

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2016/22168]

11 APRIL 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 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 11 april 2016,

Besluit :

Artikel 1. In de bijlage VI 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 F-Form-II-05 met betrekking tot de kandidatuur, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk « F. Heelkunde op de thorax en cardiologie » van de lijst toegevoegd. Dit formulier gaat als bijlage 1 bij deze verordening.

Art. 2. In de bijlage VII van dezelfde verordening wordt het formulier F-Form-I-08 met betrekking tot het volgnummer, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk « F. Heelkunde op de thorax en cardiologie » van de lijst toegevoegd. Dit formulier gaat als bijlage 2 bij deze verordening.

Art. 3. Deze verordening treedt in werking op 1 juli 2016.

Brussel, 11 april 2016.

De Leidend Ambtenaar,
H. DE RIDDER

De Voorzitter,
J. VERSTRAETEN

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2016/22168]

11 AVRIL 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 11 avril 2016,

Arrête :

Article 1^{er}. A l'annexe VI 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 F-Form-II-05 concernant la candidature, auquel il est fait référence au chapitre « F Chirurgie thoracique et cardiologie » de la liste, est ajouté. Ce formulaire suit en annexe 1 de ce règlement.

Art. 2. A l'annexe VII du même règlement, le formulaire F-Form-I-08 concernant le numéro d'ordre, auquel il est fait référence au chapitre « F Chirurgie thoracique et cardiologie » de la liste, est ajouté. Ce formulaire suit en annexe 2 de ce règlement.

Art. 3. Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} juillet 2016.

Bruxelles, le 11 avril 2016.

Le Fonctionnaire Dirigeant,
H. DE RIDDER

Le Président,
J. VERSTRAETEN

F-Form-I-08

Versie 1

Bijlage 1 bij Verordening van 11 april 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 F-Form-I-08

Aanvraag voor een volgnummer voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor de verstrekking 172734-172745 betreffende een percutaan implanteerbare klepstent in aortapositie en toebehoren, zoals bepaald in de vergoedingsvoorwaarde F-§23

(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)

- Binnen de 60 kalenderdagen na implantatie te versturen naar :
 - Secretariaat van de Commissie voor Tegemoetkoming van Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen, Dienst Geneeskundige Verzorging (RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel).

Identificatie van de (netwerk)coördinator en de verplegingsinrichting waar hij/zij werkt

Naam van de verplegingsinrichting :

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

Naam en voornaam van de **(netwerk)**coördinator:

.....

RIZIV nr. van de **(netwerk)**coördinator:

Email-adres :

Telefoon (secretariaat dienst) :

Identificatie van de rechthebbende

Naam :

Voornaam :

Identificatienummer van het Rijksregister :

Geboortedatum :

Geslacht :

Verzekeringsinstelling:

Datum van de ingreep :/...../.....

Aantal tegemoetkomingen toegewezen aan de verplegingsinrichting / het netwerk

Het toegekende aantal tegemoetkomingen 172734-172745 voor het lopende jaar 20..... : ...

Het aantal tegemoetkomingen reeds aangevraagd voor dit lopende jaar:

Identificatie van het multidisciplinaire team dat de indicatiestelling deed

De vergoedingsvoorwaarde F-§23 voorziet in minstens de volgende samenstelling:

- 1 interventioneel cardioloog en 1 cardiothoracaal chirurg die de ingreep uitvoeren
- 1 bijkomende interventioneel cardioloog en 1 bijkomende cardiothoracaal chirurg. Voor het netwerk komen deze uit een andere verplegingsinrichting dan deze van de artsen die de ingreep zullen uitvoeren
- 1 cardioloog met ervaring in transoesophageale echocardiographie
- 1 cardioloog met ervaring in hartfalen
- 1 geriater indien de rechthebbende 75 jaar of ouder is

! (Pas het document elektronisch aan om eventueel additionele leden van het team toe te voegen)

Interventionele cardiologen

Naam en voornaam:

RIZIV-nummer :

Verplegingsinrichting:

Nam wel / niet¹ deel aan de ingreep

Naam en voornaam:

RIZIV-nummer :

Verplegingsinrichting:

Nam wel / niet¹ deel aan de ingreep

Cardiothoracale chirurgen:

Naam en voornaam:

RIZIV-nummer :

Verplegingsinrichting:

Nam wel / niet¹ deel aan de ingreep

F-Form-I-08
Versie 1

Naam en voornaam:

RIZIV-nummer :

Verplegingsinrichting:

*Nam wel / niet¹ deel aan de ingreep**Cardioloog met ervaring in transoesophageale echocardiografie:*

Naam en voornaam:

RIZIV-nummer :

Verplegingsinrichting:

*Nam wel / niet¹ deel aan de ingreep**Cardioloog met ervaring in hartfalen:*

Naam en voornaam:

RIZIV-nummer :

Verplegingsinrichting:

*Nam wel / niet¹ deel aan de ingreep**Geriatr:*

Naam en voornaam:

RIZIV-nummer :

Verplegingsinrichting:

Nam wel / niet¹ deel aan de ingreep

Verbintenissen:

De rechthebbende werd voorafgaandelijk aan de ingreep geselecteerd door het multidisciplinair team, zoals bepaald in het punt 1.4. van de overeenkomst.

Het lid van het multidisciplinair team die deze aanvraag van een volgnummer ondertekent bevestigt dat de rechthebbende voldoet aan de volgende criteria:

- Symptomatisch omwille van ernstige aorta klep stenose, zoals gedefinieerd door de meest recente ESC richtlijnen;
- Hoog operatief risico of niet in aanmerking komen voor een operatie, zoals beoordeeld door het multidisciplinair team, en rekening houdend met alle elementen van het medisch dossier;
- Technische haalbaarheid voor percutane aortaklepimplantatie;
- Een voldoende algemene levensverwachting na de ingreep met het hulpmiddel

Dit lid van het multidisciplinair team bevestigt verder dat:

- De beslissing tot implantatie werd genomen tijdens een multidisciplinair overleg:
 - o Datum van het multidisciplinair overleg:/...../.....
- de implantatie uitgevoerd werd in een verplegingsinrichting zoals bedoeld in het opschrift 1.3. e). van de vergoedingsvoorwaarde F-§23 van de overeenkomst
- De ingreep wordt uitgevoerd door geneesheer-specialisten die betrokken waren bij het multidisciplinair overleg.

Gedaan te *(plaats)*

op *(datum)*

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

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 11 april 2016

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

H. DE RIDDER

J. VERSTRAETEN

F-Form-II-05

Versie 1

Bijlage 2 bij Verordening van 11 april 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 F-Form-II-05

Kandidatuur om te worden opgenomen op de lijst van de verplegingsinrichtingen en netwerken voor de verstrekking 172734-172745 betreffende de hulpmiddelen voor een percutaan implanteerbare klepstent in aortapositie en toebehoren, zoals bepaald in de vergoedingsvoorwaarde F-§23.

(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

1. Identificatie van de (netwerk)coördinator en de verplegingsinrichting waar hij/zij werkt:

Naam en voornaam van de (netwerk)coördinator:

.....

RIZIV nr. van de (netwerk)coördinator:

Email-adres :

Telefoon (secretariaat dienst) :

Naam van de verplegingsinrichting :

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

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

Straat en nummer:

Postcode en gemeente :

2. Identificatie van de verplegingsinrichting waar de indicatiestelling en de ingrepen zullen plaatsvinden:

Naam van de verplegingsinrichting :

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

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

Straat en nummer:

Postcode en gemeente :

Indien de verplegingsinrichting over meerdere sites verspreid is, de site opgeven waar de ingrepen zullen worden uitgevoerd:

.....

3. De ervaring van de verplegingsinrichting / het netwerk in valvulaire pathologie

De verplegingsinrichting / het netwerk bevestigt dat zij een gemiddeld jaarlijks minimum van 100 ingrepen over de drie meest recente jaren voor de volgende verstrekkingen heeft uitgevoerd:

- **229596-229600 N2100: operatie op het hart of op de grote intrathoracale bloedvaten die de plastiek of het plaatsen van een kunstklep omvat met extracorporele circulatie**
- **229515-229526 N2700: operatie op het hart of op de grote intrathoracale bloedvaten die het plaatsen omvat van meer dan één kunstklep of van een valvulaire homogreffe of van een kunstklep en een myocard-revascularisatie met extra corporele circulatie**

<i>jaar</i>	229596- 229600	229515- 229526	<i>Totaal</i>
20....			
20....			
20....			
Gemiddeld			

De waarde in de cel rechts-onder in de tabel is \geq 96

F-Form-II-05
Versie 1**4. Verplegingsinrichtingen die deel uitmaken van het netwerk**

Verplegingsinrichting 1:

Naam:

Adres:

Riziv identificatienr.: 710_ _ _ _ _

Verplegingsinrichting 2:

Naam:

Adres:

Riziv identificatienr.: 710_ _ _ _ _

Verplegingsinrichting 3:

Naam:

Adres:

Riziv identificatienr.: 710_ _ _ _ _

- De geneesheerspecialisten van deze verplegingsinrichtingen die kunnen deelnemen aan een multidisciplinair overleg zijn opgegeven in de tabel in bijlage.**

5. Verbintenissen

De (netwerk)coördinator verklaart in naam van het netwerk:

- akkoord te gaan met de bepalingen en de criteria die werden opgenomen in het punt 1 van de vergoedingsvoorwaarde F-§23.**
- de Dienst elke wijziging in de samenstelling van het netwerk jaarlijks mee te delen voor 1 november.**
- Wijzigingen gedurende het jaar aan de gegevens waardoor niet meer voldaan is aan de criteria vermeld onder punt 1.3. van de vergoedingsvoorwaarde F-§23 worden door de coördinator of netwerkcoördinator spontaan meegedeeld aan de Dienst.**

De (netwerk)coördinator garandeert in naam van de verplegingsinrichting waar de verstrekking wordt gepresteerd:

- de beschikking over een erkenning van het globaal zorgprogramma B “cardiale pathologie” (bestaande uit de deelprogramma’s B1, B2 en B3), zoals bepaald door de overheid tot wiens bevoegdheid de volksgezondheid behoort;**
- de beschikking over 3D echografie en transoesofagale echografie;**
- een permanentie van 24u/24u en van 7d/7d van minstens één cardiochirurg met een grote ervaring in de klassieke klepchirurgie op de plaats van de ingreep wordt gegarandeerd door de leden van het netwerk.**

De (netwerk)coördinator bevestigt kennis genomen te hebben van de bepalingen en de criteria die werden opgenomen in de vergoedingsvoorwaarde F-§23 en daarvan alle voorwaarden te aanvaarden:

Gedaan te (plaats)

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

Naam, voornaam handtekening en stempel van de **(netwerk)coördinator:**

Artsen die kunnen deelnemen aan het multidisciplinair overleg, zoals bepaald in het punt 1.4 van de vergoedingsvoorwaarde F-§23.

Verplegingsinrichting	Naam	RIZIV nummer	Specialisatie (*)	E-mail adres

(*) interventionele cardioloog, cardiothoracale chirurg, cardioloog, geriater, cardioloog met ervaring in hartfalen.

! (Pas het document elektronisch aan om additionele leden van het team toe te voegen)

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 11 april 2016

De Leidend Ambtenaar,

H. DE RIDDER

De Voorzitter,

J. VERSTRAETEN

Annexe 1 au Règlement du 11 avril 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 F-Form-I-08

Demande d'un numéro d'ordre pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire dans le coût de la prestation 172734-172745 relative au stent valvulaire percutané implantable en position aortique et accessoires, comme stipulé dans la condition de remboursement F-§23

(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)

- A envoyer dans les 60 jours calendriers après l'implantation au:
 - Secrétariat de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs, Service des Soins de santé (copie) (INAMI, Avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles)

Identification du coordinateur (du réseau) et de l'établissement hospitalier dans lequel il travaille

Nom de l'établissement hospitalier :

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

Nom et prénom du coordinateur **(du réseau)**:

.....

N° INAMI du coordinateur **(du réseau)**:

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 :/...../.....

F-Form-I-08

Version 1

Le nombre annuel d'interventions accordées à l'établissement hospitalier / le réseauLe nombre d'interventions 172734-172745 accordées pour l'année en cours 20.... :Le nombre d'interventions déjà demandées pour l'année en cours:**Identification de l'équipe multidisciplinaire qui a fait la pose d'indication**

La condition de remboursement F-§23 prévoit une composition minimale de:

- 1 cardiologue interventionnel et 1 chirurgien cardiaque qui effectueront l'intervention
- 1 cardiologue interventionnel et 1 chirurgien cardiaque supplémentaires. Dans le cas d'un réseau, ceux-ci viennent d'un autre établissement hospitalier que celui des médecins qui effectueront l'intervention
- 1 cardiologue avec une expérience en échocardiographie transœsophagienne
- 1 cardiologue avec une expérience en insuffisance cardiaque
- 1 gériatre si le bénéficiaire a 75 ans ou plus

! (Adaptez le document électronique pour ajouter des membres additionnels au team)

Cardiologues interventionnels

Nom et prénom:

Numéro INAMI:

Etablissement hospitalier :

A participé / N'a pas participé ¹ à l'intervention

Nom et prénom:

Numéro INAMI:

Etablissement hospitalier :

A participé / N'a pas participé ¹ à l'intervention**Chirurgiens cardiaques:**

Nom et prénom:

Numéro INAMI:

Etablissement hospitalier :

A participé / N'a pas participé ¹ à l'intervention¹ Supprimer ce qui n'est pas d'application

Nom et prénom:

Numéro INAMI:

Etablissement hospitalier :

A participé / N'a pas participé ¹ à l'intervention

Cardiologue avec une expérience en échocardiographie transœsophagienne:

Nom et prénom:

Numéro INAMI:

Etablissement hospitalier :

A participé / N'a pas participé ¹ à l'intervention

Cardiologue avec une expérience en insuffisance cardiaque

Nom et prénom:

Numéro INAMI:

Etablissement hospitalier :

A participé / N'a pas participé ¹ à l'intervention

Gériatre:

Nom et prénom:

Numéro INAMI:

Etablissement hospitalier :

A participé / N'a pas participé ¹ à l'intervention

F-Form-I-08
Version 1**Engagements :**

Le bénéficiaire a été sélectionné, préalablement à l'intervention, par l'équipe multidisciplinaire, comme stipulé au point 1.4. de la convention.

Le membre de l'équipe multidisciplinaire qui signe cette demande d'un numéro d'ordre, confirme que le bénéficiaire répond aux critères suivants :

- Symptomatique du fait d'une sténose sévère de la valve aortique, comme définis par les directives ESC les plus récentes;
- Risque opératoire élevé ou patient ne pouvant pas entrer en ligne de compte pour une opération, tel qu'évalué par l'équipe multidisciplinaire, en tenant compte de tous les éléments du dossier médical;
- Faisabilité technique d'une implantation percutanée d'une valve aortique;
- Une estimation de l'espérance de vie générale suffisante après l'intervention au moyen du dispositif

Le membre de l'équipe multidisciplinaire confirme de plus que :

- la décision pour l'implantation a été prise lors d'une concertation multidisciplinaire :
 - o Date de la concertation multidisciplinaire :/...../.....
- l'implantation est effectuée dans un établissement hospitalier comme stipulé dans l'intitulé 1.3. e) de la condition de remboursement F-§23 de la convention
- L'intervention est effectuée par des médecins spécialistes qui ont été impliqués dans la concertation multidisciplinaire.

Établi à (lieu)

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

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

Vu pour être annexé au Règlement du 11 avril 2016

Le Fonctionnaire Dirigeant,

Le Président,

H. DE RIDDER

J. VERSTRAETEN

Annexe 2 au Règlement du 11 avril 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 F-Form-II-05

Candidature afin de figurer sur la liste des réseaux et établissements hospitaliers pour la prestation 172734-172745 concernant les dispositifs pour un stent valvulaire percutané implantable en position aortique et accessoires, comme spécifié dans la condition de remboursement F-§23

(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)

➤ A 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

1. Identification du coordinateur (du réseau) et de l'établissement hospitalier dans lequel il travaille:

Nom et prénom du coordinateur (du réseau):

.....

N° INAMI du coordinateur (du réseau):

Adresse Email :

Téléphone (secrétariat du service) :

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:

2. Identification de l'établissement hospitalier au sein duquel la pose d'indication et les interventions auront lieu :

Nom de l'établissement hospitalier :

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

Adresse administrative (l'adresse à laquelle le courrier postale doit être envoyée):

Rue et numéro:

Code postale et commune :

F-Form-II-05

Version 1

Si l'établissement hospitalier est réparti sur plusieurs sites, précisez le site sur lequel les interventions seront pratiquées :

.....

3. L'expérience de l'établissement hospitalier / le réseau en pathologie valvulaire

L'établissement hospitalier / le réseau confirme qu'il a exécuté au minimum 100 interventions par an en moyenne, pour les trois années les plus récentes pour les prestations suivantes :

- **229596-229600 N2100: Opération sur le cœur ou les gros vaisseaux intrathoraciques qui comporte la plastie ou la mise en place d'une valve artificielle, avec circulation extracorporelle**
- **229515-229526 N2700: Opération sur le cœur ou les gros vaisseaux intrathoraciques qui comporte le placement de plus d'une valve artificielle ou d'une homogreffe valvulaire, ou d'une valve artificielle associée à une revascularisation myocardique, avec circulation extracorporelle**

	229596- 229600	229515- 229526	Total
20....			
20....			
20....			
Moyenne			

Le valeur dans la cellule en bas à droite dans le tableau est ≥ 96

4. Les établissements hospitaliers qui font partie du réseau

Etablissement hospitalier 1 :

Nom:

Adresse:

N° d'identification INAMI: 710_ _ _ _ _

Etablissement hospitalier 2 :

Nom:

Adresse:

N° d'identification INAMI: 710_ _ _ _ _

Etablissement hospitalier 3 :

Nom:

Adresse:

N° d'identification INAMI: 710_ _ _ _ _

- Les médecins-spécialistes de ces établissements hospitaliers qui peuvent participer à la concertation multidisciplinaire sont repris dans le tableau en annexe.**

F-Form-II-05
Version 1**5. Engagements**

Le coordinateur (du réseau) déclare au nom du réseau:

- marquer son accord sur les dispositions et les critères repris au point 1 de la condition de remboursement F-§23.
- qu'il communiquera annuellement au Service chaque modification de la composition du réseau avant le 1^{er} novembre.
- Au cours de l'année, les modifications des données qui font qu'il n'est plus satisfait aux critères visés au point 1.3. de la condition de remboursement F-§23 sont communiquées spontanément par le coordinateur ou le coordinateur du réseau au Service

Le coordinateur (du réseau) déclare en nom de l'établissement hospitalier au sein duquel l'intervention sera effectuée:

- qu'il dispose d'un agrément pour le programme de soins « pathologie cardiaque » B (composé des programmes de soins partiels B1, B2 et B3) tel que fixé par l'autorité ayant la santé publique dans ses attributions ;
- qu'il dispose d'un échographe 3D et d'une échographe transœsophagien ;
- qu' une permanence de 24h/24h et de 7j/7j d'au moins un chirurgien cardiaque disposant d'une grande expérience dans la chirurgie de valve classique au sein de la localisation de l'intervention est garantie par les membres du réseau.

Le coordinateur (du réseau) confirme avoir pris connaissance des dispositions et des critères de la condition de remboursement F-§23 et en accepter toutes les conditions:

Établi à (lieu)

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

Nom, prénom, signature et cachet du coordinateur (du réseau) :

Médecins qui pourront participer à la concertation multidisciplinaire, comme stipulé au point 1.4 de la condition de remboursement F-§23

Établissement hospitalier	Nom et prénom	Numéro INAMI	Spécialisation (*)	adresse e-mail

(*) cardiologue interventionnel, cardiologue, chirurgien cardiaque, gériatre, cardiologue avec une expérience en insuffisance cardiaque.

! **(Adaptez le document électronique pour ajouter de membres additionnels au team)**

Vu pour être annexé au Règlement du 11 avril 2016

Le Fonctionnaire Dirigeant,

Le Président,

H. DE RIDDER

J. VERSTRAETEN