




Tintigny, le jeudi 22 août 2024

ASBL PMG Luxembourg-Dinant 
Rue de France 11
6730 Tintigny
Tél : 063/33 00 42

Afin de pouvoir payer vos honoraires, pourriez-vous, svp, remplir ou corriger les données présentes dans le formulaire ci-après et marquer votre accord au mandat. Je reste à votre entière disposition pour toutes informations complémentaires au 063 330 040 - Philippe Vanderlooven, coordinateur.

Nom*		Prénom*	
N° INAMI*		Date de naissance	
Email*		Email2	

Email2 de réserve en cas de soucis avec l'adresse principale

Adresse administrative (utilisée pour vous envoyer des courriers)

Rue*		Numéro*	
Code Postal*		Localité*	

Adresse de votre cabinet principal (si différent de votre adresse administrative)

Rue		Numéro	
Code postal		Localité	

Zone de garde

cercle		PMG	
--------	--	-----	--

N° de contact

Téléphone fixe public		Téléphone fixe privé	
GSM public		GSM Privé	
Autre public		Autre privé	
Numéros pouvant être communiqués (patients, etc.)		Numéros utilisés pour le rappel de la seconde ligne	

Banque

IBAN*

Fiscalité

Etes-vous en société ou personne physique ?*

NISS*

N°Entreprise*

Nom société

Rue

Numéro

Code postal

Ville

Mail de votre comptable

***Les cases avec une étoile doivent obligatoirement être complétées (à l'exception du n° d'entreprise, si vous n'êtes pas en société).**

MANDAT

Je confirme par la présente vouloir satisfaire mon obligation légale de continuité des soins et de garde médicale pour les week-ends et jours fériés en participant à la garde organisée par l'ASBL « Postes Médicaux de Garde Luxembourg - Dinant ». À cette fin, je souscris au règlement d'ordre intérieur de l'ASBL consultable sur le site <https://www.santeardenne.be> (mediathèque -> documents officiels).

J'accepte que les honoraires des prestations réalisées dans le cadre de mes gardes au PMG soient perçus par l'ASBL « Postes Médicaux de Garde Luxembourg - Dinant », comme précisé à l'article 8 de ce ROI. À cette fin, j'autorise les médecins responsables de l'ASBL « P.M.G. L-D » à signer en son nom les facturations globales pour les actes qu'il a prestés au sein des Postes Médicaux de Garde de la province de Luxembourg et de l'Arrondissement de Dinant.

J'utiliserai le programme et/ou les carnets d'attestations de soins qui seront mis à ma disposition par le Poste de Garde. Je certifie que les codes INAMI mentionnés et signés sur chaque attestation sont exacts, et que ces prestations ont été effectuées conformément aux règles de l'INAMI. Je décharge l'ASBL « Postes Médicaux de Garde Luxembourg - Dinant » de toute responsabilité à ce sujet.

Je prends acte de l'engagement fait par l'ASBL susmentionnée d'envoyer mensuellement les factures globales du mois précédent aux organismes assureurs, et de payer endéans les délais définis dans le ROI de l'ASBL « P.M.G. L-D » leurs dus aux médecins. À cette fin, je demande que l'ASBL effectue les paiements au N° de compte repris dans la fiche ci-dessus.

Je prends acte du fait que les honoraires de disponibilité seront perçus par chaque médecin prestataire individuellement, les Cercles membres de l'ASBL P.M.G. L-D se réservant le droit de modifier cette procédure en vertu des possibilités légales.

Signature du médecin :

Fait le _____ à _____