

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2016/22244]

30 MEI 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 30 mei 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 worden de formulieren B-Form-I-10 en B-Form-I-11 met betrekking tot de aanvraagprocedure en het formulier B-Form-I-12 met betrekking tot de follow-up, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk «B. Neurochirurgie» van de lijst, toegevoegd. Deze formulieren gaan als bijlage 1, 2 en 3 bij deze verordening.

Art. 2. In de bijlage II van dezelfde verordening wordt het formulier B-Form-II-03 met betrekking tot de criteria voor de verplegingsinrichting, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk «B. Neurochirurgie» van de lijst toegevoegd. Dit formulier gaat als bijlage 4 bij deze verordening.

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

Brussel, 30 mei 2016.

De Leidend Ambtenaar,
H. DE RIDDER

De Voorzitter,
J. VERSTRAETEN

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2016/22244]

30 MAI 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 30 mai 2016,

Arrête :

Article 1^{er}. 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-10, B-Form-I-11 concernant la procédure de demande et le formulaire B-Form-I-12 concernant le suivi auxquels il est fait référence au chapitre «B. Neurochirurgie» de la liste, sont ajoutés. Ces formulaires suivent en annexe 1, 2 et 3 de ce règlement.

Art. 2. A l'annexe II du même règlement, le formulaire B-Form-II-03 concernant les critères pour les établissements hospitaliers, auquel il est fait référence au chapitre «B. Neurochirurgie» de la liste, est ajouté. Ce formulaire suit en annexe 4 de ce règlement.

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

Bruxelles, le 30 mai 2016.

Le Fonctionnaire Dirigeant,
H. DE RIDDER

Le Président,
J. VERSTRAETEN

Bijlage 1 bij Verordening van 30 mei 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 B-Form-I-10

Aanvraagformulier voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor de verstrekkingen 173014-173025, 173036-173040, 173132-173143, 173154-173165, 173250-173261, 173272-173283, 173375-173386, 173434-173445, 173471-173482 en 173515-173526 :

(Gelieve dit formulier in drukletters in te vullen)

- *Terug te sturen VÓÓR IMPLANTATIE naar:*
 - *de adviserend geneesheer die de aanvraag naar het College van Geneesheren-directeuren 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:

.....

.....

B-Form-I-10
Versie 1

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

Medische/Psychiatrische gegevens

1. Huidige Diagnose DSM IV-TR

As I: hoofddiagnose:

Secundaire diagnose:

As II:

As III:

As IV:

As V:

2. Medische voorgeschiedenis

Interne :

Heelkunde :

3. Psychiatrische voorgeschiedenis :

Psychotische episode(s): ja/nee periode(s):

Schizofrenie: ja/nee sinds:

Middelenmisbruik/afhankelijkheid:

ja/nee

middel:

periode(s):

huidige toestand

Depressieve episode(s): ja/nee periode(s):

(Hypo)manische/gemengde episode(s):

ja/nee periode(s):

Suicidaliteit: ja/nee

evolutie:

huidige toestand:

Cognitieve stoornis NAO/dementie:

ja/nee

sinds:

B-Form-I-10
Versie 1

4. Dwangsymptomen:

4.1 Kwalitatieve beschrijving van de Obsessies

4.2 Kwalitatieve beschrijving van de Compulsies

4.3 Begin van de eerste symptomen: op leeftijd vanjaar

4.4 Begin van de ernstig invaliderende symptomen: op leeftijd van jaar

4.5 Datum diagnosestelling:

4.6 Impact op de levenskwaliteit

4.7 Familiale voorgeschiedenis (psychiatrische stoornissen)

4.8 Yale- Brown Obsessive- Compulsive Scale (Y-BOCS):

datum: obsessies: /20

compulsies: /20

4.9 Global Assessment of Functioning (GAF) score:

Datum : /100

5. Behandeling:

5.1 Huidige behandeling

5.1.1 Medicatie: (per geneesmiddel dosis en sinds wanneer aangeven)

5.1.2 Psycho-therapie/ begeleiding (soort therapie, frequentie en sinds wanneer aangeven)

5.2 Vroegere behandelingen

5.2.1 Biologisch

5.2.1.1 Farmacotherapie

<u>Medicatie</u>	<u>Max. dosis</u>	<u>Duur of periode</u>	<u>Resultaten + Reden van stopzetting</u>
SSRI:			
Anafranil:			
Andere:			

B-Form-I-10
Versie 1

5.2.1.2 Elektroconvulsieve therapie: (aantal, periode en indicatie vermelden)

5.2.1.3 Andere

5.2.2 Cognitieve gedragstherapie (behandelingsverslag in bijlage toevoegen)

- Therapeut (naam, adres en/of riziv-nummer):

- Technieken:

- Frequentie en duur

- Residentieel/ ambulant

- Resultaat/ reden van mislukking

5.2.3 Andere psychotherapie (behandelingsverslag in bijlage toevoegen)

- Techniek/soorten:

- Frequentie en duur

- Residentieel/ ambulant

- Resultaat/ reden van mislukking

5.2.4 Werkstatus:

Sedert welke datum:

5 Neurologische gegevens:

CT- scan of MRI: uitgevoerd op.....(datum)

bevindingen:

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

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

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 30 mei 2016

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

H. DE RIDDER

J. VERSTRAETEN

B-Form-I-11

Versie 1

Bijlage 2 bij Verordening van 30 mei 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 B-Form-I-11

Aanvraagformulier voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor de verstrekkingen 173051-173062, 173073-173084, 173095-173106, 173110-173121, 173176-173180, 173191-173202, 173213-173224, 173235-173246, 173294-173305, 173316-173320, 173331-173342, 173353-173364, 173390-173401, 173456-173460, 173493-173504 en 173530-173541.

(Gelieve dit formulier in drukletters in te vullen)

- *Terug te sturen NA IMPLANTATIE naar:*
- 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:

Identificatiegegevens van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende

Naam van de verzekeringsinstelling:

.....

Adres:

.....

.....

Vervangingsneurostimulator

Naam van de te vervangen neurostimulator:

Identificatienummer van de te vervangen neurostimulator:

Datum van de vorige implantatie:/...../.....

Naam van de vervangende neurostimulator:

Identificatienummer van de vervangende neurostimulator:

Datum van de interventie voor vervanging:/...../.....

Bijkomende vervangingsneurostimulator

Naam van de te vervangen neurostimulator:

Identificatienummer van de te vervangen neurostimulator:

Datum van de vorige implantatie:/...../.....

Naam van de vervangende neurostimulator:

Identificatienummer van de vervangende neurostimulator:

Datum van de interventie voor vervanging:/...../.....

Vervangingselektrode

Naam van de te vervangen elektrode:

Identificatienummer van de te vervangen elektrode:

Datum van de vorige implantatie:/...../.....

Naam van de vervangende elektrode:

Identificatienummer van de vervangende elektrode:

Datum van de interventie voor vervanging:/...../.....

B-Form-I-11
Versie 1

Vervangingsextensie

Naam van de te vervangen extensie:

Identificatienummer van de te vervangen extensie:

Datum van de vorige implantatie:/...../.....

Naam van de vervangende extensie:

Identificatienummer van de vervangende extensie:

Datum van de interventie voor vervanging:/...../.....

Vervangingspatiëntenprogrameerapparaat

Naam van de te vervangen patiëntenprogrameerapparaat:

Identificatienummer van de te vervangen patiëntenprogrameerapparaat:

Datum van de vorige implantatie:/...../.....

Naam van de vervangende patiëntenprogrameerapparaat:

Identificatienummer van de vervangende patiëntenprogrameerapparaat:

Datum van de interventie voor vervanging:/...../.....

Medische gegevens

1. Medisch rapport van de evolutie

Moet onder meer het klinisch beeld sinds de implantatie en een vergelijking met het klinisch beeld voor de implantatie vermelden

2. Reden voor de vervanging:

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

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

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

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 30 mei 2016

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

H. DE RIDDER

J. VERSTRAETEN

B-Form-I-12
Versie 1

Bijlage 3 bij Verordening van 30 mei 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 B-Form-I-12

Follow-upformulier voor diepe hersenstimulatie in geval van obsessieve compulsieve stoornis

(Gelieve dit formulier in drukletters in te vullen)

➤ *Terugsturen naar:*

- de Dienst Geneeskundige Verzorging-Medische Directie (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:

Identificatiegegevens van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende

Naam van de verzekeringsinstelling:

Adres:

.....
.....

Follow-up na :

- 6 maanden
 12 maanden
 2 jaar
 3 jaar
 4 jaar
 5 jaar

-

I. **Gegevens betreffende de implantie(s)**

Datum implantatie eerste neurostimulator:

Centrum dat de implantatie heeft uitgevoerd:

Geneesheer-implantateur (Naam en RIZIV-nummer) :

Dat(um)(a) van implantatie van vervangingsneurostimulator(en):

Centr(um)(a) die de veranging(en) heeft/hebben uitgevoerd:

Geneeshe(e)ren-implantateur(Naam en RIZIV-nummer) :

B-Form-I-12

Versie 1

Technische gegevens betreffende de implantatie:

- Implantatiezone:
- Aantal ingeplante elektroden:
- Stimulatieparameters:

Peroperatoire complicaties:

II. Gegevens betreffende de follow-up

Frequentie van follow-up door de neurochirurg (consultatiedata):

Frequentie van follow-up door de psychiater (consultatiedata):

Aanpassing van de stimulatieparameters: ja/nee

Wanneer:

Aangebrachte wijzigingen:

III. Klinische gegevens

	Y-BOCS score : Obsessions (/20)	Y-BOCS score : Compulsions (/20)	GAF score :
Voor implantatie			
Na implantatie			
Na 3 maanden			
Na 6 maanden			
Na 1 jaar			
Na 2 jaar			
Na 3 jaar			
Na 4 jaar			
Na 5 jaar			
Na ... jaar			

Kwalitatieve omschrijving van de obsessies en de compulsies:

Kwalitatieve omschrijving van de effecten op andere psychiatrische parameters
(humeur, angsten,...):

Werkstatus

Gedetailleerde omschrijvingen van ongewenste effecten
Het moment van optreden, de duur, de ernst, of een hospitalisatie noodzakelijk was,
de opgestarte behandelingen en de evolutie beschrijven

Opgesteld te (plaats)

op (datum)

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

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 30 mei 2016

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

H. DE RIDDER

J. VERSTRAETEN

B-Form-II-03
Versie 1

Bijlage 4 bij Verordening van 30 mei 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 B-Form-II-03

Kandidatuur om te worden opgenomen op de lijst van de verplegingsinrichtingen voor de verstrekkingen betreffende de neurostimulatie in geval van obsessieve compulsieve stoornis

(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 namens de inrichtende macht van de verplegingsinrichting

Naam en voornaam:

E-mailadres :

Identificatie en samenstelling van het team**PSYCHIATERS**→ Psychiater:

Naam:.....

E-mailadres:.....

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

RIZIV-nummer:.....

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

Voltijds (uitgedrukt in 10^{den}):.....

Rest van de tijd:.....

→ Psychiater:

Naam:.....

E-mailadres:.....

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

RIZIV-nummer:.....

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

Voltijds (uitgedrukt in 10^{den}):.....

Rest van de tijd:.....

→ Psychiater:

Naam:.....

E-mailadres:.....

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

RIZIV-nummer:.....

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

Voltijds (uitgedrukt in 10^{den}):.....

Rest van de tijd:.....

B-Form-II-03
Versie 1**NEUROCHIRURGEN**→ Neurochirurg:

Naam:.....

E-mailadres:.....

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

RIZIV-nummer:.....

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

Voltijds (uitgedrukt in 10^{den}):.....

Rest van de tijd:.....

→ Neurochirurg:

Naam:.....

E-mailadres:.....

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

RIZIV-nummer:.....

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

Voltijds (uitgedrukt in 10^{den}):.....

Rest van de tijd:.....

→ Neurochirurg:

Naam:.....

E-mailadres:.....

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

RIZIV-nummer:.....

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

Voltijds (uitgedrukt in 10^{den}):.....

Rest van de tijd:.....

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):.....

Verbintenissen

De verplegingsinrichting verklaart akkoord te gaan met alle bepalingen van de vergoedingvoorwaarde B§11, punt 8 (Verbintenissen van de verplegingsinrichting) van de lijst.

Gedaan te (plaats)

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

B-Form-II-03
Versie 1

De ondertekenaars bevestigen kennis genomen te hebben van de bepalingen van de vergoedingsvoorwaarde B§11 van de lijst en daarvan alle voorwaarden te aanvaarden:

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

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

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 30 mei 2016

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

H. DE RIDDER

J. VERSTRAETEN

Annexe 1 au Règlement du 30 mai 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 B-Form-I-10

Formulaire de demande d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé pour les prestations 173014-173025, 173036-173040, 173132-173143, 173154-173165, 173250-173261, 173272-173283, 173375-173386, 173434-173445, 173471-173482 et 173515-173526 :

(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 :

.....

.....

B-Form-I-10
Version 1**Identification de l'organisme assureur du bénéficiaire***Dénomination* *de* *l'organisme* *assureur* :

.....

Adresse :

.....

.....

.....

.....

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

Données médicales/psychiatriques

1. Diagnostic DSM IV-TR actuel

Axe I: diagnostic principal :

diagnostic secondaire :

Axe II:

Axe III:

Axe IV:

Axe V:

2. Antécédents médicaux :

Interne :

Chirurgie :

3. Anamnèse psychiatrique :

Épisode psychotique : oui/non période(s) :

Schizophrénie : oui/non depuis :

Abus/dépendance de substances :

oui/non

substance :

période(s) :

état actuels :

Episode(s) dépressive : oui/non période(s)

Episode (hypo)maniaque/mixte :

oui/non période(s)

5.2.3. Autre thérapie (rapport de traitement joint en annexe)

- Technique/genre:

- Fréquence et durée:

- Résidentiel/ ambulatoire:

- Résultat/ raison de l'échec:

5.2.4. Statut d'emploi :

Depuis quelle date :

B-Form-I-10
Version 1

6. Données neurologiques :

CT- scan ou IRM : effectués le.....(date)

Résultats :

Établi à (*lieu*)

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

Date, cachet et signature de tous les membres de l'équipe TOC

Vu pour être annexé au Règlement du 30 mai 2016

Le Fonctionnaire Dirigeant,

Le Président,

H. DE RIDDER

J. VERSTRAETEN

Annexe 2 au Règlement du 30 mai 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 B-Form-I-11

Formulaire de demande d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé pour les prestations 173051-173062, 173073-173084, 173095-173106, 173110-173121, 173176-173180, 173191-173202, 173213-173224, 173235-173246, 173294-173305, 173316-173320, 173331-173342, 173353-173364, 173390-173401, 173456-173460, 173493-173504 et 173530-173541.

(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 :

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 de remplacement

Nom du neurostimulateur remplacé:

N° d'identification du neurostimulateur remplacé :

Date de l'implantation précédente :/...../.....

Nom du neurostimulateur de remplacement:

N° d'identification du neurostimulateur de remplacement :

Date de l'intervention pour le remplacement :/...../.....

Neurostimulateur complémentaire de remplacement

Nom du neurostimulateur remplacé:

N° d'identification du neurostimulateur remplacé :

Date de l'implantation précédente :/...../.....

Nom du neurostimulateur de remplacement:

N° d'identification du neurostimulateur de remplacement :

Date de l'intervention pour le remplacement :/...../.....

Electrode de remplacement

Nom de l'électrode remplacée:

N° d'identification de l'électrode remplacée :

Date de l'implantation précédente :/...../.....

Nom de l'électrode de remplacement:

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

Date de l'intervention pour le remplacement :/...../.....

Extension de remplacement

Nom de l'extension remplacée:

N° d'identification de l'extension remplacée :

Date de l'implantation précédente :/...../.....

Nom de l'extension de remplacement:

N° d'identification de l'extension de remplacement :

Date de l'intervention pour le remplacement :/...../.....

Programmateurs patient

Nom du programmeur patient remplacé:

N° d'identification du programmeur patient remplacé :

Date de la délivrance précédente :/...../.....

Nom du programmeur patient de remplacement:

N° d'identification du programmeur patient de remplacement :

Date du remplacement :/...../.....

Données médicales

1. Rapport médical de l'évolution :
Doit entre autres être mentionné le tableau clinique depuis l'implantation et une comparaison avec le tableau clinique avant implantation

B-Form-I-11
Version 12. Raison du remplacement :

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

Établi à (*lieu*)le (*date*)/...../.....

Date, cachet et signature de tous les membres de l'équipe TOC

Vu pour être annexé au Règlement du 30 mai 2016

Le Fonctionnaire Dirigeant,

Le Président,

H. DE RIDDER

J. VERSTRAETEN

B-Form-I-12

Version 1

Annexe 3 au Règlement du 30 mai 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 B-Form-I-12

Formulaire de suivi pour la stimulation cérébrale profonde en cas de trouble obsessionnel compulsif:

(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)

➤ A envoyer au :

- Service Soins de Santé- Direction médicale (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 :

.....

.....

B-Form-I-12
Version 1

Suivi à :

- 6 mois
 12 mois
 2 ans
 3 ans
 4 ans
 5 ans

-

I. Données concernant la/les implantation(s)Date d'implantation du premier neurostimulateur :

Centre qui a pratiqué l'implantation :

Médecin implantateur (Nom et N° INAMI) :

Date(s) d'implantation du/des neurostimulateur(s) de remplacement :

Centre(s) qui a/ont pratiqué le(s) remplacement(s) :

Médecin(s) implantateur(s) (N° INAMI) :

Données techniques concernant l'implantation :

- Zone d'implantation :
- Nombre d'électrodes implantées :
- Paramètres de stimulation :

Complications peropératoires :

II. Données concernant le suivi

Fréquence de suivi par le neurochirurgien (dates de consultation) :

Fréquence de suivi par le psychiatre (dates de consultation) :

Adaptation des paramètres de stimulation : oui/non

Quand :

Modifications effectuées :

III. Données cliniques

	Y-BOCS score : Obsessions (/20)	Y-BOCS score : Compulsions (/20)	GAF score :
Avant implantation			
Après implantation			
Après 3 mois			
Après 6 mois			
Après 1 an			
Après 2 ans			
Après 3 ans			
Après 4 ans			
Après 5 ans			
Après ... ans			

B-Form-I-12
Version 1

Description qualitatives des obsessions et compulsions :

Description qualitatives des effets sur d'autres paramètres psychiatriques (humeur, angoisse,...) :

Statut d'emploi

Description détaillée des effets indésirables

Préciser le moment d'apparition, la durée, la sévérité, si une hospitalisation a été nécessaire, les traitements mis en place et l'évolution

Établi à (lieu)

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

Date, cachet et signature de tous les membres de l'équipe TOC

Vu pour être annexé au Règlement du 30 mai 2016

Le Fonctionnaire Dirigeant,

Le Président,

H. DE RIDDER

J. VERSTRAETEN

Annexe 4 au Règlement du 30 mai 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 B-Form-II-03

Candidature afin de figurer sur la liste des établissements hospitaliers pour les prestations relatives à la neurostimulation en cas de trouble obsessionnel compulsif

(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 et composition de l'équipe :**PSYCHIATRES**→ Psychiatre :

Nom :

Adresse E-mail :

Tél. : Fax :

Numéro INAMI :

Numéro NISS (Registre national) :

Plein-temps (exprimé en 10^e) :

Reste du temps :

→ Psychiatre :

Nom :

Adresse E-mail :

Tél.: Fax :

Numéro INAMI :

Numéro NISS (Registre national):

Plein-temps (exprimé en 10^e) :

Reste du temps :

→ Psychiatre :

Nom :

Adresse E-mail :

Tél. : Fax :

Numéro INAMI :

Numéro NISS (Registre national):

Plein-temps (exprimé en 10^e) :

Reste du temps :

NEUROCHIRURGIENS→ Neurochirurgien :

Nom :

Adresse E-mail :

Tél. : Fax :

Numéro INAMI :

Numéro NISS (Registre national):

→ Neurochirurgien :

Nom :

Adresse E-mail :

Tél. : Fax :

Numéro INAMI :

Numéro NISS (Registre national):

Plein-temps (exprimé en 10^e) :

Reste du temps :

→ Neurochirurgien:

Nom :

Adresse E-mail :

Tél. : Fax :

Numéro INAMI :

Numéro NISS (Registre national):

Plein-temps (exprimé en 10^e) :

Reste du temps :

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 :

Adresse E-mail :

Tél. : Fax :

Numéro NISS (Registre national):

B-Form-II-03
Version 1**Engagements**

L'établissement hospitalier déclare marquer son accord sur toutes les dispositions de la condition de remboursement B§11, point 8 (Engagement de l'établissement hospitalier) de la liste.

Établi à (*lieu*)le (*date*)/...../.....

Les signataires confirment avoir pris connaissance des dispositions de la condition de remboursement B§11 de la liste et en accepter toutes les conditions :

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

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

Vu pour être annexé au Règlement du 30 mai 2016

Le Fonctionnaire Dirigeant,

Le Président,

H. DE RIDDER

J. VERSTRAETEN