

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2016/22251]

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 11 april 2016,

Besluit :

**Artikel 1.** In de bijlage VII 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 criteria voor de verplegingsinstelling, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" van de lijst, vervangen door het formulier dat gaat als bijlage 1 bij deze verordening.

**Art. 2.** Deze verordening treedt in werking op 1 augustus 2016.

Brussel, 11 april 2016.

De Leidend Ambtenaar,  
H. DE RIDDER

De Voorzitter,  
J. VERSTRAETEN

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

[C – 2016/22251]

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 11 avril 2016,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** A l'annexe VII 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 les critères pour les établissements hospitaliers, auxquels il est fait référence au chapitre « F. Chirurgie thoracique et cardiologie » de la liste, est remplacé par le formulaire qui suit en annexe 1 de ce règlement.

**Art. 2.** Le présent règlement entre en vigueur le 1<sup>er</sup> août 2016.

Bruxelles, le 11 avril 2016.

Le Fonctionnaire Dirigeant,  
H. DE RIDDER

Le Président,  
J. VERSTRAETEN

F-Form-II-05

Versie 2

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-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 : .....

F-Form-II-05

Versie 2

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 96 ingrepen over de jaren x-4 tot x-2 voor de volgende verstrekkingen heeft uitgevoerd (met x = het huidige jaar):

- **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 myocardi-revascularisatie met extra corporele circulatie**

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

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

**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.**

F-Form-II-05  
Versie 2**5. Verbintenissen**

De (netwerk)coördinator verklaart in naam van de verplegingsinrichting/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:**

F-Form-II-05

Versie 2

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,

De Voorzitter,

H. DE RIDDER

J. VERSTRAETEN

F-Form-II-05

Version 2

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

**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 postal doit être envoyé) :

Rue et numéro: .....

Code postal et commune : .....

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 96 interventions par an en moyenne, durant les trois années x-4 à x-2 pour les prestations suivantes (avec x l'année = en cours):

- **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**

	<b>229596- 229600</b>	<b>229515- 229526</b>	<b>Total</b>
20....			
20....			
20....			
<b>Moyenne</b>			

**La valeur dans la cellule en bas à droite dans le tableau est  $\geq 96$**



F-Form-II-05  
Version 2**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.**

**5. Engagements**

Le coordinateur (du réseau) déclare au nom de l'établissement hospitalier/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<sup>er</sup> 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 au 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) :

F-Form-II-05

Version 2

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

Etablissement 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 des membres additionnels au team)**

Vu pour être annexé au Règlement du 11 avril 2016

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. DE RIDDER

Le Président,

J. VERSTRAETEN