**COMMISSION COMMUNAUTAURE COMMUNE Avenue Louise 183 - 1050 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 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 le 30 juin au plus tard)*

**DEMANDE D'INTERVENTION DANS LES COÛTS SALARIAUX POUR DEUX OU PLUSIEURS MÉDECINS FAISANT PARTIE D'UN GROUPEMENT EN CE COMPRIS UNE MAISON MEDICALE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IDENTITE DU DEMANDEUR ET DU BENEFICIAIRE DU PAYEMENT** | | |
|  |
| 1. **La demande est faite par un groupement en tant que : (veuillez cochez ce qui convient):**   Ο Personne morale (aller à la question 2)  Ο Association de fait (aller directement à la question 6) | |
| A - IDENTITE DU DEMANDEUR EN TANT QUE PERSONNE MORALE | |
| 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………………………………………………………………………** B - IDENTITE DU DEMANDEUR EN TANT QUE ASSOCIATION DE FAIT  1. **Identité de l’association de fait**   Nom de l’entité……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Date de création : Jour……… Mois ………… année …………………………………………………………………………………………….  Numéro d’entreprise (BCE)…………………………………………….…………………………………………………………………………………………..     1. **Lieu d’installation**   Rue + numéro……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Code postal + commune…………………………………………………………………………………………………………………………………………….  tél……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | |
| |  | | --- | | **COMPOSITION DU GROUPEMENT PAR LES MEDECINS SUIVANTS** | | |
| ***Il y a lieu ici de compléter les données de tous les médecins faisant partie du groupement et qui sollicitent l’intervention. Si le nombre de médecin est supérieur à trois, veuillez remplir l’annexe 1 pour chaque médecin supplémentaire.***   1. **IDENTITE MEDECIN 1** 2. **Identité**   Nom………………………………………………………………………………………….Prénom……………………………………………………………………….  Adresse (rue + numéro)…………………………….………………………………………………………………………………………………………………….  Code postal + commune…………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Numéro tél/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) – si d’application………………………………………………………………………………………………………………..   1. **Lieu d’installation**   Rue + numéro……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Code postal + commune………………………………………………………………………………………………………………………………………………..   1. **Période de participation au groupement**   Date de début de la participation au groupement : Jour……… Mois ………… année ………………………………………………………..  Date de fin de la participation au groupement : Jour……… Mois ………… année ………………………………………………………..   1. **IDENTITE MEDECIN 2** 2. **Identité**   Nom………………………………………………………………………………………….Prénom……………………………………………………………………….  Adresse (rue + numéro)…………………………….………………………………………………………………………………………………………………….  Code postal + commune…………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Numéro tél/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) – si d’application………………………………………………………………………………………………………………..   1. **Lieu d’installation**   Rue + numéro……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Code postal + commune………………………………………………………………………………………………………………………………………………..   1. **Période de participation au groupement**   Date de début de la participation au groupement : Jour……… Mois ………… année ………………………………………………………..  Date de fin de la participation au groupement : Jour……… Mois ………… année ………………………………………………………..   1. **IDENTITE MEDECIN 3** 2. **Identité**   Nom………………………………………………………………………………………….Prénom……………………………………………………………………….  Adresse (rue + numéro)…………………………….………………………………………………………………………………………………………………….  Code postal + commune…………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Numéro tél/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) – si d’application………………………………………………………………………………………………………………..   1. **Lieu d’installation**   Rue + numéro……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Code postal + commune………………………………………………………………………………………………………………………………………………..   1. **Période de participation au groupement**   Date de début de la participation au groupement : Jour……… Mois ………… année ………………………………………………………..  Date de fin de la participation au groupement : Jour……… Mois ………… année ……………………………………………………….. | |
| **IDENTITE DU BENEFICIARIE DU PAIEMENT** | | |
| |  | | --- | | 1. **Groupement en tant que personne morale telle que visée sous le A. 2. : numéro de compte de adite**   **ladite personne morale**  IBAN ……………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | BIC………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………… |   Compte bancaire au nom de ……………………………………………………………………………………………………………………………………   1. **Groupement en tant qu’association de fait telle que visée sous le B. 6.**   *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 groupement*   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Nom de chaque médecin du groupement ou de leur propre société (+ préciser le numéro BCE de chaque bénéficiaire) | **% de répartition de l’intervention**  **(en concordance avec l’accord de coopération)** | **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 4.** | |
| **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 trois employés administratifs, veuillez remplir l’annexe 2 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 ………………………………………………………………….

1. **EMPLOYE ADMINISTRATIF 3**
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. **Les médecins généralistes faisant partie du groupement sont- ils connectés au Réseau Santé Bruxellois ?**   ◊ Oui  ◊ Non   1. **Chaque médecin généraliste faisant partie du groupement a-t-il déjà publié au moins 1 sumehr dans le coffre-fort du Réseau Santé Bruxellois ?**   ◊ Oui  ◊ Non |
| ***a*** |

1. **Si le demandeur est une maison médicale, veuillez donner le nombre total de DMG/forfaits gérés par la maison médicale au cours de l’année précédant l’année pour laquelle les coûts salariaux ont été engagés.……………………………**

|  |  |
| --- | --- |
| **DOCUMENTS A JOINDRE A LA DEMANDE – POUR LES MEDECINS** | |
| 1. **Veuillez joindre les documents ci-dessous pour chaque médecin du groupement et cocher à chaque fois les documents joints. Les documents joints lors des demandes précédentes ne doivent plus être envoyés.** | |

|  |
| --- |
| ◊ 1) Copie **lisible** de la carte d’identité (recto-verso) en cours de validité des différents médecins faisant partie du groupement |
| ◊ Preuve d’agréation comme médecin généraliste (inscription INAMI se terminant exclusivement par 003 ou 004) des différents médecins faisant partie du groupement. |
| ◊ Si le demandeur **est une personne morale, 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 **de l’accord de coopération en cours de validité** signé par **tous les médecins** faisant partie du groupement– si d’application  ◊ Si le demandeur est **une association de fait et que le bénéficiaire de payement est un seul médecin ou une partie des médecins composant le groupement**, **une déclaration** indiquant qui est bénéficiaire du payement signée par tous les médecins du groupement  ◊ Si le demandeur **est une maison médicale**, un document daté et signé par le responsable de celle-ci reprenant **le nombre total de DMG/forfaits gérés par la maison médicale** au cours de l’année précédant l’année au cours de laquelle les coûts salariaux ont été engagés. |

|  |
| --- |
| **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 des 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 soit par l’employé administratif et le représentant de la société dans laquelle le groupement exerce sa pratique, soit l’employé administratif et tous les médecins en cas d’association de fait.**  ◊ **Avenant éventuel au contrat de travail** signé soit par l’employé administratif et le représentant de la société dans laquelle le groupement exerce sa pratique, soit l’employé administratif et tous les médecins en cas d’association de fait. | |
| ◊ **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 représentant de la société dans laquelle le groupement exerce sa pratique ou tous les médecins en cas d’association de fait 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 4**. 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:

1. Le demandeur confirme que les déclarations et tous les documents soumis pour l'examen de la demande sont sincères et exacts et s'engagent à avertir immédiatement la Commission communautaire commune 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.
2. 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.
3. Le demandeur de l’intervention confirme que les médecins qui composent le regroupement ont conclu un accord de coopération et collaborent, soit dans un même lieu de pratique, soit dans des lieux différents qui sont situés dans une même zone de médecine générale ou dans deux zones voisines de médecine générale.
4. L'accord de coopération précité doit régler au moins les modalités suivantes :
5. la façon dont le montant de l'intervention est réparti;
6. les modalités pour une concertation interne entre tous les médecins généralistes participants: cette concertation a lieu sur une base régulière et structurée afin de permettre une évaluation interne de la qualité de la médecine;
7. les modalités pour la consultation des dossiers médicaux, en particulier les dossiers médicaux globaux, compte tenu de la déontologie et de la protection de la vie privée;
8. les règles selon lesquelles les décisions sont prises;
9. les règles selon lesquelles il peut être mis fin à l'accord de coopération.
10. Le demandeur déclare utiliser le dossier médical électronique labellisé.

|  |
| --- |
| **SIGNATURE** |

La présente demande doit être signée, pour une **association de fait**, par chaque médecin généraliste qui fait partie du regroupement ou en **cas de personne morale**, par **une personne qui peut engager valablement la société** conformément aux statuts.

1. **Personne morale**

**Personne habilitée à engager la société conformément aux statuts:**

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

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

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

1. **Association de fait**

**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"

Dans le cas où il y a plus de 3 médecins généralistes: compléter annexe 3