

2° de eerste dag van de zesde maand volgend op de datum van de test verbonden aan de eerste georganiseerde gecertificeerde opleiding, van de een of meerdere gecertificeerde opleidingen waarvoor ze ingeschreven waren op 3 februari 2013, zonder dat die datum kan voorafgaan aan de eerste dag van de derde maand volgend op de publicatie van dit lid in het *Belgisch Staatsblad*, indien ze:

- a) hetzij niet geslaagd zijn voor deze opleiding;
- b) hetzij niet werden uitgenodigd voor de afsluitende test omwille van een ongewettigde afwezigheid tijdens de opleiding;
- c) hetzij ongewettigd afwezig waren op de afsluitende test;
- d) hetzij na een gewettigde afwezigheid tijdens de opleiding of de afsluitende test zich niet inschrijven voor een andere opleiding als de oorspronkelijke opleiding niet meer wordt georganiseerd.

De in het tweede lid bedoelde personeelsleden verliezen het recht op de vormingspremie met ingang van de datum, waarop de periode aanvangt waarvoor hun de premie voor competentieontwikkeling wordt toegekend, indien deze datum voorafgaat aan de data vermeld in het tweede lid."

Art. 2. In artikel 5bis, § 3, van hetzelfde besluit, ingevoegd bij het ministerieel besluit van 6 april 1995 en gewijzigd bij het ministerieel besluit van 19 februari 2010, wordt de bepaling onder a) vervangen als volgt:

"a) de bediende die de vermelding "onvoldoende" kreeg bij zijn evaluatie;"

Art. 3. Dit besluit treedt in werking uitwerking de eerste dag van de maand volgend op de bekendmaking ervan in het *Belgisch Staatsblad*, met uitzondering van artikel 1 dat uitwerking heeft met ingang van 1 januari 2011.

Brussel, 11 december 2015.

Johan VAN OVERTVELDT

2° le premier jour du sixième mois qui suit la date du test lié à la formation certifiée à laquelle ils étaient inscrits le 3 février 2013 ou à la première formation certifiée organisée parmi celles auxquelles ils étaient inscrits le 3 février 2013, sans que cette date ne puisse précéder le premier jour du troisième mois qui suit la publication du présent alinéa au *Moniteur belge*, si :

- a) soit ils ne sont pas lauréats de cette formation ;
- b) soit ils n'ont pas été invités au test de clôture pour raison d'absence injustifiée pendant la formation ;
- c) soit ils ont été absents de façon injustifiée au test de clôture ;
- d) soit, suite à une absence justifiée pendant la formation ou lors du test de clôture, ils ne se sont pas inscrits à une autre formation certifiée alors que la formation d'origine n'a plus été organisée.

Les membres du personnel visés à l'alinéa 2 perdent le droit à la prime de formation à partir de la date du début de la période au cours de laquelle la prime de développement des compétences leur a été octroyée, si cette date précède celles mentionnées dans l'alinéa précité. ».

Art. 2. Dans l'article 5bis, § 3, du même arrêté, inséré par l'arrêté ministériel du 6 avril 1995 et modifié par l'arrêté royal du 19 février 2010, le a) est remplacé par ce qui suit :

« a) l'employé obtient la mention « insuffisant » à son évaluation ; ».

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du mois qui suit sa publication au *Moniteur belge*, à l'exception de l'article 1^{er}, qui produit ses effets le 1^{er} janvier 2011.

Bruxelles, le 11 décembre 2015.

Johan VAN OVERTVELDT

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2016/22121]

14 MAART 2016. — 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 goedgekeurde 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 3 december 2015,

Besluit :

Artikel 1. In de bijlage III 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 wordt het formulier E-Form-II-01 met betrekking tot de kandidatuur, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk « E. Heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel » van de lijst toegevoegd. Dit formulier gaat als bijlage 1 bij deze verordening.

Art. 2. Deze verordening treedt in werking op 1 april 2016.

Brussel, 14 maart 2016.

De Leidend Ambtenaar,
H. DE RIDDER

De Voorzitter,
J. VERSTRAETEN

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

[C – 2016/22121]

14 MARS 2016. — 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 3 décembre 2015,

Arrête :

Article 1^{er}. A l'annexe III 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, le formulaire E-Form-II-01 concernant la candidature, auquel il est fait référence au chapitre « E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive » de la liste, sont ajoutés. Ce formulaire suivent en annexe 1^{re} de ce règlement.

Art. 2. Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} avril 2016.

Bruxelles, le 14 mars 2016.

Le Fonctionnaire dirigeant,
H. DE RIDDER

Le Président,
J. VERSTRAETEN

E-Form-II-01
Versie 1

Bijlage I bij Verordening van 14 maart 2016 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 E-Form-II-01

Kandidatuur om te worden opgenomen op de lijst van de verplegingsinrichtingen voor de verstrekkingen betreffende katheters voor radiofrequentie ablatie bij Barrett slokdarm

(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)

- Te versturen naar: RIZIV, Dienst Geneeskundige verzorging
Secretariaat van de Commissie voor Tegemoetkoming
van Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen
Tervurenlaan 211
1150 Brussel

Identificatie van de verplegingsinrichting:

Naam van de verplegingsinrichting :

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

Administratief adres (adres waarnaar de briefwisseling gestuurd dient te worden):

Straat en nummer

Postcode en gemeente :

Identificatie van de verantwoordelijke handelend namens de inrichtende macht van de verplegingsinrichting

Naam en voornaam:

E-mailadres :

Identificatie van de eerste bijkomende verplegingsinrichting:

Naam van de verplegingsinrichting :

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

Administratief adres (adres waarnaar de briefwisseling gestuurd dient te worden):

Straat en nummer

Postcode en gemeente :

Identificatie van de verantwoordelijke handelend namens de inrichtende macht van de eerste bijkomende verplegingsinrichting

Naam en voornaam:

E-Form-II-01
Versie 1

E-mailadres :

Identificatie van de tweede bijkomende verplegingsinrichting:

Naam van de verplegingsinrichting :

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

Administratief adres (adres waarnaar de briefwisseling gestuurd dient te worden):

Straat en nummer

Postcode en gemeente :

Identificatie van de verantwoordelijke handelend namens de inrichtende macht van de tweede bijkomende verplegingsinrichting

Naam en voornaam:

E-mailadres :

*In geval van > 3 verplegingsinrichtingen:**Toevoegen van de gegevens m.b.t. de identificatie en de verantwoordelijke***Identificatie en samenstelling van het team**→ Gastro-enteroloog

Naam:.....

E-mailadres:.....

Tel.:..... Fax.....

RIZIV-nummer:.....

INSZ-nummer (Rijksregisternummer):.....

→ Chirurg met ervaring in slokdarmchirurgie

Naam:.....

E-mailadres:.....

Tel.:..... Fax.....

RIZIV-nummer:.....

INSZ-nummer (Rijksregisternummer):.....

→ Radioloog

Naam:.....

E-mailadres:.....

Tel.:..... Fax.....

RIZIV-nummer:.....

INSZ-nummer (Rijksregisternummer):.....

→ Oncoloog en/of gastro-enteroloog met bijzondere bekwaamheid in de oncologie

Naam:.....

E-mailadres:.....

Tel.:..... Fax.....

RIZIV-nummer:.....

INSZ-nummer (Rijksregisternummer):.....

→ Geneesheer-specialist in de anatomopathologie:

Naam:.....

E-mailadres:.....

Tel.:..... Fax.....

RIZIV-nummer:.....

INSZ-nummer (Rijksregisternummer):.....

Administratie (Contactpersonen in geval van eventuele administratieve vragen):

→ Eerste contactpersoon :

Naam:.....

E-mailadres:.....

Tel.:..... Fax.....

INSZ-nummer (Rijksregisternummer):.....

→ Tweede contactpersoon:

Naam:.....

E-mailadres:.....

Tel.:..... Fax.....

INSZ-nummer (Rijksregisternummer):.....

E-Form-II-01
Versie 1**Verbintenissen**

De verplegingsinrichting verklaart akkoord te gaan met alle bepalingen van de vergoedingsvoorwaarde E§10, punt 1 (Criteria betreffende de verplegingsinrichting) van de lijst.

Gedaan te (*plaats*)op (*datum*)...../...../.....

De ondergetekenden bevestigen kennis genomen te hebben van de bepalingen van de vergoedingsvoorwaarde E§10 van de lijst en daarvan alle voorwaarden te aanvaarden:

Naam, voornaam en handtekening van de verantwoordelijke handelend namens de inrichtende macht van de verplegingsinrichting(en):

Naam, voornaam, handtekening en stempel van elke geneesheer-specialist:

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 14 maart 2016

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

E-Form-II-01
Version 1

Annexe I au Règlement du 14 mars 2016 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 E-Form-II-01**Candidature afin de figurer sur la liste des établissements hospitaliers pour les prestations relatives aux cathéters pour l'ablation par radiofréquence de dysplasies d'un œsophage de Barrett**

(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)

- À envoyer à : INAMI, Service des Soins de Santé
Secrétariat de la Commission de remboursement des implants
et des dispositifs médicaux invasifs
Avenue de Tervueren 211
1150 Bruxelles

Identification de l'établissement hospitalier :

Nom de l'établissement hospitalier :

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

Adresse administrative (adresse à laquelle la correspondance doit être envoyée) :

Rue et numéro:

Code postal et commune:

Identification du responsable agissant au nom du pouvoir organisateur de l'établissement hospitalier :

Nom et prénom:

Adresse E-mail:

Identification du premier établissement hospitalier additionnel :

Nom de l'établissement hospitalier :

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

Adresse administrative (adresse à laquelle la correspondance doit être envoyée) :

Rue et numéro:

Code postal et commune:

E-Form-II-01
Version 1**Identification du responsable agissant au nom du pouvoir organisateur du premier établissement hospitalier additionnel:**

Nom et prénom:.....

Adresse E-mail:.....

Identification du deuxième établissement hospitalier additionnel :

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

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

Adresse administrative (adresse à laquelle la correspondance doit être envoyée) :

Rue et numéro:.....

Code postal et commune:

Identification du responsable agissant au nom du pouvoir organisateur du deuxième établissement hospitalier additionnel:

Nom et prénom:.....

Adresse E-mail:.....

*En cas de > 3 hôpitaux :
ajouter les données sur l'identification et le responsable***Identification et composition de l'équipe :**→ Gastro-entérologue :

Nom :.....

Adresse E-mail :.....

Tél. :..... Fax :.....

Numéro INAMI :.....

Numéro NISS (Registre national):.....

→ Chirurgien expérimenté en chirurgie de l'oesophage:

Nom :.....

Adresse E-mail :.....

Tél. :..... Fax :.....

Numéro INAMI :.....

Numéro NISS (Registre national):.....

→ Radiologue:

Nom :

Adresse E-mail :

Tél. : Fax :

Numéro INAMI :

Numéro NISS (Registre national):

→ Oncologue et/ou d'un gastro-entérologue ayant une formation spéciale en oncologie:

Nom :

Adresse E-mail :

Tél. : Fax :

Numéro INAMI :

Numéro NISS (Registre national):

→ Médecin-spécialiste en anatomopathologie:

Nom :

Adresse E-mail :

Tél. : Fax :

Numéro INAMI :

Numéro NISS (Registre national):

Administration (Personnes à contacter pour d'éventuelles questions administratives):

→ Première personne de contact :

Nom :

Adresse E-mail :

Tél. : Fax :

Numéro NISS (Registre national):

→ Seconde personne de contact :

Nom :

E-Form-II-01
Version 1

Adresse E-mail :

Tél. : Fax :

Numéro NISS (Registre national):

Engagements

L'établissement hospitalier déclare marquer son accord sur toutes les dispositions de la condition de remboursement E§10, point 1 (Critères concernant l'établissement hospitalier) de la liste.

Établi à (*lieu*)le (*date*)/...../.....**Les soussignés confirment avoir pris connaissance des dispositions de la condition de remboursement E§10 de la liste et d'en accepter toutes les conditions**

:

Nom, prénom et signature du gestionnaire responsable agissant au nom du pouvoir organisateur de(s) (l') l'établissement(s) hospitalier(s) :

Nom, prénom, signature et cachet de chaque médecin-spécialiste :

Vu pour être annexé au Règlement du 14 mars 2016

Le Fonctionnaire Dirigeant,

Le Président,