

# **AViQ - Agence pour une Vie de Qualité**

Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles

## **FORMULAIRE DE DEMANDE DE MODIFICATION/DEROGATION DE CONVENTION**

**Dénomination du Centre :**  
**N° INAMI :**  
**N° AVIQ :**  
**Personne de contact (Nom/tél/email):**

- 1) Quelle demande formulez-vous ?
- 2) S'agit-il d'une demande de modification (auquel cas, cela nécessite un avenant à la convention) ou de dérogation (auquel cas, cela nécessite une autorisation de déroger) ?
- 3) Quelle est la motivation de cette demande ? (en mettant en avant la valeur ajoutée de celle-ci)
- 4) Quel(s) article(s) de la convention est/sont concernés ?
- 5) Quel pourrait-être l'impact sur la convention :
  - a. En terme de groupe cible ?
  - b. En terme de capacité ?
  - c. En terme de financement ?
  - d. En terme de personnel ?
  - e. Autres ? :
- 6) L'INAMI a-t-il déjà été sollicité dans ce cadre et quelle a été sa décision ?
- 7) Pièces du dossier médical si nécessaire (merci de préciser dans le mail d'envoi la mention « confidentiel » en objet)
- 8) Autre commentaire.

PS : dans le cadre du respect de la protection des données privées, merci de ne jamais préciser les coordonnées des patients