

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2016/22127]

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 14 maart 2016,

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 wordt het formulier L-Form-I-08 met betrekking een modulaire cupula voor reconstructie, op maat, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "L. Orthopedie en traumatologie" van de lijst, wordt vervangen door het formulier dat 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 – 2016/22127]

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 14 mars 2016,

Arrête :

Article 1^{er}. A l'annexe I^{re} 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 L-Form-I-08 concernant une cupule modulaire de reconstruction, sur mesure, auquel il est fait référence au chapitre « L. Orthopédie et traumatologie » de la liste, est remplacé par le formulaire qui suit en annexe 1^{re} de ce règlement.

Art. 2. Le présent règlement entre en vigueur le 1 avril 2016.

Bruxelles, le 14 mars 2016.

Le Fonctionnaire dirigeant,
H. DE RIDDER

Le Président,
J. VERSTRAETEN

L-Form-I-08
Versie2

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 L-Form-I-08

Notificatie voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de kosten van een buitendeel van een modulaire cupula voor reconstructie, op maat, met 3 steunpunten (triflanged)

(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)

- Te versturen naar de adviserend geneesheer

Identificatie van de verplegingsinrichting/geneesheer-specialist

Naam van de verplegingsinrichting:

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

Naam en voornaam van de geneesheer-specialist:

RIZIV nr. van de geneesheer-specialist:

Email-adres:

Telefoon (secretariaat dienst):

Identificatie van de rechthebbende

Naam :
.....

Voornaam :

Identificatienummer van het Rijksregister :

Geboortedatum :

Geslacht :

Ziekenfonds :

Datum ingreep:/...../.....

Registratienummer in de database Orthoprïde

.....

Elementen te bevestigen door een geneesheer-specialist in de orthopedie

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de orthopedie, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende aan één van volgende drie combinaties van ondervermelde criteria voldoet:

Gelieve de correcte combinatie aan te kruisen

- 1 EN 3 EN 4 EN 5 EN 6
- 2 EN 3 EN 4 EN 5 EN 6
- 7

Na een eventuele tumorale resectie of het weghalen van een implantaat, zijn de criteria:

1. De afstand, tussen het heuprotatiecentrum, dat gelegen is in het centrum van de femurkop, en de lijn die beide Superieure Obturator Foramens verbindt, bedraagt meer dan 3cm. Gemeten op een digitale voor-achterwaartse bekkenopname

2. Een implantatie van een standaard cupula (i.e. niet individueel vervaardigd) heeft reeds gefaald. Vaststelbaar op basis van het medisch dossier van de rechthebbende of op een voor-achterwaartse bekkenopname

3. Ernstige osteolyse aan de «tear drop», die volledig is verdwenen. Gemeten op een digitale voor-achterwaartse bekkenopname

4. Ernstige osteolyse aan tuberositas ischiadicum. Gemeten op een digitale voor-achterwaartse bekkenopname.

5. Aantasting van de mediale wand van de caviteit, mogelijk met verstoring van de lijn van Kohler (ilioischiale lijn). Gemeten op een digitale voor-achterwaartse bekkenopname.

6. De originele acetabulaire rand is defect voor meer dan de helft van de omtrek van de rand. Gemeten op een 3D-reconstructie op basis van een CT van de hemipelvis.

7. Discontinuïteit van de hemi-pelvis. Vaststelbaar op CT, of op een digitale voor-achterwaartse bekkenopname indien de componenten het beeld niet verstoren

Op basis van al deze elementen verklaar ik dat deze rechthebbende voldoet aan alle criteria en in aanmerking komt voor een verzekeringstegemoetkoming.

Ik bevestig dat de documenten, waaruit blijkt dat voldaan is aan één van bovenvermelde indicaties in het medisch dossier van de rechthebbende aanwezig zijn.

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

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

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

De Leidend Ambtenaar,

H. DE RIDDER

De Voorzitter,

J. VERSTRAETEN

L-Form-I-08
Version2

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 L-Form-I-08

Notification pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire dans le coût d'une partie externe d'une cupule modulaire de reconstruction, sur mesure, à 3 points d'appuis (triflanged)

(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)

- A envoyer 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 :/...../.....

Numéro d'encodage dans la base de données Orthoprïde :

.....

Éléments à confirmer par un médecin-spécialiste en orthopédie

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en orthopédie, déclare que le bénéficiaire susmentionné répond bien à une des trois combinaisons de critères suivantes:

Veillez cocher la bonne combinaison

1 ET 3 ET 4 ET 5 ET 6

2 ET 3 ET 4 ET 5 ET 6

7

Après une éventuelle résection tumorale ou le retrait d'un implant, les critères sont :

1. La distance, entre le centre de rotation de la hanche, qui est situé au niveau du centre de la tête fémorale, et la ligne qui relie les deux foramens obturés supérieurs, mesure plus de 3cm.
Mesuré sur une radiographie digitale en vue antéro-postérieure du pelvis

2. L'implantation d'une cupule standard (c'est-à-dire non confectionnée individuellement) a déjà échoué.
Identifiable sur base du dossier médical du bénéficiaire, ou sur une radiographie en vue antéro-postérieure du pelvis

3. Ostéolyse sévère « tear drop », qui a complètement disparu.
Mesuré sur une radiographie digitale en vue antéro-postérieure du pelvis

4. Ostéolyse sévère au niveau de la tubérosité ischiatique,
Mesuré sur une radiographie digitale en vue antéro-postérieure du pelvis

5. Dégradation de la paroi médiale de la cavité, avec une interruption possible de la ligne de Kohler (ligne ilio-ischiatique).
Mesuré sur une radiographie digitale en vue antéro-postérieure du pelvis

6. Le contour initial de l'acétabulum est endommagé sur plus de la moitié de la circonférence du contour.
Mesuré sur une reconstruction 3D basée sur un CT de l'hémi-bassin.

7. Discontinuité de l'hémi-bassin.
Identifiable sur un scan CT, ou une radiographie digitale en vue AP si les composants ne perturbent pas l'image.

Sur base de tous ces éléments, je déclare que ce bénéficiaire satisfait à tous les critères et entre en ligne de compte pour une intervention de l'assurance.

Je confirme que les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à l'une des indications susmentionnées sont conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

Établi à (*lieu*)

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

Nom, prénom, signature et cachet du médecin spécialiste:

Vu pour être annexé au Règlement du 14 mars 2016

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. DE RIDDER

Le Président,

J. VERSTRAETEN