

SAMENVATTING - BEGROTINGSJAREN 1998 TOT 2006 RECAPITULATION - ANNEES BUDGETAIRES 1998 A 2006	saldo op 01/01 - solde au 01/01	ontvangsten - recettes	uitgaven - dépenses	saldo van het jaar - solde de l'année	saldo op 31/12 - solde au 31/12
Centre d'Etudes et de Documentation "Guerre et Sociétés contemporaines" 2005					
Studie- en documentatiecentrum "Oorlog en hedendaagse maatschappij" 2005	377.534,97	1.942.181,13	1.763.303,07	178.878,06	556.413,03
Service national de Congrès 2002					
Dienst voor congressen 2002	3.280.622,76	2.133.959,03	2.021.490,99	112.468,04	3.393.090,80
Service national de Congrès 2003					
Dienst voor congressen 2003	3.393.090,80	1.248.697,04	1.397.618,65	-148.921,61	3.244.169,19
Service national de Congrès 2004					
Dienst voor congressen 2004	3.244.169,19	678.675,36	810.325,80	-131.650,44	3.112.518,75
Service national de Congrès 2005					
Dienst voor congressen 2005	3.112.518,75	675.109,29	627.239,81	47.869,48	3.160.388,23
DWTI 2000					
SIST 2000	0,00	1.072.362,70	597.772,01	474.590,69	474.590,69
DWTI 2001					
SIST 2001	474.590,69	800.030,27	553.671,28	246.358,99	720.949,68
DWTI 2002					
SIST 2002	720.949,67	709.338,32	601.883,05	107.455,27	828.404,94
DWTI 2003					
SIST 2003	828.404,95	751.138,60	665.546,23	85.592,37	913.997,32
DWTI 2004					
SIST 2004	913.997,32	744.642,72	641.716,48	102.926,24	1.016.923,56
DWTI 2005					
SIST 2005	1.016.923,56	767.972,77	684.648,74	83.324,03	1.100.247,59
Belnet 2000					
Belnet 2000	0,00	5.185.333,01	3.933.035,53	1.252.297,48	1.252.297,48
Belnet 2001					
Belnet 2001	1.252.297,48	14.451.717,88	7.122.323,33	7.329.394,55	8.581.692,03
Belnet 2002					
Belnet 2002	8.581.692,03	12.230.451,33	16.885.527,85	-4.655.076,52	3.926.615,51
Belnet 2003					
Belnet 2003	3.926.615,51	11.821.516,79	9.260.746,10	2.560.770,69	6.487.386,20
Belnet 2004					
Belnet 2004	6.487.386,20	11.145.468,28	9.062.252,58	2.083.215,70	8.570.601,90
Belnet 2005					
Belnet 2005	8.570.601,90	13.892.424,97	10.160.462,31	3.731.962,66	12.302.564,56

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

[C - 2015/22027]

17 NOVEMBRE 2014. — Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 22, 11°;

Vu l'annexe I de l'Arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 17 novembre 2014,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** A l'annexe I du règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, les formulaires B-Form-I-04, B-Form-I-05 et B-Form-I-06 concernant la procédure de demande, auxquels il est fait référence au chapitre « B. Neurochirurgie » de la liste, sont ajoutés. Ces formulaires suivent en annexe 1<sup>re</sup> de ce règlement.

**Art. 2.** A l'annexe VIII du même règlement, les formulaires G-Form-I-04 et G-Form-I-05 concernant la procédure de demande, auxquels il est fait référence au chapitre « G. Chirurgie vasculaire » de la liste, sont ajoutés. Ces formulaires suivent en annexe 2 de ce règlement.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

[C - 2015/22027]

17 NOVEMBER 2014. — Verordening tot wijziging van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 22, 11°;

Gelet op de bijlage I bij het Koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen;

Na erover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 17 november 2014;

Besluit :

**Artikel 1.** In de bijlage I van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen worden de formulieren B-Form-I-04, B-Form-I-05 en B-Form-I-06 met betrekking tot de aanvraagprocedure, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "B. Neurochirurgie" van de lijst, toegevoegd. Deze formulieren gaan als bijlage 1 bij deze verordening.

**Art. 2.** In de bijlage VIII van dezelfde verordening worden de formulieren G-Form-I-04 en G-Form-I-05 met betrekking tot de aanvraagprocedure, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "G. Bloedvatenheelkunde" van de lijst, toegevoegd. Deze formulieren gaan als bijlage 2 bij deze verordening.

**Art. 3.** Le présent règlement entre en vigueur le 1<sup>er</sup> décembre 2014.  
Bruxelles, le 17 novembre 2014.  
Le Fonctionnaire dirigeant,  
H. DE RIDDER

Le Président,  
G. PERL

**Art. 3.** Deze verordening treedt in werking op 1 december 2014.  
Brussel, 17 november 2014.  
De Leidend Ambtenaar,  
H. DE RIDDER

De Voorzitter,  
G. PERL

Annexe I au Règlement du 17 novembre 2014 modifiant le Règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

### **FORMULAIRE B-Form-I-04**

**Formulaire de demande d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé pour la prestation 170892-170903/ 170914-170925 : Premier neurostimulateur non-rechargeable pour stimulation du nerf vague dans le cas d'épilepsie rebelle (ou remplacement d'un neurostimulateur non-rechargeable pour lequel l'assurance obligatoire soins de santé n'est pas intervenue)**

*(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)*

➤ A envoyer **AVANT IMPLANTATION** au :

- Médecin-conseil qui envoie la demande au Collège des médecins-directeurs (INAMI, Avenue de Tervueren 211, 1150 BRUXELLES)

#### **Identification de l'établissement hospitalier/médecin spécialiste**

Nom de l'établissement hospitalier : .....

N° d'identification INAMI de l'établissement hospitalier : 710.....

Nom et prénom du médecin spécialiste : .....

N° INAMI du médecin spécialiste : .....

Adresse Email : .....

Téléphone (secrétariat du service) : .....

#### **Identification du bénéficiaire**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Numéro d'identification au Registre National : .....

Sexe : .....

Adresse : .....

.....

**Identification de l'organisme assureur du bénéficiaire**

Dénomination de l'organisme assureur : .....

Adresse : .....

.....

**Neurostimulateur**

Date de l'implantation précédente (à compléter uniquement s'il s'agit d'un remplacement d'un dispositif non remboursé): ...../...../.....

**Données médicales****1.** Type de crises : partielles/généralisées**2.** Traitement pharmacologique

a. Traitement actuel :

MEDICAMENT	DOSE/J	DATE de DEBUT de ce TRAITEMENT (médicament seul ou combinaison)*

b. Traitements antérieurs :

MEDICAMENT	DOSE/J	DEPUIS LE...*	JUSQU'AU...*

\* : si la date n'est pas connue, veuillez le spécifier et si possible mettre une date approximative

**3.** Le bénéficiaire a déjà eu une chirurgie de résection pour traitement de l'épilepsie réfractaire:  
oui/non

Si oui : spécifier la date d'intervention : ....

4. Le patient est-il traité par DBS pour son épilepsie : oui/non

Si oui, précisez la date de primo-implantation :.....

5. Evaluation préchirurgicale (résumé des examens):

a. Enregistrement vidéo-EEG de longue durée avec enregistrement des crises

b. IRM à haute résolution du cerveau

c. FDG-PET du cerveau

d. Évaluation neuropsychologique incluant les éléments suivants :

i. QI

ii. Mémoire

iii. fonctions exécutives frontales

e. Évaluation psychiatrique

6. Conclusion de la discussion multidisciplinaire:

Le bénéficiaire est éligible pour une chirurgie de l'épilepsie pour traiter l'épilepsie réfractaire :  
oui/non

Si le bénéficiaire n'est pas éligible, expliquez pourquoi (sur base d'éléments cliniques, anatomiques, psychiatriques,...) :

- Épilepsie bitemporale
- Zone épileptogène proche des zones fonctionnelles
- Epilepsie mésiotemporale chez un patient n'ayant pas de problème de mémoire
- test de WADA non concluant
- Autre :...

7. L'équipe multidisciplinaire certifie que le patient répond à toutes les conditions de remboursement (cfr. critères d'inclusion et d'exclusion B-§08, point 2)

Établi à (*lieu*)

le (*date*)

Nom, prénom, signature et cachet de chaque membre de l'équipe multidisciplinaire:

**FORMULAIRE B-Form-I-05**

**Formulaire pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au remplacement d'un neurostimulateur non-rechargeable du nerf vague implanté en cas d'épilepsie réfractaire**

*(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)*

➤ *A envoyer APRES IMPLANTATION au :*

- *Médecin-conseil qui envoie la demande au Collège des médecins-directeurs (INAMI, Avenue de Tervueren 211, 1150 BRUXELLES)*

Identification de l'établissement hospitalier/médecin spécialiste

Nom de l'établissement hospitalier : .....

N° d'identification INAMI de l'établissement hospitalier : 710\_ \_ \_ \_ \_

Nom et prénom du médecin spécialiste : .....

N° INAMI du médecin spécialiste : .....

Adresse Email : .....

Téléphone (secrétariat du service) : .....

Identification du bénéficiaire

Nom : .....

Prénom : .....

Numéro d'identification au Registre National : .....

Date de naissance : .....

Sexe : .....

Mutualité : .....

Date de l'intervention : ...../...../.....

Conformément aux dispositions de la condition de remboursement B-§08 de la liste, la (les) prestation(s) mentionnée(s) ci-dessous est (sont) demandée (s) pour ce bénéficiaire.

Prestation demandée à cocher

**Neurostimulateur non-rechargeable**

- 170936-170940/170951-170962: Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté pour stimulation du nerf vague en cas d'épilepsie réfractaire
- 170973-170984/170995-171006: Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté pour stimulation du nerf vague en cas d'épilepsie réfractaire, en cas de remplacement anticipé

Nom du dispositif remplacé: .....

N° d'identification du dispositif remplacé :: .....

Nom du dispositif de remplacement: .....

N° d'identification du dispositif de remplacement: .....

Raison du remplacement :

- End-of life
- Infection
- Autre :...

L'équipe multidisciplinaire confirme que les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions sont conservés dans le dossier du bénéficiaire et seront envoyés au Collège des médecins-directeurs si celui-ci les demande.

Établi à (*lieu*) :

le (*date*) : ...../...../.....

Signature et cachet de l'épileptologue :

**FORMULAIRE B-Form-I-06**

**Notification pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au remplacement d'électrodes et/ou accessoires implantés pour stimulation du nerf vague en cas d'épilepsie réfractaire**

*(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)*

- A envoyer APRES IMPLANTATION au médecin-conseil

Identification de l'établissement hospitalier/médecin spécialiste

Nom de l'établissement hospitalier : .....

N° d'identification INAMI de l'établissement hospitalier : 710\_ \_ \_ \_ \_

Nom et prénom du médecin spécialiste : .....

N° INAMI du médecin spécialiste : .....

Adresse Email : .....

Téléphone (secrétariat du service) : .....

Identification du bénéficiaire

Nom : .....

Prénom : .....

Numéro d'identification au Registre National : .....

Date de naissance : .....

Sexe : .....

Mutualité : .....

Date de l'intervention : ...../...../.....

Conformément aux dispositions de la condition de remboursement B-§08 de la liste, la (les) prestation(s) mentionnée(s) ci-dessous est (sont) demandée (s) pour ce bénéficiaire.



Prestation(s) demandée(s) (A cocher)

- 171032-171043 : Electrode de remplacement implantée pour stimulation du nerf vague dans le cas d'épilepsie réfractaire
- 171076-171080: Accessoires de remplacement pour stimulation du nerf vague dans le cas d'épilepsie réfractaire

Electrode

Nom de l'électrode à remplacer: .....

N° d'identification de l'électrode à remplacer : .....

Nom de l'électrode de remplacement: .....

N° d'identification de l'électrode de remplacement : .....

Accessoire

Nom de l'accessoire à remplacer: .....

N° d'identification de l'accessoire à remplacer : .....

Nom de l'accessoire de remplacement: .....

N° d'identification de l'accessoire de remplacement : .....

Raison du remplacement :

- infection au niveau de l'électrode
- cassure de l'électrode
- migration de l'électrode
- autre :....

L'équipe multidisciplinaire confirme que les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions sont conservés dans le dossier du bénéficiaire et seront envoyés au médecin-conseil si celui-ci les demande.

Établi à (*lieu*) :

le (*date*) : ...../...../.....

Signature et cachet de l'épileptologue :

Vu pour être annexé au Règlement du 17 novembre 2014

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. DE RIDDER

Le Président,

G. PERL

Bijlage I bij Verordening van 17 november 2014 tot wijziging van de Verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

### **FORMULIER B-Form-I-04**

**Aanvraagformulier voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor de verstrekking 170892-170903/ 170914-170925 : eerste niet-heroplaadbare neurostimulator voor stimulatie van de nervus vagus in geval van refractaire epilepsie (of vervanging van een niet-heroplaadbare neurostimulator waarvoor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging geen tegemoetkoming heeft verleend)**

*(Gelieve dit formulier in drukletters in te vullen)*

- *Terug te sturen VÓÓR IMPLANTATIE aan:*
  - *de adviserend geneesheer die de aanvraag naar het College van Geneesheren-directeurs verzendt (RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 BRUSSEL)*

#### **Identificatiegegevens van de verpleeginrichting/geneesheer-specialist**

*Naam van de verpleeginrichting: .....*

*RIZIV-identificatienummer van de verpleeginrichting: 710.....*

*Naam en voornaam van de geneesheer-specialist: .....*

*RIZIV-nummer van de geneesheer-specialist: .....*

*E-mailadres: .....*

*Telefoon (secretariaat van de dienst): .....*

#### **Identificatiegegevens van de rechthebbende**

*Naam: .....*

*Voornaam: .....*

*Geboortedatum: .....*

*Rijksregisternummer: .....*

*Geslacht: .....*

*Adres: .....*

.....

**Identificatiegegevens van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende**

Naam van de verzekeringsinstelling: .....

Adres: .....

.....

**Neurostimulator**

Datum van de vorige implantatie (enkel in te vullen in geval van vervanging van een niet-terugbetaald hulpmiddel): ...../...../.....

**Medische gegevens**

1. Aard van de aanvallen: partieel/gegeneraliseerd

2. Farmacologische behandeling

a. Huidige behandeling:

GENEESMIDDEL	DOSIS/DAG	BEGINDATUM van die BEHANDELING (één geneesmiddel of combinatietherapie)*

b. Vorige behandelingen:

GENEESMIDDEL	DOSIS/DAG	SINDS...*	TOT...*

\*: als de datum niet gekend is, gelieve dit te vermelden en indien mogelijk een datum bij benadering in te vullen

3. De rechthebbende heeft al resectiechirurgie ondergaan voor de behandeling van refractaire epilepsie: ja/nee

Indien ja: vermeld de datum van de ingreep: ....

4. Wordt de patiënt behandeld met DBS voor zijn epilepsie: ja/nee

Indien ja, vermeld de datum van de primo-implantatie:.....

5. Pre-chirurgische evaluatie (samenvatting van de onderzoeken):

- f. Video-EEG opname van lange duur met registratie van de aanvallen
  
- g. Hoge resolutie-MRI van de hersenen
  
- h. FDG-PET van de hersenen
  
- i. Neuropsychologische evaluatie die de volgende gegevens bevat:
  - i. IQ
  
  - ii. Geheugenfunctie
  
  - iii. Frontale executieve functies
  
- j. Psychiatrische evaluatie

6. Conclusie van de multidisciplinaire bespreking:

De rechthebbende komt in aanmerking voor epilepsiechirurgie voor de behandeling van refractaire epilepsie: ja/nee

Als de rechthebbende niet in aanmerking komt, leg uit waarom (op basis van klinische, anatomische, psychiatrische gegevens,...):

- Bitemporale epilepsie
- Epileptogene zone in de buurt van de functionele zones
- Mesiotemporale epilepsie bij een patiënt zonder geheugenproblemen
- Niet-overtuigende WADA-test
- Andere:...

7. Het multidisciplinair team bevestigt dat de patiënt aan alle vergoedingsvoorwaarden voldoet (cf. inclusie- en exclusiecriteria B-§08, punt 2).

Opgesteld te (*plaats*)

op (*datum*)

Naam, voornaam, handtekening en stempel van elk lid van het multidisciplinair team:

**FORMULIER B-Form-I-05****Aanvraagformulier voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor de verstrekkingen betreffende de vervanging van een ingeplante niet-heroplaadbare neurostimulator voor stimulatie van de nervus vagus in geval van refractaire epilepsie**

(Gelieve dit formulier in drukletters in te vullen)

- *Terug te sturen NA IMPLANTATIE aan:*
  - *de adviserend geneesheer die de aanvraag naar het College van Geneesheren-directeurs verzendt (RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 BRUSSEL).*

Identificatiegegevens van de verpleeginrichting/geneesheer-specialist

Naam van de verpleeginrichting: .....

RIZIV-identificatienummer van de verpleeginrichting: 710\_ \_ \_ \_ \_

Naam en voornaam van de geneesheer-specialist: .....

RIZIV-nummer van de geneesheer-specialist: .....

E-mailadres: .....

Telefoon (secretariaat van de dienst): .....

Identificatiegegevens van de rechthebbende

Naam: .....

Voornaam: .....

Rijksregisternummer: .....

Geboortedatum: .....

Geslacht: .....

Ziekenfonds: .....

Datum van de tegemoetkoming:...../...../.....

Overeenkomstig de bepalingen van de vergoedingsvoorwaarde B-§08 van de lijst wordt voor die rechthebbende de onderstaande verstrekking(en) gevraagd.

Gevraagde verstrekking aanvinken**Niet-heroplaadbare neurostimulator**

- 170936-170940/170951-170962: Ingeplante niet-heroplaadbare vervangingsneurostimulator voor stimulatie van de nervus vagus in geval van refractaire epilepsie
- 170973-170984/170995-171006: Ingeplante niet-heroplaadbare vervangingsneurostimulator voor stimulatie van de nervus vagus in geval van refractaire epilepsie, naar aanleiding van een voortijdige vervanging

Naam van het te vervangen hulpmiddel:.....

Identificatienummer van het te vervangen hulpmiddel: .....

Naam van het vervangende hulpmiddel :.....

Identificatienummer van het vervangende hulpmiddel: .....

Reden voor de vervanging:

- End-of-life
- Infectie
- Ander:...

Het multidisciplinair team bevestigt dat de documenten waaruit blijkt dat aan de voorwaarden is voldaan, in het dossier van de rechthebbende worden bewaard en naar het College van Geneesheren-directeurs zullen worden verzonden, als het daarom verzoekt.

Opgesteld te (*plaats*):

Op (*datum*): ...../...../.....

Handtekening en stempel van de epileptoloog:

**FORMULIER B-Form-I-06****Notificatie met het oog op een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor de verstrekkingen betreffende de vervanging van ingeplante elektroden en/of toebehoren voor stimulatie van de nervus vagus in geval van refractaire epilepsie**

(Gelieve dit formulier in drukletters in te vullen)

- Terug te sturen NA IMPLANTATIE aan de adviserend geneesheer.

Identificatiegegevens van de verpleeginrichting/geneesheer-specialist

Naam van de verpleeginrichting: .....

RIZIV-identificatienummer van de verpleeginrichting: 710\_ \_ \_ \_ \_

Naam en voornaam van de geneesheer-specialist: .....

RIZIV-nummer van de geneesheer-specialist: .....

E-mailadres: .....

Telefoon (secretariaat van de dienst): .....

Identificatiegegevens van de rechthebbende

Naam: .....

Voornaam: .....

Rijksregisternummer:.....

Geboortedatum: .....

Geslacht: .....

Ziekenfonds: .....

Datum van de tegemoetkoming:...../...../.....

Overeenkomstig de bepalingen van de vergoedingsvoorwaarde B-§08 van de lijst wordt voor die rechthebbende de onderstaande verstrekking(en) gevraagd.

Gevraagde verstrekking(en) (aanvinken)

- 171032-171043 : Ingeplante vervangingselektrode voor stimulatie van de nervus vagus in geval van refractaire epilepsie
- 171076-171080: Vervangingstoebereiden voor stimulatie van de nervus vagus in geval van refractaire epilepsie



Elektrode

Naam van de te vervangen elektrode: .....

Identificatienummer van de te vervangen elektrode:.....

Naam van de vervangende elektrode: .....

Identificatienummer van de vervangende elektrode:.....

Toebehoren

Naam van het te vervangen toebehoren: .....

Identificatienummer van het te vervangen toebehoren:.....

Naam van het vervangende toebehoren.....

Identificatienummer van het vervangende toebehoren:.....

Reden voor de vervanging:

- infectie ter hoogte van de elektrode
- breuk van de elektrode
- migratie van de elektrode
- andere:....

Het multidisciplinair team bevestigt dat de documenten waaruit blijkt dat aan de voorwaarden is voldaan, in het dossier van de rechthebbende worden bewaard en naar het College van Geneesheren-directeurs zullen worden verzonden, als het daarom verzoekt.

Opgesteld te (*plaats*)op (*datum*)

Handtekening en stempel van de epileptoloog:

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 17 november 2014

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

H. DE RIDDER

G. PERL

Annexe II au Règlement du 17 novembre 2014 modifiant le Règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

### **FORMULAIRE G-Form-I-04**

#### **Demande d'intervention pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire dans le coût d'une thérapie d'essai pour neurostimulation médullaire pour ischémie critique et inopérable des membres inférieurs**

*(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)*

- A envoyer au :
- Collège des médecins-directeurs (original) – INAMI, Avenue de Tervueren 211, 1150 BRUXELLES.
  - Médecin-conseil (copie)

#### **Identification de l'établissement hospitalier/médecin spécialiste**

Nom de l'établissement hospitalier : .....

N° d'identification INAMI de l'établissement hospitalier : 710 \_\_\_\_\_

Noms et prénoms des médecins spécialistes et N° INAMI:

	Nom et prénom	Numéro INAMI
Chirurgien 1		
Chirurgien 2		
Interniste		

Adresse E-mail : .....

Téléphone (secrétariat du service) : .....

#### **Identification du bénéficiaire**

Nom : .....

Prénom : .....

Numéro d'identification au Registre National : .....

Date de naissance : .....

Sexe : .....

Organisme assureur : .....



**Données cliniques:**1) Douleur au repos :  oui  non

Depuis : .....mois

2) Lésions trophiques

*(joindre une photo  
couleur de la  
lésion)*- nécrose limitée:  oui  non

niveau:

- infection locale:  oui  non- ulcère ischémique:  oui  non

Diamètre (mm):

Niveau:

Aspect:

3) Intensité de la douleur (échelle VAS)

*(indiquer avec une croix " x ")*

Absence de douleur

Douleur intolérable

4) Consommation d'antalgiques :

Médication	Dose par prise	Nombre de fois/jour	Nombre de jours/semaine
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

5) Périmètre de marche : ..... mètres

6) Influence de la douleur sur les activités  
habituelles*(score: 0 = impossible; 10 = normal)*

- Activités quotidiennes (ménage, toilette, ...) :
- Activités sociales :
- Détente (sport, lecture, ...) :
- Repos :
- Monter des escaliers (+/- 20 marches) :

## 7) Sommeil nocturne

- qualité:  excellent  bon  satisfaisant  mauvais  très mauvais  
 - difficultés d'endormissement:  jamais  parfois  souvent  chaque nuit  
 - être réveillé par la douleur :  jamais  parfois  souvent  chaque nuit

**Examens vasculaires**1) Doppler: pression perfusion  
cheville:

droite:

gauche:

mmHg

mmHg

Indice cheville / bras:

*(joindre une copie de la courbe Doppler)*2) Arteriographie (membre  
ischémique)

- artère iliaque: % sténose  
 - artère fémorale commune: %  
 - artère fémorale superficielle: %  
 - artère fémorale profonde: %  
 - artère poplitée: %  
 - artère tibiale antérieure: %  
 - artère tibiale postérieure: %  
 - artère péronnière: %

*(joindre une copie du protocole et des clichés d'artériographie)*

## 3) Raison de l'inopérabilité:

.....

*(absence de veine saphène utilisable, absence de vaisseau distal,...)*4) Tc-  
pO<sub>2</sub>

au repos – pied en position Droite: \_\_\_\_\_ mmHg  
 couchée: \_\_\_\_\_ mmHg  
 au repos – pied en position \_\_\_\_\_ mmHg  
 pendante: \_\_\_\_\_ mmHg

Gauche:

mmHg

mmHg

*(joindre une copie van de la courbe tc-pO<sub>2</sub>)*

***Critères pour l'octroi de la neurostimulation***

- Ischémie critique des membres inférieurs avec douleur au repos depuis au moins 1 mois, avec ou sans gangrène limitée (max. 2 orteils ou nécrose superficielle du talon), avec ou sans ulcère artériel (inférieur à 3 cm et superficiel), sans infection active au niveau des lésions trophiques;
- Résultats positifs d'une période de test de minimum 15 jours avec électrode implantée par voie percutanée. La période de test est réalisée dans un des cas suivants:
  - la valeur Tc-PO<sub>2</sub> au niveau du pied en position couchée se situe entre 10 mm Hg et 30 mm Hg ou est égale à 10 mm Hg ;
  - la valeur Tc-PO<sub>2</sub> au niveau du pied en position couchée est inférieure à 10 mm Hg, mais remonte à 20 mmHg ou plus avec le pied en position pendante.Les résultats de la thérapie d'essai sont considérés comme positifs si la douleur est diminuée d'au moins de 50% et si on peut réduire la prise d'antalgiques grâce à la neurostimulation d'essai avec une amélioration manifeste de la qualité de vie.
- Une revascularisation durable est hautement improbable;
- Une pression de perfusion distale inférieure à 50 mmHg, avec un index de pression cheville / bras inférieur à 35 % ou en cas de calcinose diabétique de la média, absence de pulsations périphériques;
- L'espérance de vie est de 5 ans ou plus;
- L'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation du neurostimulateur ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif
- Absence de contre indications à l'implantation d'une neurostimulateur.

***Engagement :***

Je déclare que le bénéficiaire susmentionné correspond bien à tous les critères prévus à la condition de remboursement G-§09 de la liste (critères d'inclusion et critères d'exclusion).

Établi à (*lieu*)

le (*date*) ...../...../.....

Nom, prénom, signature et cachet du premier chirurgien:

Nom, prénom, signature et cachet du deuxième chirurgien:

Nom, prénom, signature et cachet de l'interniste:

**FORMULAIRE G-Form-I-05****Demande d'intervention pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire dans le coût d'une neurostimulation médullaire pour ischémie critique et inopérable des membres inférieurs: remplacement***(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)*

➤ A envoyer au :

- Collège des médecins-directeurs (original) – INAMI, Avenue de Tervueren 211, 1150 BRUXELLES.
- Médecin-conseil (copie)

**Identification de l'établissement hospitalier/médecin spécialiste**

Nom de l'établissement hospitalier : .....

N° d'identification INAMI de l'établissement hospitalier : 710\_ \_ \_ \_ \_

Noms et prénoms des médecins spécialistes et N° INAMI :

	Nom et prénom	Numéro INAMI
Chirurgien 1		
Chirurgien 2		
Interniste		

Adresse E-mail : .....

Téléphone (secrétariat du service) : .....

**Identification du bénéficiaire**

Nom : .....

Prénom : .....

Numéro d'identification au Registre National : .....

Date de naissance : .....

Sexe : .....

Organisme assureur : .....







## 7) Sommeil nocturne :

- qualité:  excellent  bon  satisfaisant  mauvais  très mauvais  
 - difficultés d'endormissement:  jamais  parfois  souvent  chaque nuit  
 - être réveillé par la douleur :  jamais  parfois  souvent  chaque nuit

**Examens vasculaires**1) Doppler: pression perfusion  
cheville:droite:gauche:

mmHg

mmHg

Indice cheville / bras:

*(joindre une copie de la courbe Doppler)*2) Arteriographie (membre  
ischémique)

- artère iliaque: % sténose  
 - artère fémorale commune: %  
 - artère fémorale superficielle: %  
 - artère fémorale profonde: %  
 - artère poplitée: %  
 - artère tibiale antérieure: %  
 - artère tibiale postérieure: %  
 - artère péronnière: %

*(joindre une copie du protocole et des clichés d'artériographie)*

3) Raison de l'inopérabilité:

.....

*(absence de veine saphène utilisable, absence de vaisseau distal,...)*4) Tc-  
pO<sub>2</sub>

au repos – pied en position

Droite:

\_\_\_\_\_ mmHg

couchée:

Gauche:

mmHg

au repos – pied en position

pendante:

mmHg

mmHg

*(joindre une copie van de la courbe tc-pO<sub>2</sub>)*

**Critères pour l'octroi de la neurostimulation**

- Ischémie critique des membres inférieurs avec douleur au repos depuis au moins 1 mois, avec ou sans gangrène limitée (max. 2 orteils ou nécrose superficielle du talon), avec ou sans ulcère artériel (inférieur à 3 cm et superficiel), sans infection active au niveau des lésions trophiques;
- Résultats positifs d'une période de test de minimum 15 jours avec électrode implantée par voie percutanée. La période de test est réalisée dans un des cas suivants:
  - la valeur Tc-PO<sub>2</sub> au niveau du pied en position couchée se situe entre 10 mm Hg et 30 mm Hg ou est égale à 10 mm Hg ;
  - la valeur Tc-PO<sub>2</sub> au niveau du pied en position couchée est inférieure à 10 mm Hg, mais remonte à 20 mmHg ou plus avec le pied en position pendante.

Les résultats de la thérapie d'essai sont considérés comme positifs si la douleur est diminuée d'au moins de 50% et si on peut réduire la prise d'antalgiques grâce à la neurostimulation d'essai avec une amélioration manifeste de la qualité de vie.

- Une revascularisation durable est hautement improbable;
- Une pression de perfusion distale inférieure à 50 mmHg, avec un index de pression cheville / bras inférieur à 35 % ou en cas de calcinose diabétique de la média, absence de pulsations périphériques;
- L'espérance de vie est de 5 ans ou plus;
- L'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation du neurostimulateur ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif
- Absence de contre indications à l'implantation d'une neurostimulateur.

**Engagement**

Je déclare que le bénéficiaire susmentionné correspond bien à tous les critères prévus à la condition de remboursement G-§09 de la liste (critères d'inclusion et critères d'exclusion).

Établi à (lieu)

le (date) ...../...../.....

Nom, prénom, signature et cachet du premier chirurgien:

Nom, prénom, signature et cachet du deuxième chirurgien:

Nom, prénom, signature et cachet de l'interniste:

Vu pour être annexé au Règlement du 17 novembre 2014

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. DE RIDDER

Le Président,

G. PERL

Bijlage II bij Verordening van 17 november 2014 tot wijziging van de Verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

### FORMULIER G-Form-I-04

#### **Aanvraag voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de kosten van de proeftherapie medullaire neurostimulatie voor chronische kritieke niet-opereerbare ischemie van de onderste ledematen**

(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)

- Te sturen aan :
- College van geneesheren-directeurs (origineel) – RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 BRUSSEL.
  - Adviserend geneesheer (kopie)

#### **Identificatie van de verplegingsinrichting/geneesheer-specialist**

Naam van de verplegingsinrichting : .....

Riziv identificatienr. van de verplegingsinrichting : 710\_ \_ \_ \_ \_

Naam en voornaam van de geneesheer-specialisten en RIZIV nr. :

	Naam en voornaam	RIZIV nummer
Chirurg 1		
Chirurg 2		
Internist		

E-mailadres : .....

Telefoon (secretariaat dienst) : .....

#### **Identificatie van de rechthebbende**

Naam :  
.....

Voornaam : .....

Identificatienummer van het Rijksregister : .....

Geboortedatum : .....

Geslacht : .....

Verzekeringsinstelling: .....

**Ischemisch lidmaat:**

- Links  
 Rechts  
 Beide

**Anamnese:**

- 1) Diabetes: ja / neen           - sinds:.....jaren  
   - insuline/incretinomimetica behandeling sinds:  
   .....jaren

## 2) Vorige beperkte amputaties van het betrokken ischemisch lidmaat:

.....  
 .....  
 .....

3) Vorige revascularisaties van het ischemisch lidmaat waarvoor medullaire neurostimulatie wordt voorgesteld (*in detail: niveau, vene-vaat prothese, Fogarty, fibrinolyse, lumbale sympathectomie, teen amputatie ...*):

Interventie.....  
 Datum (DD/MM/YYYY).....

Interventie.....  
 Datum (DD/MM/YYYY).....

Interventie.....  
 Datum (DD/MM/YYYY).....

Interventie.....  
 Datum (DD/MM/YYYY).....

Interventie.....  
 Datum (DD/MM/YYYY).....

Interventie.....  
 Datum (DD/MM/YYYY).....

Interventie.....  
 Datum (DD/MM/YYYY).....

Interventie.....  
 Datum (DD/MM/YYYY).....



## 7) Nachtrust:

- kwaliteit:  zeer goed  goed  bevredigend  slecht  zeer slecht  
 - inslaapproblemen:  nooit  soms  dikwijls  elke nacht  
 - wakker worden van de pijn:  nooit  soms  dikwijls  elke nacht

**Vasculair onderzoek**

1) Doppler: enkel perfusie druk: rechts: links:  
 mmHg mmHg  
 enkel/arm index: \_\_\_\_\_  
 (registratie van Doppler curve bijvoegen)

- 2) Arteriografie (ischemisch lidmaat)
- |                     |           |
|---------------------|-----------|
| - arteria iliaca:   | % stenose |
| - art. fem. com.:   | %         |
| - art. fem. sup.:   | %         |
| - art. fem. prof.:  | %         |
| - arteria poplitea: | %         |
| - art. tib. ant.:   | %         |
| - art. tib. post.   | %         |
| - art. interossea:  | %         |

(kopij van het protocol en van de arteriografie beelden bijvoegen)

3) Reden van "inoperabiliteit":  
 .....  
 (geen bruikbare vena safena, geen distale vaten,...)

4) Tc-pO<sub>2</sub> bij rust - voet in lighouding : Rechts: \_\_\_\_\_ mmHg Links: \_\_\_\_\_ mmHg  
 bij rust - voet in hangende positie : \_\_\_\_\_ mmHg \_\_\_\_\_ mmHg

(kopij van de Tc-pO<sub>2</sub> curve bijvoegen)

**Criteria voor toekenning van neurostimulatie**

- Kritieke ischemie van de onderste ledematen met rustpijnen sinds ten minste één maand, met of zonder beperkt gangreen (max. 2 tenen of oppervlakkige necrose van de hiel), met of zonder arterieel ulcus (minder dan 3 cm en oppervlakkig), zonder actieve infectie op het vlak van de trofische letsels;



- Positieve resultaten van een testperiode van minimaal 15 dagen met een percutaan geïmplanteerde elektrode of chirurgische lead. De testperiode wordt uitgevoerd in één van de volgende gevallen:
  - de Tc- PO2 waarde aan de voet in lighouding ligt tussen 10 mm Hg en 30 mm Hg of is gelijk aan 10 mm Hg;
  - de Tc- PO2 waarde aan de voet in lighouding is lager dan 10 mm Hg, maar stijgt tot 20 mm Hg of meer bij de voet in hangende positie.

De resultaten van de proeftherapie worden als positief beschouwd als de pijn met ten minste 50% is verminderd en als de pijnmedicatie kan worden verminderd dankzij de testneurostimulatie met een duidelijke verbetering van de levenskwaliteit.

- Een duurzame revascularisatie is hoogst onwaarschijnlijk;
- Distale perfusiedruk lager dan 50 mmHg, met een drukindex enkel/onderarm van 35% of in geval van diabetescalcinoses van de tunica media, afwezigheid van perifere pulsaties;
- De levensverwachting bedraagt 5 jaar of meer;
- De algemene toestand van de rechthebbende moet de implantatie van de neurostimulator en het duurzaam en optimaal gebruik van het hulpmiddel toelaten
- Afwezigheid van contra-indicaties voor de implantatie van een neurostimulator.

### **Verbintenis**

Ik verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende aan al de criteria voorzien in de vergoedingsvoorwaarde G-§09 van de lijst (inclusie- en exclusiecriteria) voldoet.

Gedaan te (plaats)

op (datum)...../...../.....

Naam, voornaam, handtekening en stempel van de eerste chirurg:

Naam, voornaam, handtekening en stempel van de tweede chirurg:

Naam, voornaam, handtekening en stempel van de internist:

**FORMULIER G-Form-I-05**

**Aanvraag voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de kosten van de medullaire neurostimulatie voor chronische kritieke niet-opereerbare ischemie van de onderste ledematen: vervanging**

*(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)*

➤ Te sturen aan :

- College van geneesheren-directeurs (origineel) – RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 BRUSSEL.
- Adviserend geneesheer (kopie)

**Identificatie van de verplegingsinrichting/geneesheer-specialist**

Naam van de verplegingsinrichting : .....

Riziv identificatienr. van de verplegingsinrichting : 710\_ \_ \_ \_ \_

Naam en voornaam van de geneesheer-specialisten en RIZIV nr:

	Naam en voornaam	RIZIV nummer
Chirurg 1		
Chirurg 2		
Internist		

E-mailadres : .....

Telefoon (secretariaat dienst) : .....

**Identificatie van de rechthebbende**

Naam :

.....

Voornaam : .....

Identificatienummer van het Rijksregister : .....

Geboortedatum : .....

Geslacht : .....

Verzekeringsinstelling: .....

**Datum van de oorspronkelijke ingreep** : ...../...../.....





## 7) Nachtrust:

- kwaliteit:  zeer goed  goed  bevredigend  slecht  zeer slecht
- inslaapproblemen:  nooit  soms  dikwijls  elke nacht
- wakker worden van de pijn:  nooit  soms  dikwijls  elke nacht

**Vasculair onderzoek**

1) Doppler: enkel perfusie druk: rechts: links:  
 enkel/arm index: mmHg mmHg  
*(registratie van Doppler curve bijvoegen)*

- 2) Arteriografie (ischemisch lidmaat)
- |                     |           |
|---------------------|-----------|
| - arteria iliaca:   | % stenose |
| - art. fem. com.:   | %         |
| - art. fem. sup.:   | %         |
| - art. fem. prof.:  | %         |
| - arteria poplitea: | %         |
| - art. tib. ant.:   | %         |
| - art. tib. post.   | %         |
| - art. interossea:  | %         |

*(kopij van het protocol en van de arteriografie beelden bijvoegen)*

## 3) Reden van "inoperabiliteit":

.....

*(geen bruikbare vena safena, geen distale vaten,...)*

- 4) Tc- Rechts: Links:  
 pO<sub>2</sub> bij rust - voet in lighouding : \_\_\_\_\_ mmHg mmHg  
 bij rust - voet in hangende positie : \_\_\_\_\_ mmHg mmHg

*(kopij van de Tc-pO<sub>2</sub> curve bijvoegen)*

**Criteria voor toekenning van neurostimulatie**

- Kritieke ischemie van de onderste ledematen met rustpijnen sinds ten minste één maand, met of zonder beperkt gangreen (max. 2 tenen of oppervlakkige necrose van de hiel), met of zonder arterieel ulcus (minder dan 3 cm en oppervlakkig), zonder actieve infectie op het vlak van de trofische letsels;
- Positieve resultaten van een testperiode van minimaal 15 dagen met een percutaan geïmplanteerde elektrode of chirurgische lead. De testperiode wordt uitgevoerd in één van de volgende gevallen:
  - de Tc- PO2 waarde aan de voet in lighouding ligt tussen 10 mm Hg en 30 mm Hg of is gelijk aan 10 mm Hg;
  - de Tc- PO2 waarde aan de voet in lighouding is lager dan 10 mm Hg, maar stijgt tot 20 mm Hg of meer bij de voet in hangende positie.

De resultaten van de proeftherapie worden als positief beschouwd als de pijn met ten minste 50% is verminderd en als de pijnmedicatie kan worden verminderd dankzij de testneurostimulatie met een duidelijke verbetering van de levenskwaliteit.

- Een duurzame revascularisatie is hoogst onwaarschijnlijk;
- Distale perfusiedruk lager dan 50 mmHg, met een drukindex enkel/onderarm van 35% of in geval van diabetescalcinosis van de tunica media, afwezigheid van perifere pulsaties;
- De levensverwachting bedraagt 5 jaar of meer;
- De algemene toestand van de rechthebbende moet de implantatie van de neurostimulator en het duurzaam en optimaal gebruik van het hulpmiddel toelaten
- Afwezigheid van contra-indicaties voor de implantatie van een neurostimulator.

**Verbintenis**

Ik verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende aan al de criteria voorzien in de vergoedingsvoorwaarde G-§09 van de lijst (inclusie- en exclusiecriteria) voldoet.

Gedaan te (plaats) \_\_\_\_\_ op (datum)...../...../.....

Naam, voornaam, handtekening en stempel van de eerste chirurg:

Naam, voornaam, handtekening en stempel van de tweede chirurg:

Naam, voornaam, handtekening en stempel van de internist:

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 17 november 2014

De Leidend Ambtenaar,

H. DE RIDDER

De Voorzitter,

G. PERL