

## CHECK-LIST – PREPARATION DE LA SEANCE 1

| ✓ | TÂCHES                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | CALENDRIER                                                                 | EN PRATIQUE                                                                                                 |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| □ | Création de l'équipe de projet CMP locale : 1 MG responsable GLEM, 1 pharmacien.ne et 1 animateur.rice MG<br>Programmation de la séance dans le GLEM                                                                                                                                                       | Date à déterminer en concertation                                          |                                                                                                             |
| □ | Invitation à envoyer aux MG<br><i>Suggestion</i> : proposer aux MG de communiquer le nom d'un pharmacien.ne avec qui ils travaillent préférentiellement                                                                                                                                                    | 2 mois AVANT la date déterminée ou selon le mode de fonctionnement du GLEM | Invitation-type MG                                                                                          |
| □ | Recrutement par téléphone ou par courriel des pharmaciens – si possible 1 pharmacien.ne par MG<br>Invitation à envoyer                                                                                                                                                                                     | 2 mois AVANT la date déterminée                                            | Invitation-type Pharmacien                                                                                  |
| □ | Envoi du formulaire de demande INAMI <ul style="list-style-type: none"> <li>• Signature du MG responsable GLEM et du.de la pharmacien.ne</li> <li>• 2 versions : Word ET Pdf (signée)</li> <li>• Approbation avec numéro de projet à conserver pour le suivi administratif</li> <li>• 500 euros</li> </ul> | 3 semaines AVANT la date déterminée                                        | <a href="mailto:MFO-CMP@riziv-inami.fgov.be">MFO-CMP@riziv-inami.fgov.be</a><br>Formulaire de demande INAMI |
| □ | Envoi des données pour accréditation Pharmacien <ul style="list-style-type: none"> <li>• Numéro de projet attribué par INAMI</li> <li>• Date</li> <li>• Heure</li> <li>• Adresse de la réunion CMP</li> <li>• Animateur.rice</li> </ul>                                                                    | AU PLUS TARD 1 semaine AVANT la date déterminée                            | <a href="mailto:cmpinfo@ulb.be">cmpinfo@ulb.be</a><br>Mail-type accréditation pharmacien                    |
| □ | Catering à prévoir                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1 semaine AVANT la date déterminée                                         |                                                                                                             |
| □ | Impression de l'attestation de présence aux pharmaciens qui est à compléter avec les données de votre projet                                                                                                                                                                                               | 1 semaine AVANT la date déterminée                                         | Attestation présence pharmacien à compléter                                                                 |
| □ | Impression de la liste de présence                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1 semaine AVANT la date déterminée                                         | Liste de présence-type                                                                                      |