RAPPORT D'ACTIVITÉ

À REMPLIR CHAQUE ANNÉE (À PARTIR DU 1ER JANVIER SUIVANT LE PREMIER ANNIVERSAIRE DE LA MAISON MÉDICALE)

ANNÉE D'APPLICATION DE L'INFORMATION	**T0**

1. Informations générales et données d'identification

		Remarques / Informations complémentaires
Nom de la maison médicale		
Date de création de la maison médicale (format = JJ/MM/AAAA)		
Date de passage au forfait (format = JJ/MM/AAAA)		
Adresse complète de la pratique		
Zone géographique :		
~ zone de "non-remboursement"* telle que mentionnée sur le document d'inscription du patient : commune(s) + code(s) postal/postaux.		
Justification de la zone géographique		
Forme de structure juridique (ASBL, SPRL, SCRL, SA, Autres)		
Si "Autres", précisez		
Numéro BCE (structure = ONNN.NNN.NNN) si existant Joignez une copie des statuts		
La maison médicale est-elle affiliée à une fédération ? Si oui, à quelle fédération ?		
La maison médicale partage-t-elle le bâtiment avec d'autres structures ou dispensateurs de soins non couverts par le forfait ?		
Si oui, précisez avec qui (+ structure juridique)		
La maison médicale est-elle autonome ou collabore-t-elle avec d'autres structures ?		
Si oui, précisez avec qui (+ structure juridique)		
Coordonnées de la personne responsable de la demande (nom, prénom, adresse mail et numéro de téléphone)		

2. Heures d'ouverture et plages horaires

Heures d'ouverture de la maison médicale* *(format = HH:MM)*	Matinée		Après-midi		Remarques / Informations complémentaires
	Début	Fin	Début	Fin	
Lundi					
Mardi					
Mercredi					
Jeudi					
Vendredi					
Samedi					
Dimanche					

Plages horaires - Médecine générale* *(format = HH:MM)*	Matinée		Après-midi		Visite à domicile ?	Remarques / Informations complémentaires
	Début	Fin	Début	Fin		
Lundi						
Mardi						
Mercredi						
Jeudi						
Vendredi						
Samedi						
Dimanche						

Plages horaires - Kinésithérapie* *(format = HH:MM)*	Matinée		Après-midi		Visite à domicile ?	Remarques / Informations complémentaires
	Début	Fin	Début	Fin		
Lundi						
Mardi						
Mercredi						
Jeudi						
Vendredi						
Samedi						
Dimanche						

Plages horaires - Soins infirmiers* *(format = HH:MM)*	Matinée		Après-midi		Visite à domicile ?	Remarques / Informations complémentaires
	Début	Fin	Début	Fin		
Lundi						
Mardi						
Mercredi						
Jeudi						
Vendredi						
Samedi						
Dimanche						

3. Composition de l'équipe et organisation en dehors des plages horaires*

Fonction d'accueil	
À qui le patient peut-il adresser sa demande en dehors des heures d'ouverture de la maison médicale si les heures d'ouverture ne couvrent pas la totalité des heures "en dehors du service de garde" ?	

Remarques / Informations complémentaires

Médecine générale (composition de l'équipe signant l'accord)

Nom et prénom	Numéro INAMI	Nombre d'heures par semaine consacrées à la dispensation de soins*, sur base de la situation moyenne annuelle

Remarques / Informations complémentaires

Identification du service de garde auquel participe la maison médicale	
Les médecins de la maison médicale sont-ils inscrits à ce service de garde ?	
Si non, expliquez pourquoi.	
Les patients sont-ils renvoyés à d'autres services que le service de garde susmentionné ?	
Si oui, lesquels ?	
Décrivez clairement la manière dont est organisé, durant les périodes non couvertes par les plages horaires ou le service de garde, le suivi des patients ayant besoin de soins.	
Si, pour ce suivi, il est fait appel à des dispensateurs de soins externes, mentionnez leur nom ou le nom de la structure à laquelle ils appartiennent (ex. : autre maison médicale).	
Cette collaboration est-elle fixée de manière formelle ?	
Si oui, veuillez joindre l'accord de collaboration. Si non, veuillez être le plus exhaustif possible quant à la manière dont se déroule cette collaboration.	
De quelle manière l'information est-elle échangée entre ce service / ces dispensateurs de soins et les médecins de la maison médicale ?	

Remarques / Informations complémentaires

Kinésithérapie (composition de l'équipe signant l'accord)

Nom et prénom	Numéro INAMI	Nombre d'heures par semaine consacrées à la dispensation de soins*, sur base de la situation moyenne annuelle	**Remarques / Informations complémentaires**

		Remarques / Informations complémentaires
Décrivez comment les soins aux patients nécessitant des soins quotidiens sont organisés pendant les périodes non couvertes par les plages horaires.		
Collabore-t-on à cet effet avec des kinésithérapeutes externes (en dehors de la structure) ?		
Si oui, mentionnez leur nom ou le nom de la structure à laquelle ils appartiennent.		
Cette collaboration est-elle fixée de manière formelle ?		
Si oui, veuillez joindre l'accord de collaboration. Si non, veuillez être le plus exhaustif possible quant à la manière dont se déroule cette collaboration.		
De quelle manière l'information est-elle échangée entre ce service / ces dispensateurs de soins et les kinésithérapeutes de la maison médicale ?		

Soins infirmiers (composition de l'équipe signant l'accord)

Nom et prénom	Numéro INAMI	Nombre d'heures par semaine consacrées à la dispensation de soins*, sur base de la situation moyenne annuelle	**Remarques / Informations complémentaires**

		Remarques / Informations complémentaires
La maison médicale fait-elle appel à des aides-soignant(e)s pour les soins infirmiers ?		
Si oui, à raison de combien d'heures par semaine ?		
Décrivez la manière dont sont organisées, en dehors des périodes couvertes par les plages horaires, la dispensation des soins aux patients ayant besoin de soins journaliers ou de soins plusieurs fois par jour ainsi que la prise en charge dans les 24 heures.		
Collabore-t-on à cet effet avec des praticiens de l'art infirmier externes (en dehors de la structure) ?		
Si oui, mentionnez leur nom ou le nom de la structure à laquelle ils appartiennent.		
Cette collaboration est-elle fixée de manière formelle ?		
Si oui, veuillez joindre l'accord de collaboration. Si non, veuillez être le plus exhaustif possible quant à la manière dont se déroule cette collaboration.		
De quelle manière l'information est-elle échangée entre ce service / ces dispensateurs de soins et les praticiens de l'art infirmier de la maison médicale ?		

Mentionnez les autres membres de l'equipe (qui ne sont pas inclus dans le contrat mais qui font partie de la structure).

Nom et prénom	Fonction / Spécialité (p. ex. collaborateur à l'accueil, psychologue, assistant social, praticien de l'art dentaire, etc.)	Numéro INAMI (si d'application)	Remarques / Informations complémentaires

partie de la structure (autres que les médecins, les kinésithérapeutes ou les praticiens de l'art infirmier)

Nom et prénom	Fonction / Spécialité (p.ex. logopède, praticien de l'art dentaire, etc.)	Numéro INAMI (si d'application)	Remarques / Informations complémentaires

4. Information pour le patient

		Remarques / Informations complémentaires
Comment l'information sur l'organisation de la maison médicale pendant et en dehors des heures d'ouverture est-elle communiquée au patient (numéro de téléphone / permanence téléphonique, répondeur, brochure/flyer…) ?		
Joignez la brochure éventuellement distribuée aux patients et mentionnez le lien éventuel vers le site web de la maison médicale.		

5. Activités et budget

		T0	Remarques / Informations complémentaires
Médecine générale	Nombre de patients avec au moins une consultation chez le médecin généraliste entre le 01/01 et le 31/12		
	Nombre de consultations* entre le 01/01 et le 31/12		
	Nombre de consultations au cabinet		
	Nombre de visites à domicile (en ce compris les visites dans un milieu familial de remplacement)		
	Nombre de consultations électroniques entre le 01/01 et le 31/12 (à compléter éventuellement)		
	Nombre de contacts autres que ceux énumérés précédemment* entre le 01/01 et le 31/12 (à compléter éventuellement)		
Kinésithérapie	Nombre de patients avec au moins une consultation chez le kinésithérapeute entre le 01/01 et le 31/12		
	Nombre de consultations* entre le 01/01 et le 31/12		
	Nombre de consultations au cabinet		
	Nombre de visites à domicile (en ce compris les visites dans un milieu familial de remplacement)		
	Nombre de consultations de kinésithérapie externalisées entre le 01/01 et le 31/12		
	Budget que cela implique		
	Nombre de contacts autres que ceux énumérés précédemment* entre le 01/01 et le 31/12 (à compléter éventuellement)		
Soins infirmiers	Nombre de patients avec au moins une consultation de soins infirmiers à domicile entre le 01/01 et le 31/12		
	Nombre de patients > 65 ans avec au moins une consultation de soins infirmiers à domicile entre le 01/01 et le 31/12		
	Nombre de consultations de soins infirmiers entre le 01/01 et le		
	Nombre de consultations au cabinet		
	Nombre de visites à domicile (en ce compris les visites dans un milieu familial de remplacement)		
	Nombre de consultations de soins infirmiers externalisées entre le 01/01 et le 31/12		
	Budget que cela implique		
	Nombre de contacts autres que ceux énumérés précédemment* entre le 1/1 et le 31/12 (à compléter éventuellement)		
Montants forfaitaires	Montant total des forfaits MKI durant l'année		
	Forfait Médecin par patient au 1er janvier		
	Forfait Médecin par patient au 31 décembre		
	Forfait Kinésithérapeute par patient au 1er janvier		
	Forfait Kinésithérapeute par patient au 31 décembre		
	Forfait Praticien de l'art infirmier par patient au 1er janvier		
	Forfait Praticien de l'art infirmier par patient au 31 décembre		
Quotes-parts personnelles	Montant total des quotes-parts personnelles perçues entre le 1/1 et le 31/12 (art. 20 AR du 23/4/2013)		
Autres recettes de l'assurance maladie (trajets de soins, DMG malades chroniques, etc.)	Montant total des autres recettes de l'assurance maladie entre le 1/1 et le 31/12		
Nombre de patients	Nombre de patients au 1er janvier		
	Nombre de patients au 31 décembre		

T1

Indiquez en gras ce qui a changé par rapport à l'année dernière	Justification des éventuelles modifications

Remarques / Informations complémentaires

Indiquez en gras ce qui a changé par rapport à l'année dernière

Matinée		Après-midi		Remarques / Informations complémentaires
Début	Fin	Début	Fin	

Indiquez en gras ce qui a changé par rapport à l'année dernière

Matinée		Après-midi			Remarques / Informations complémentaires
Début	Fin	Début	Fin	Visite à domicile ?	

Indiquez en gras ce qui a changé par rapport à l'année dernière

Matinée		Après-midi			Remarques / Informations complémentaires
Début	Fin	Début	Fin	Visite à domicile ?	

Indiquez en gras ce qui a changé par rapport à l'année dernière

Matinée		Après-midi			Remarques / Informations complémentaires
Début	Fin	Début	Fin	Visite à domicile ?	

Indiquez en gras ce qui a changé par rapport à l'année dernière	Justification des éventuelles modifications

Remarques / Informations complémentaires

Indiquez en gras ce qui a changé par rapport à l'année dernière

Numéro INAMI	Nombre d'heures par semaine consacrées à la dispensation de soins*, sur base de la situation moyenne annuelle	Justification des éventuelles modifications

Remarques / Informations complémentaires

Indiquez en gras ce qui a changé par rapport à l'année dernière	Justification des éventuelles modifications

Remarques / Informations complémentaires

Indiquez en gras ce qui a changé par rapport à l'année dernière		**Justification des éventuelles modifications**
Numéro INAMI	Nombre d'heures par semaine consacrées à la dispensation de soins*, sur base de la situation moyenne annuelle	

Indiquez en gras ce qui a changé par rapport à l'année dernière	**Justification des éventuelles modifications**

Remarques / Informations complémentaires

Indiquez en gras ce qui a changé par rapport à l'année dernière		**Justification des éventuelles modifications**
Numéro INAMI	Nombre d'heures par semaine consacrées à la dispensation de soins*, sur base de la situation moyenne annuelle	

Remarques / Informations complémentaires

Indiquez en gras ce qui a changé par rapport à l'année dernière	Justification des éventuelles modifications

Remarques / Informations complémentaires

Indiquez en gras ce qui a changé par rapport à l'année dernière		Justification des éventuelles modifications
Fonction / Spécialité (p. ex. collaborateur à l'accueil, psychologue, assistant social, praticien de l'art dentaire, etc.)	Numéro INAMI (si d'application)	

Remarques / Informations complémentaires

Indiquez en gras ce qui a changé par rapport à l'année dernière		Justification des éventuelles modifications
Fonction / Spécialité (p. ex. collaborateur à l'accueil, psychologue, assistant social, praticien de l'art dentaire, etc.)	Numéro INAMI (si d'application)	

Remarques / Informations complémentaires

Décrivez la situation actuelle et indiquez en gras ce qui a changé par rapport à l'année dernière	Justification des éventuelles modifications

Remarques / Informations complémentaires

T1	Remarques / Informations complémentaires