

## Formulaire de demande d'indemnité en tant que maître de stage en dentisterie générale

“Le maître de stage qui accompagne un ou plusieurs candidats dentiste généraliste actif(s) dans le centre de formation ou sur le lieu de stage, communique **entre le 1<sup>er</sup> septembre et le 31 décembre de chaque année** au Service des soins de santé de l'INAMI, la **liste des candidats** dentiste généraliste actifs qu'il a accompagnés pendant la période de douze mois (commençant au plus tôt le 1<sup>er</sup> juillet) de l'année qui précède, ainsi que pour chacun d'entre eux, la période au cours de laquelle ils étaient actifs.

Le maître de stage ajoute une **copie de la convention** conclue avec les candidats qu'il accompagne, avec **mention des montants** qui lui ont été versés dans le cadre de cette convention”.

(Art. 5 et 6 de l'AR du 21 avril 2007 fixant les critères et les règles selon lesquelles une indemnité est accordée aux maîtres de stage de candidats dentistes généralistes)

<b>Année académique : .....</b>			
<b>Données d'identification du maître de stage dentiste généraliste</b>			
Nom	.....	N° INAMI	.....
Tél.	.....	E-mail	.....
<b>Numéro de compte</b>			
Veuillez indiquer le numéro de compte sur lequel la paiement doit être exécuté via l'application on line que l'INAMI a mis à votre disposition : <a href="http://www.myinami.be">www.myinami.be</a>			
<b>Agrément</b>			
Agréé en tant que maître de stage en dentisterie générale par Arrêté ministériel du.../.../....., pour un délai de ..... ans, pour.....stagiaire(s) <sup>(1)</sup>			
<sup>(1)</sup> Veuillez compléter les données comme mentionné sur l'arrêté d'agrément du SPF Santé publique			

**Veuillez renvoyer ce document et les annexes à :**  
**INAMI – Service des soins de santé**  
**Maîtres de stage Praticiens de l'art dentaire**  
**Avenue de Tervueren 211**  
**1150 BRUXELLES**

voir verso

...

NOM MAÎTRE DE STAGE: .....

ANNÉE ACADÉMIQUE: .....

### LISTE DES CANDIDATS DENTISTES GÉNÉRALISTES ACCOMPAGNÉS

La formation d'un stagiaire dentiste généraliste dure **un an**. La formation se déroule à **temps plein** et se compose de 1500 heures minimum et 1800 heures maximum de « charge de travail » (AM du 29 mars 2002 fixant les critères d'agrément des praticiens de l'art dentaire, porteurs du titre professionnel particulier de dentiste généraliste)

NOM	N° INAMI	PERIODE <sup>(2)</sup>	PARTICIPATION À L'ACCOMPAGNEMENT PENDANT CETTE PÉRIODE <sup>(3)</sup>	NOMS DES COLLÈGUES MAÎTRES DE STAGE <sup>(4)</sup>	REMARQUES
.....	...../...../.....	de ..... à ..... de ..... à .....	..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
.....	...../...../.....	de ..... à ..... de ..... à .....	..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
.....	...../...../.....	de ..... à ..... de ..... à .....	..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
.....	...../...../.....	de ..... à ..... de ..... à .....	..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
.....	...../...../.....	de ..... à ..... de ..... à .....	..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....

<sup>(2)</sup> veuillez mentionner ici la/les période(s) pendant laquelle/lesquelles vous avez accompagné le stagiaire. Ex. : du 1<sup>er</sup> juillet 2007 au 30 juin 2008  
<sup>(3)</sup> veuillez mentionner ici votre participation à l'accompagnement du candidat pendant la période donnée (en pourcentage ou en fraction)  
 Ex. : 1/2, 1/3, 1/4, 2/3, 50%, 25%, etc.  
<sup>(4)</sup> veuillez indiquer ici les noms de votre/vos collègue(s) maître(s) de stage qui ont accompagné le même candidat. S'il y a plusieurs maîtres de stage, veuillez également ajouter une copie du plan de stage approuvé du stagiaire.

Signature du maître de stage: .....

Date: .....