………………………..Adresse:…………………………………. N°+ Boîte:………………………Code postal:………………………….. Commune:……………………..Tél : ……………………………………… Fax:………………………………..Date de naissance: ………………. Gsm:……………………………….Lieu de naissance: ………………. Email:……………………………..Sexe (M/F): …………………………. Nationalité:…………………….Numéro de registre national:…………………………Date agréation INAMI:……………………………………N° d'inscription INAMI:………………………………….N° d'entreprise (BCE):…………………………………..Date d’inscription à un cercle de médecine générale :………………………………Lieu d'installation:Adresse:……………………………………….N°:……………………………………………….. Boîte:…………………………….Code postal:…………………………………… Commune: ……………………Date de début de la participation au regroupement:……………………………….Date de fin de la participation au regroupement:…………………………………….* Identité du médecin 4 :

Nom : ……………………………… Prénom:………………………..Adresse:…………………………………. N°+ Boîte:………………………Code postal:………………………….. Commune:……………………..Tél : ……………………………………… Fax:………………………………..Date de naissance: ………………. Gsm:……………………………….Lieu de naissance: ………………. Email:……………………………..Sexe (M/F): …………………………. Nationalité:…………………….Numéro de registre national:…………………………Date agréation INAMI:……………………………………N° d'inscription INAMI:………………………………….N° d'entreprise (BCE):…………………………………..Date d’inscription à un cercle de médecine générale :………………………………Lieu d'installation:Adresse:……………………………………….N°:……………………………………………….. Boîte:…………………………….Code postal:…………………………………… Commune: ……………………Date de début de la participation au regroupement:……………………………….Date de fin de la participation au regroupement:…………………………………….**Dans le cas où il y a plus de 4 médecins généralistes: voir annexe 1**

|  |
| --- |
| **DONNEES DU BENEFICIAIRE DE L’INTERVENTION** |

1. **S’il s’agit d’un regroupement de médecins en tant que personne morale**
* **Numéro de compte du bénéficiaire de l’intervention :**

 Nom du titulaire du compte………………………………………………………………………………………………………………………………........ Numéro de compte IBAN ………………………………………………………………….BIC………………………………………………………….........NB. S’il s’agit d’une toute première demande d’intervention, toutes les personnes titulaires des comptes bancaires repris ci-dessus **doivent obligatoirement remplir l’annexe 3.**1. **S’il s’agit d’un regroupement de médecins en tant qu’association de fait**

*Il n’est pas possible de verser le montant de l’intervention sur le compte de l’association de fait mais uniquement aux médecins composant le regroupement.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom de chaque médecin du regroupement ou de leur propre société (+ préciser le numéro BCE de chaque bénéficiaire)**  | **% de répartition de l’intervention (en concordance avec l’accord de collaboration)** | **IBAN** | **BIC** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 |
| **DONNEES DU SERVICE DE TELESECRETARIAT** |
| - Nom du service de télé - secrétariat:…………………………………………………………………………………………………………………………… - Adresse:………………………………………………………………………………………………………………………………………….N°+ Boîte:……………..- Code postal: …………………………………………………………….Commune:………………………………………………….- Total des frais de services :…………………………………….  |

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES** |
| 1. **Les médecins généralistes sont-ils connectés au Réseau Santé Bruxellois ?**

◊ Oui◊ Non1. **Chaque médecin généraliste faisant partie du groupement a-t-il déjà publié au moins 1 sumehr dans le coffre-**

◊ Oui◊ Non |
|  ***Dans le cas où une des réponses ci-dessus est négative, veuillez prendre contact avec l’asbl Abrumet via*** ***info@abrumet.be*** |

|  |
| --- |
|  **DOCUMENTS A JOINDRE A LA DEMANDE** |
| 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**
 |
|  ◊ La preuve de l’agrément comme médecin généraliste (document mentionnant le numéro d’identification à l’INAMI) des médecins composant le regroupement◊ La preuve de l’inscription à un cercle de médecine générale. |
| ◊ Copie lisible recto –verso des cartes d’identité des médecins composant le regroupement |
| ◊ Copie des statuts de la société **lorsque la demande est introduite par une personne morale** |
| ◊ Copie du contrat avec le service de télé-secrétariat daté et signé |
| ◊ Copie des factures de télé-secrétariat pour l’année précédant l’année de la demande |
| ◊ Preuve du contenu des services de télé-secrétariat (online agenda et télé-secrétariat médical) si ce contenu n’est pas repris dans le contrat conclu avec le service de télé-secrétariat  |

◊ **La fiche de renseignement reprise à l’annexe 3**. A compléter uniquement s’il s’agit d’une toute première demande d’intervention

|  |
| --- |
| **DECLARATION SUR L’HONNEUR** |

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

J’affirme sur l’honneur que toutes les données indiquées dans ce formulaire de demande sont sincères et complètes.

Je confirme que les médecins composant le regroupement ont conclu un accord de collaboration pour l’exercice de leur activité professionnelle soit sur le même lieu d’installation, soit sur des lieux d’installation différents qui se situent en Région de Bruxelles –Capitale.

Je m’engage à communiquer immédiatement à la structure d’appui à laquelle je fais appel ou à la COCOM via impulseo@ccc.brussels tout changement qui interviendrait dans les éléments figurant dans le présent formulaire.

Je suis conscient du fait qu'une déclaration fausse ou incomplète peut entraîner des sanctions pénales, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 31 mai 1933 concernant les déclarations à faire en matière de subventions, indemnités et allocations de toute nature qui sont, en tout ou en partie, à charge de l'Etat.

Toute fausse déclaration entraîne le droit pour la COCOM d’arrêter l’examen du dossier et de réclamer les frais exposés.

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

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

Nom de la personne morale ou de l’association de fait :……………………………………………………………………………………………………………………………….

***-Si la demande est introduite par une personne morale, le présent formulaire de demande doit être signé par la personne qui peut engager valablement la société conformément aux statuts.***

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »……………………………………………………………………………………………

***- Si la demande est introduite par une association de fait, le présent formulaire de demande doit être signé par chaque médecin généraliste qui fait partie du regroupement.***

Médecin généraliste 1:

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

Fait à:…………………………………………….Le:………………………………………

Signature précédée par la mention écrit à la main "lu et approuvé"

Médecin généraliste 2:

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

Fait à:…………………………………………….Le:………………………………………

Signature précédée par la mention écrit à la main "lu et approuvé"

Médecin généraliste 3:

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

Fait à:…………………………………………….Le:………………………………………

Signature précédée par la mention écrit à la main "lu et approuvé"

Médecin généraliste 4:

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

Fait à:…………………………………………….Le:………………………………………

Signature précédée par la mention écrit à la main "lu et approuvé"

**Dans le cas où il y a plus de 4 médecins généralistes: voir annexe 2**

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

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.

|  |
| --- |
| **Annexe 1 (suite composition du regroupement)** |

**Identité du médecin 5** (copie lisible recto-verso de la carte d'identité à joindre)

Nom : ……………………….. Prénom: …………………….

Adresse: ……………………………………………………………………………………………………………………………. N°+ Boîte: ……………………

Code postal: ………………………………………… Commune: …………………………………………………………………………..

Tél : …………………………………………………….. Fax: ……………………………………………………………………………………….

Date de naissance: …………………………………………………………………… Gsm: …………………………………………………….

Lieu de naissance: ……………………………………………………………………. Email: ……………………………………………………

Sexe (M/F): …………………………………………… Nationalité: …………………………………………………………………………….

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

Date agréation INAMI: …………………………………………………………………….

N° d'inscription INAMI: …………………………………………………………………….

N° d'entreprise (BCE): ………………………………………………………………………

Date d’inscription à un cercle de médecine générale : ………………………………………….

Lieu d'installation:

 Adresse: ………………………………………………..

 N°:…………………………… Boîte:…………………

 Code postal: ………………………………… Commune: ……………………………………………………………………………………

Date de début de la participation au regroupement: ………………………………………………………………………………………….

Date de fin de la participation au regroupement: ………………………………………………………………………………………………..

**Identité du médecin 6** (copie lisible recto-verso de la carte d'identité à joindre)

Nom : ……………………….. Prénom: …………………….

Adresse: ……………………………………………………………………………………………………………………………. N°+ Boîte: ……………………

Code postal: ………………………………………… Commune: …………………………………………………………………………..

Tél : …………………………………………………….. Fax: ……………………………………………………………………………………….

Date de naissance: …………………………………………………………………… Gsm: …………………………………………………….

Lieu de naissance: ……………………………………………………………………. Email: ……………………………………………………

Sexe (M/F): …………………………………………… Nationalité: …………………………………………………………………………….

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

Date agréation INAMI: …………………………………………………………………….

N° d'inscription INAMI: …………………………………………………………………….

N° d'entreprise (BCE): ………………………………………………………………………

Date d’inscription à un cercle de médecine générale : ………………………………………….

Lieu d'installation:

 Adresse: ………………………………………………..

 N°:…………………………… Boîte:…………………

 Code postal: ………………………………… Commune: ……………………………………………………………………………………

Date de début de la participation au regroupement: ………………………………………………………………………………………….

Date de fin de la participation au regroupement: ………………………………………………………………………………………………..

**Identité du médecin 7** (copie lisible recto-verso de la carte d'identité à joindre)

Nom : ……………………….. Prénom: …………………….

Adresse: ……………………………………………………………………………………………………………………………. N°+ Boîte: ……………………

Code postal: ………………………………………… Commune: …………………………………………………………………………..

Tél : …………………………………………………….. Fax: ……………………………………………………………………………………….

Date de naissance: …………………………………………………………………… Gsm: …………………………………………………….

Lieu de naissance: ……………………………………………………………………. Email: ……………………………………………………

Sexe (M/F): …………………………………………… Nationalité: …………………………………………………………………………….

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

Date agréation INAMI: …………………………………………………………………….

N° d'inscription INAMI: …………………………………………………………………….

N° d'entreprise (BCE): ………………………………………………………………………

Date d’inscription à un cercle de médecine générale : ………………………………………….

Lieu d'installation:

 Adresse: ………………………………………………..

 N°:…………………………… Boîte:…………………

 Code postal: ………………………………… Commune: ……………………………………………………………………………………

Date de début de la participation au regroupement: ………………………………………………………………………………………….

Date de fin de la participation au regroupement: ………………………………………………………………………………………………..

**Identité du médecin 8** (copie lisible recto-verso de la carte d'identité à joindre)

Nom : ……………………….. Prénom: …………………….

Adresse: ……………………………………………………………………………………………………………………………. N°+ Boîte: ……………………

Code postal: ………………………………………… Commune: …………………………………………………………………………..

Tél : …………………………………………………….. Fax: ……………………………………………………………………………………….

Date de naissance: …………………………………………………………………… Gsm: …………………………………………………….

Lieu de naissance: ……………………………………………………………………. Email: ……………………………………………………

Sexe (M/F): …………………………………………… Nationalité: …………………………………………………………………………….

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

Date agréation INAMI: …………………………………………………………………….

N° d'inscription INAMI: …………………………………………………………………….

N° d'entreprise (BCE): ………………………………………………………………………

Date d’inscription à un cercle de médecine générale : ………………………………………….

Lieu d'installation:

 Adresse: ………………………………………………..

 N°:…………………………… Boîte:…………………

 Code postal: ………………………………… Commune: ……………………………………………………………………………………

Date de début de la participation au regroupement: ………………………………………………………………………………………….

Date de fin de la participation au regroupement: ………………………………………………………………………………………………..

**Identité du médecin 9** (copie lisible recto-verso de la carte d'identité à joindre)

Nom : ……………………….. Prénom: …………………….

Adresse: ……………………………………………………………………………………………………………………………. N°+ Boîte: ……………………

Code postal: ………………………………………… Commune: …………………………………………………………………………..

Tél : …………………………………………………….. Fax: ……………………………………………………………………………………….

Date de naissance: …………………………………………………………………… Gsm: …………………………………………………….

Lieu de naissance: ……………………………………………………………………. Email: ……………………………………………………

Sexe (M/F): …………………………………………… Nationalité: …………………………………………………………………………….

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

Date agréation INAMI: …………………………………………………………………….

N° d'inscription INAMI: …………………………………………………………………….

N° d'entreprise (BCE): ………………………………………………………………………

Date d’inscription à un cercle de médecine générale : ………………………………………….

Lieu d'installation:

 Adresse: ………………………………………………..

 N°:…………………………… Boîte:…………………

 Code postal: ………………………………… Commune: ……………………………………………………………………………………

Date de début de la participation au regroupement: ………………………………………………………………………………………….

Date de fin de la participation au regroupement: ………………………………………………………………………………………………..

|  |
| --- |
| **Annexe 2 (suite signature de l'association de fait)** |

**Médecin généraliste 5:**

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

Fait à: ……………………………………………………………… Le: ………………………

Signature précédée par la mention écrit à la main "lu et approuvé"

**Médecin généraliste 6:**

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

Fait à: ……………………………………………………………… Le: ………………………

Signature précédée par la mention écrit à la main "lu et approuvé"

**Médecin généraliste 7:**

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

Fait à: ……………………………………………………………… Le: ………………………

Signature précédée par la mention écrit à la main "lu et approuvé"

**Médecin généraliste 8:**

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

Fait à: ……………………………………………………………… Le: ………………………

Signature précédée par la mention écrit à la main "lu et approuvé"

**Médecin généraliste 9:**

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

Fait à: ……………………………………………………………… Le: ………………………

Signature précédée par la mention écrit à la main "lu et approuvé"

Documents à remplir en cas d’une toute première demande d’intervention IMPULSEO

**Annexe 3 - FICHE de RENSEIGNEMENTS IMPULSEO pour les Maisons médicales ou Groupement de Médecins**

Maison Médicale ou Groupement de Médecins………………………………………………………………

Adresse complète………………………………………………………………………………………………………………

Nom du responsable………………………………………………………………………………………………………….

N°BCE…………………………………………………………………………………………………………………………………

N° Compte bancaire sur lequel l’intervention doit être versée. Si l’intervention doit être versée sur plusieurs numéros de compte, alors mentionnez ces numéros de compte**. Les titulaires de ces comptes doivent tous signer la présente fiche.**

IBAN…………………………………………………………………………………………………………………………..

BIC……………………………………………………………………………………………………………………………….

Titulaire du compte………………………………………………………………………………………………………

Le soussigné certifie que les données ci-dessus sont exactes.

**Date**

**Signature**