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 (* indispensable) :

Nom et prénom (*) .....

Adresse de correspondance (*) .....

.....

Adresse du cabinet principal (*) .....

.....

Adresse(s) des autres cabinets (*) .....

.....

Téléphone et/ou GSM professionnel (*) .....

Adresse e-mail (*) .....

Vous êtes ostéopathe D.O. diplômé ? ☐ Oui ☐ Non

Où avez-vous suivi votre cursus en ostéopathie ? ☐ En Belgique ☐ à l'étranger

Quel pays : .....

Donnez le nom de l'établissement qui a délivré votre diplôme en ostéopathie ? .....

Quel **type de cursus** avez-vous suivi? MERCI DE JOINDRE UNE COPIE DE VOTRE DIPLOME

☐ Master en ostéopathie (sans pré-formation médicale ou paramédicale)

☐ Cursus post-graduate

- ☐ Formation de base en Belgique : ☐ Médecin N° INAMI: .....
  ☐ Kinésithérapeute N° INAMI: .....
- ☐ • Formation de base à l'étranger: ☐ Médecin N° VISA: .....
  ☐ Kinésithérapeute N° VISA: .....

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

- ☐ Uniquement l 'ostéopathie
- ☐ Ostéopathie + kinésithérapie et/ou médecine

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 RESPONSABILITE PROFESSIONNELLE

DECLARATION 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 inter-mutualiste 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 pour le même patient, le même jour.
- Je m'engage à garantir la qualité, l'intégrité et le bien-être des patients, respecter les référentiels de la profession et notamment son champ de compétences, réorienter le patient vers un professionnel approprié si le cas le nécessite, ne pas entreprendre ou poursuivre des soins dans des domaines qui dépassent mes connaissances, mon expérience et les moyens dont je dispose et m'interdire, dans les investigations et les interventions que je pratique, comme dans la thérapeutique que j'assure, de faire courir au patient des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.
- En cas de non-respect de ce qui précède ou en cas de condamnation en lien direct ou indirect avec mon activité professionnelle, mon nom sera automatiquement retiré de la liste inter-mutualiste.

SIGNATURE

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

Date : ..... / ..... / .....

Signature : .....

Le dossier complet est à envoyer, dans les plus brefs délais, à **l'adresse email**:
solidarisacbxl@solidaris.be

ou **par courrier à l'adresse** :
Service Assurance Complémentaire
Rue Saint-Jean 32-38, 1000 Bruxelles

Besoin d'informations complémentaires ?

Vous pouvez nous contacter :

- au n° de téléphone 02 51 50 500
- par mail à l'adresse solidarisacbxl@solidaris.be

Les informations à caractère personnel que vous communiquez seront enregistrées et utilisées par la Mutualité Solidaris Wallonie pour organiser et gérer le service susmentionné dans le cadre de l'assurance complémentaire (loi du 6.8.1990 relative aux mutualités). Ces informations seront publiées sur le site www.solidaris.be ains que sur celui d'Alternativo (www.myshop.groupjoos.com)dans le cadre de la gestion de la « liste inter-mutualiste d'ostéopathes reconnus », commune et accessible à l'ensemble des mutualités de Belgique. À tout moment vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant, les modifier, supprimer ou exercer votre droit d'opposition. Pour ce faire, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@solidaris.be. Les obligations de Solidaris Wallonie en tant que responsable de traitement sont détaillées dans la charte Privacy disponible sur notre site internet à l'adresse suivante : www.solidaris-wallonie.be