

FEDERALE OVERHEIDSDIENST WERKGELEGENHEID,
ARBEID EN SOCIAAL OVERLEG

[2016/203946]

25 APRIL 2014. — Koninklijk besluit waarbij algemeen verbindend wordt verklaard de collectieve arbeidsovereenkomst van 21 januari 2013, gesloten in het Paritair Comité voor de metaal-, machine- en elektrische bouw, betreffende de toepassing van het nationaal akkoord 2011-2012, eindejaarspremie en beroepsvorming in de provincie Namen. — Erratum

Belgisch Staatsblad van 25 juli 2014, pagina 55728 :

In hoofdstuk V, "Eindejaarspremie", artikel 6, laatste lid :
lezen :

"De ondernemingen waar de eindejaarspremie voor 2012 lager is dan 3 pct. en waar de eindejaarspremie vanaf 2013 overeenkomstig § 1 wordt verhoogd, betalen hun arbeiders, in januari 2013, een bedrag van 225 EUR bruto als voorschot op de eindejaarspremie 2013."

in plaats van :

"De ondernemingen waar de eindejaarspremie voor 2012 hoger is van 3 pct. en waar de eindejaarspremie voor 2013 overeenkomstig § 1 wordt verhoogd, betalen hun arbeiders, in januari 2013, een bedrag van 225 EUR bruto als voorschot op de eindejaarspremie 2013."

SERVICE PUBLIC FEDERAL EMPLOI,
TRAVAIL ET CONCERTATION SOCIALE

[2016/203946]

25 AVRIL 2014. — Arrêté royal rendant obligatoire la convention collective de travail du 21 janvier 2013, conclue au sein de la Commission paritaire des constructions métallique, mécanique et électrique, relative à l'application de l'accord national 2011-2012, prime de fin d'année et formation professionnelle en province de Namur. — Erratum

Moniteur belge du 25 juillet 2014, page 55728 :

Au chapitre V, "Eindejaarspremie", article 6, dernier alinéa :
lire :

"De ondernemingen waar de eindejaarspremie voor 2012 lager is dan 3 pct. en waar de eindejaarspremie vanaf 2013 overeenkomstig § 1 wordt verhoogd, betalen hun arbeiders, in januari 2013, een bedrag van 225 EUR bruto als voorschot op de eindejaarspremie 2013."

au lieu de :

"De ondernemingen waar de eindejaarspremie voor 2012 hoger is van 3 pct. en waar de eindejaarspremie voor 2013 overeenkomstig § 1 wordt verhoogd, betalen hun arbeiders, in januari 2013, een bedrag van 225 EUR bruto als voorschot op de eindejaarspremie 2013."

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C - 2016/22242]

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 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-I-09 met betrekking tot de aanvraagprocedure, 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. 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 - 2016/22242]

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 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-I-09 concernant la procédure de demande, 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. 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

F-Form-I-09

Versie 1

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 F-Form-I-09

Aanvraag voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor de verstrekkingen 172955-172966, 172970-172981 en 172992-173003 betreffende een percutaan implanteerbare klepstent in pulmonaalpositie en toebehoren, zoals bepaald in de vergoedingsvoorwaarde F-§24

(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)

- Binnen de 30 kalenderdagen na implantatie via email te versturen naar RVklepstent@uzleuven.be
- Na ontvangst van het ontvangstbewijs, het formulier samen met dit ontvangstbewijs ter kennisgeving te versturen naar de adviserend geneesheer

Identificatie van de geneesheer-specialist en de verplegingsinrichting waar hij/zij werkt

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

in te vullen na ontvangst van het ontvangstbewijs!

Naam :

Voornaam :

Identificatienummer van het Rijksregister :

Geboortedatum :

Geslacht :

Verzekeringsinstelling:

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

Dit formulier betreft een aanvraag voor terugbetaling van de verstrekkingen:

- 172955-172966: Percutaan implanteerbare klepstent met plaatsingssysteem in pulmonaal positie
- 172970-172981¹: Geheel van al dan niet beklede stents en materiaal voor het plaatsen van een percutane implanteerbare klepstent in pulmonaal positie exclusief de percutaan implanteerbare klepstent met plaatsingssysteem
- 172992-173003¹: Geheel van materiaal voor het plaatsen van een percutane implanteerbare klepstent in pulmonaal positie, exclusief de percutaan implanteerbare klepstent met plaatsingssysteem

Identificatiecode patiënt in verplegingsrichting:

Dit volgnummer moet aan de BVPCC/BWGACHD gevraagd worden (././.....). Elke verplegingsinrichting is zelf verantwoordelijk voor het opstellen van een concordantietabel "identiteit van de patiënt – identificatiecode".

Karakteristieken van de patiënt :

Geslacht : M V

Geboortedatum : ././.....

Woonplaats :

Basisprobleem hart :

Vroegere ingrepen & datum :

-
-
-
-
-

datum :

datum :

datum :

datum :

datum :

¹ Slechts één van de twee verstrekkingen 172970-172981 of 172992-173003 kan aangeduid worden. Zie non-cumulregels in vergoedingsvoorwaarde

F-Form-I-09
Versie 1Indicatie :

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> PS RVOTO | Pulmonaalklepstenose – Rechter Ventrikel Outflow Obstructie |
| <input type="checkbox"/> PI * / 4 | Pulmonaalklepinsufficiëntie |
| <input type="checkbox"/> gemengd | PS <input type="checkbox"/> |
| | PI : <input type="checkbox"/> |

Echo Doppler gegevens pre procedure

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TI mmHg | <i>Tricuspidklepinsufficiëntie</i> |
| <input type="checkbox"/> TI * / 4 | <i>Tricuspidklepinsufficiëntie</i> |
| <input type="checkbox"/> PS mmHg Doppler | <i>Pulmonaalklepstenose</i> |
| <input type="checkbox"/> PI * / 4 | <i>Pulmonaalklepinsufficiëntie</i> |

Datum revalvulatie:Gegevens cathe pre

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> mean RA | <i>Rechter Atrium</i> |
| <input type="checkbox"/> RV systolisch | <i>RechterVentrikel</i> |
| <input type="checkbox"/> RV diastolisch | |
| <input type="checkbox"/> AP systolisch | <i>Arteria pulmonalis</i> |
| <input type="checkbox"/> AP diastolisch | |
| <input type="checkbox"/> mixed veneuze saturatie | |
| <input type="checkbox"/> LVEDP | <i>Linker ventrikel eind diastolische druk</i> |
| <input type="checkbox"/> Ao systolisch | <i>Aorta</i> |
| <input type="checkbox"/> Ao diastolisch | |
| <input type="checkbox"/> aorta saturatie | |

Pretesting :

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> neen |
|-----------------------------|-------------------------------|
- Zo ja: type stent & grootte ballon

Klepstent:

- type
 ballon – maat

Gegevens cathe post klepstent

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> mean RA | <i>Rechter Atrium</i> |
| <input type="checkbox"/> RV systolisch | <i>RechterVentrikel</i> |
| <input type="checkbox"/> RV diastolisch | |
| <input type="checkbox"/> AP systolisch | <i>Arteria pulmonalis</i> |
| <input type="checkbox"/> AP diastolisch | |
| <input type="checkbox"/> mixed veneuze saturatie | |
| <input type="checkbox"/> LVEDP | <i>Linker ventrikel eind diastolische druk</i> |
| <input type="checkbox"/> Ao systolisch | <i>Aorta</i> |
| <input type="checkbox"/> Ao diastolisch | |
| <input type="checkbox"/> aorta saturatie | |

Complicaties tijdens de procedure :

- duur procedure
 tijd scopie

Resultaten :**Evaluatie bij ontslag:**

NYHA */4 *New York Heart Association*

Echo Doppler gegevens

TI mmHg *Tricuspidklepinsufficiëntie*
 *TI */4* *Tricuspidklepinsufficiëntie*
 PS mmHg Doppler *Pulmonaalklepstenose*
 *PI */4* *Pulmonaalklepinsufficiëntie*

Evaluatie na 1 – 3 – 6 - 12 maand:

NYHA */4 *New York Heart Association*

Echo Doppler gegevens

TI mmHg *Tricuspidklepinsufficiëntie*
 *TI */4* *Tricuspidklepinsufficiëntie*
 PS mmHg Doppler *Pulmonaalklepstenose*
 *PI */4* *Pulmonaalklepinsufficiëntie*

Redilatatie:**Datum:****Indicatie redilatatie:**

groei patient
 compressie stent
 andere

Gradiënt pre-dilatatie:**Gradiënt post-redilatatie:****Commentaar:****Explantatie:****Datum:****Indicatie explantatie:****Uitgevoerde procedure:****Commentaar:**

Overleden J N

Indien ja : Datum :
Oorzaak :

Gedaan te (*plaats*)

op (*datum*)

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

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

De Leidend Ambtenaar,
H. DE RIDDER

De Voorzitter,
J. VERSTRAETEN

F-Form-I-09

Version 1

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 F-Form-I-09

Demande pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire dans le coût des prestations 172955-172966, 172970-172981 et 172992-173003 relative au stent valvulaire percutané implantable en position pulmonaire, comme stipulé dans la condition de remboursement F-§24.

(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)

- A envoyer dans les 30 jours calendriers après l'implantation par email à RVklepstent@uzleuven.be
- Après reçu de l'accusé de réception, le formulaire à renvoyer avec cet accusé de réception pour notification au médecin-conseil.

Identification du médecin-spécialiste 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 médecin-spécialiste:

.....

N° INAMI du médecin-spécialiste:

Adresse Email :

Téléphone (secrétariat du service) :

Identification du bénéficiaire

A remplir après reçu l'accusé de réception

Nom :

Prénom :

Numéro d'identification au Registre National :

Date de naissance :

Sexe :

Mutualité :

Date de l'intervention :/...../.....

Ce formulaire concerne une demande de remboursement pour les prestations :

- 172955-172966: Stent valvulaire percutané implantable avec système de placement placé en position pulmonaire
- 172970-172981¹: Ensemble des tuteurs couverts ou non et du matériel pour le placement d'un stent valvulaire percutané implantable placé en position pulmonaire, à l'exclusion du stent valvulaire percutané implantable avec système de placement
- 172992-173003¹: Ensemble du matériel pour le placement d'un stent valvulaire percutané implantable en position pulmonaire, à l'exclusion du stent valvulaire percutané implantable avec système de placement

Code d'identification du patient dans l'établissement hospitalier:

Ce numéro doit être demandé à l'ABCPC/BWGACHD (./.....). Chaque établissement hospitalier est responsable de l'élaboration d'un tableau de concordance "identité du patient – code d'identification".

Caractéristiques du patient:

Sexe : M F

Date de naissance : .../.../.....

Localité :

Problème cardiaque de base :

Interventions précédentes et dates :

date :

date :

date :

date :

date :

¹ Seule une des deux prestations 172970-172981 ou 172992-173003 peut être indiquée. Cf. les règles de non-cumul dans les conditions de remboursement

F-Form-I-09
Version 1**Indication :**

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> PS RVOTO | Sténose valve pulmonaire – Obstruction outflow ventricule droit |
| <input type="checkbox"/> PI * / 4 | Insuffisance valve pulmonaire |
| <input type="checkbox"/> mixte | PS <input type="checkbox"/> |
| | PI : <input type="checkbox"/> |

Données Echo Doppler avant la procédure

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> TI mmHg | <i>Insuffisance de la valve tricuspide</i> |
| <input type="checkbox"/> TI * / 4 | <i>Insuffisance de la valve tricuspide</i> |
| <input type="checkbox"/> PS mmHg Doppler | <i>Sténose de la valve pulmonaire</i> |
| <input type="checkbox"/> PI * / 4 | <i>Insuffisance de la valve pulmonaire</i> |

Date de reevaluation:**Données pre cathé**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> RA moyenne | <i>Oreillette droit</i> |
| <input type="checkbox"/> RV systolique | <i>Ventricule droit</i> |
| <input type="checkbox"/> RV diastolique | |
| <input type="checkbox"/> AP systolique | <i>Artère pulmonaire</i> |
| <input type="checkbox"/> AP diastolique | |
| <input type="checkbox"/> saturation veineuse mixte | |
| <input type="checkbox"/> LVEDP | <i>Ventricule gauche pression télédiastolique</i> |
| <input type="checkbox"/> Ao systolique | <i>Aorte</i> |
| <input type="checkbox"/> Ao diastolique | |
| <input type="checkbox"/> saturation aortique | |

Pretesting :

- oui non
- Si oui: type de stent et grandeur ballon*

Stent valvulaire:

- type
- ballon – taille

Données post stent valvulaire cathé

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> RA moyenne | <i>Oreillette droit</i> |
| <input type="checkbox"/> RV systolique | <i>Ventricule droit</i> |
| <input type="checkbox"/> RV diastolique | |
| <input type="checkbox"/> AP systolique | <i>Artère pulmonaire</i> |
| <input type="checkbox"/> AP diastolique | |
| <input type="checkbox"/> saturation veineuse mixte | |
| <input type="checkbox"/> LVEDP | <i>Ventricule gauche pression télédiastolique</i> |
| <input type="checkbox"/> Ao systolique | <i>Aorte</i> |
| <input type="checkbox"/> Ao diastolique | |
| <input type="checkbox"/> saturation aortique | |

Complications pendant la procédure:

- durée de la procédure
- temps de la scopie

Résultats :

Evaluation au départ:

 NYHA */4*New York Heart Association*

Données Echo Doppler

 TI mmHg*Insuffisance de la valve tricuspide* TI */4*Insuffisance de la valve tricuspide* PS mmHg Doppler*Sténose de la valve pulmonaire* PI */4*Insuffisance de la valve pulmonaire*

Evaluation après 1 – 3 – 6 - 12 mois:

 NYHA */4*New York Heart Association*

Données Echo Doppler

 TI mmHg*Insuffisance de la valve tricuspide* TI */4*Insuffisance de la valve tricuspide* PS mmHg Doppler*Sténose de la valve pulmonaire* PI */4*Insuffisance de la valve pulmonaire*

Redilatation:

Date:

Indication redilatation:

 croissance du patient *compression du stent* *autres*

Gradient pre-dilatation:

Gradient post-redilatation:

Commentaire:

Explantation:

Date:

Indication explantation:

Procédure menée:

Commentaire:

Décès O N

Si oui :

Date:

Cause :

Établi à (lieu)

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

Nom, prénom, signature et cachet du médecin-spécialiste:

Vu pour être annexé au Règlement du 30 mai 2016.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. DE RIDDER

Le Président,

J. VERSTRAETEN