

COLLEGE INTERMUTUALISTE NATIONAL

Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes
Union Nationale des Mutualités Neutres
Union Nationale des Mutualités Socialistes
Union Nationale des Mutualités Libérales
Union Nationale des Mutualités Libres (MLOZ)

Questionnaire – liste intermutualiste des ostéopathes

A compléter avec précision et en majuscules :

Nom et prénom :*

Adresse postale :*

Adresse du cabinet principal :*

Adresse(s) des autres cabinets :*

Téléphone et/ou GSM professionnel :*

Adresse e-mail :*

Langue maternelle : Néerlandais, français :

(*) indispensable

Disposez-vous d'une reconnaissance d'ostéopathie ?

Oui Non

Dans l'affirmative, précisez de quelle reconnaissance il s'agit :

DO (diplôme d'ostéopathie)
CO (certificat d'ostéopathie)

Merci de joindre une copie du document probant.

Dans quel pays votre diplôme d'ostéopathie a-t-il été délivré?

En Belgique

Dans quelle école ?

A l'étranger

Dans quel pays ?

Dans quelle école ?.....

En quelle année fut délivré votre diplôme ?.....

Pratiquez-vous exclusivement l'ostéopathie ou aussi la kinésithérapie/médecine ?

Uniquement l'ostéopathie

Ostéopathie + kinésithérapie

Joindre une copie du diplôme

Notez ici votre nr INAMI :

Ostéopathie + médecine

Joindre une copie du diplôme

Notez ici votre nr INAMI :

Etes-vous membre d'une association professionnelle d'ostéopathie ?

Oui

Si oui, laquelle ?

Non

Etes-vous couvert **actuellement** par une assurance responsabilité civile professionnelle pour la pratique de l'ostéopathie ?

Oui

Non

Dans l'affirmative, veuillez joindre une copie de la preuve de souscription actuelle de cette assurance responsabilité professionnelle

Déclaration sur l'honneur

- Je m'engage à prévenir immédiatement votre service au cas où je ne serais plus couvert par une assurance responsabilité professionnelle.
- Je m'engage à délivrer à chaque patient une attestation intermutualiste dûment complétée.
- Je déclare sur l'honneur ne pas facturer de prestation de kiné, pour laquelle une intervention de l'AMI est prévue dans le cadre de l'Assurance Obligatoire, et de prestation d'ostéopathie durant la même séance.
- En cas de non-respect de ce qui précède, mon nom sera automatiquement retiré de la liste mutualiste.

Signature

Le (la) soussigné(e) déclare par la présente avoir complété ce formulaire de manière sincère et complète.

Date et signature :

***Veillez retourner ce questionnaire ainsi que les copies demandées
dans les plus brefs délais par E-mail à l'adresse suivante :***
solidarisacbxl@solidaris.be

ou par courrier postal à l'attention de:
*U.N.M.S.
Direction A.C.
Rue Saint-Jean 32-38 à 1000 BRUXELLES*

***Pour toute information, vous pouvez également contacter le service par téléphone au
numéro suivant :***
Tél. 02/51.50.500

Dr. P. Galloo

Responsable du groupe de travail intermutualiste « ostéopathie »