

**Art. 5.** Le présent arrêté entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

Bruxelles, le 12 mai 2015.

J. VAN OVERTVELDT

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

[C – 2015/22218]

**20 AVRIL 2015. — 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 20 avril 2015,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** 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, le formulaire B-Form-I-05 concernant la procédure de demande, auquel il est fait référence au chapitre « B. Neurochirurgie » de la liste, est remplacé par le formulaire qui suit en annexe 1<sup>re</sup>de ce règlement.

**Art. 2.** 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, les modifications suivantes sont apportées :

a) Le formulaire F-Form-I-01 concernant l'enregistrement, auquel il est fait référence au chapitre « F. Chirurgie thoracique et cardiologie » de la liste, est adapté. Ce formulaire suit en annexe 2 de ce règlement.

b) Le formulaire F-Form-I-03 concernant l'enregistrement, auquel il est fait référence au chapitre « F. Chirurgie thoracique et cardiologie » de la liste, est adapté. Ce formulaire suit en annexe 3 de ce règlement.

**Art. 3.** A l'annexe X 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 la procédure de demande, auquel il est fait référence au chapitre « L. Orthopédie et traumatologie » de la liste, est ajouté. Ce formulaire suit en annexe 4 de ce règlement.

**Art. 4.** Les articles 1, 2 b) et 3 du présent règlement entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2015. L'article 2.a) du présent règlement entre en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2015.

Bruxelles, le 20 avril 2015.

Le Fonctionnaire Dirigeant,  
H. DE RIDDER

Le Président,  
G. PERL

**Art. 5.** Dit besluit treedt in werking de dag waarop het in het *Belgisch Staatsblad* wordt bekendgemaakt.

Brussel, 12 mei 2015.

J. VAN OVERTVELDT

FEDERALE OVERHEIDS DIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2015/22218]

**20 APRIL 2015. — 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 20 april 2015,

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 B-Form-I-05 met betrekking tot de aanvraagprocedure, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "B. Neurochirurgie" van de lijst, wordt vervangen door het formulier dat gaat als bijlage 1 bij deze verordening.

**Art. 2.** 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 worden de volgende wijzigingen aangebracht :

a) Het formulier F-Form-I-01 met betrekking tot de registratie, waarnaar verwezen in hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" van de lijst, wordt aangepast. Dit formulier gaat als bijlage 2 bij deze verordening.

b) Het formulier F-Form-I-03 met betrekking tot de registratie, waarnaar verwezen in hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" van de lijst, wordt aangepast. Dit formulier gaat als bijlage 3 bij deze verordening.

**Art. 3.** In de bijlage X 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 tot de aanvraagprocedure, waarnaar verwezen in hoofdstuk « L. Orthopedie en traumatologie » van de lijst toegevoegd. Dit formulier gaat als bijlage 4 bij deze verordening.

**Art. 4.** De artikelen 1, 2. b) en 3 van deze verordening treden in werking op 1 april 2015. Het artikel 2.a) van deze verordening treedt in werking op 1 mei 2015.

Brussel, 20 april 2015.

De Leidend Ambtenaar,  
H. DE RIDDER

De Voorzitter,  
G. PERL

Annexe I au Règlement du 20 avril 2015 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-05**

##### **Formulaire pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au remplacement d'un neurostimulateur non-rechargeable du nerf vague implanté en cas d'épilepsie réfractaire**

(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 : .....

Numéro d'identification au Registre National : .....

Date de naissance : .....

Sexe : .....

Mutualité : .....

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

Conformément aux dispositions de la condition de remboursement B-§ 08 de la liste, la (les) prestation(s) mentionnée(s) ci-dessous est (sont) demandée (s) pour ce bénéficiaire.

##### **Prestation demandée à cocher**

##### **Neurostimulateur non-rechargeable**

- 170936-170940/170951-170962: Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté pour stimulation du nerf vague en cas d'épilepsie réfractaire
- 170973-170984/170995-171006: Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté pour stimulation du nerf vague en cas d'épilepsie réfractaire, en cas de remplacement anticipé

Nom du dispositif remplacé: .....

N° d'identification du dispositif remplacé : .....

Date de l'implantation du dispositif remplacé : .....

Nom du dispositif de remplacement: .....

N° d'identification du dispositif de remplacement: .....

Raison du remplacement :

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

L'équipe multidisciplinaire confirme que les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions sont conservés dans le dossier du bénéficiaire et seront envoyés au Collège des médecins-directeurs si celui-ci les demande.

Établi à (lieu) :

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

Signature et cachet de l'épileptologue :

Vu pour être annexé au Règlement du 20 avril 2015

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. DE RIDDER

Le Président,

G. PERL

Annexe 2 au Règlement du 20 avril 2015 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-01**

**Demande pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire dans le coût des prestations relatives aux stimulateurs cardiaques implantables et aux stimulateurs de resynchronisation cardiaques, leurs électrodes et accessoires implantables dans le cas d'un renouvellement prématûre**

(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)

► A envoyer dans les 90 jours calendriers après l'implantation au Médecin-conseil qui envoie la demande au Collège des médecins directeurs

#### **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 E-mail : .....

Téléphone (secrétariat du service) : .....

#### **Identification du bénéficiaire**

Nom : .....

Prénom : .....

Numéro d'identification au Registre National : .....

Date de naissance : .....

Sexe : .....

Mutualité : .....

#### **Données à enregistrer au minimum dans le registre Qermid@pacemakers**

##### **Information générale – Type d'implantation:**

Date de l'implantation:

Type d'implantation:

- Remplacement anticipé (single/dual/triple/CRT-P)

Indications (symptôme, ECG, étiologie)

Premier spécialiste responsable

Deuxième spécialiste responsable

Données sur l'implantation

Information sur l'implantation:

- Bloc atrio-ventriculaire total
- Affection du noeud sinusal et/ou fibrillation auriculaire avec arrêts de plus de 2,5 secondes accompagnées de syncopes et/ou bradycardie inférieur à 30 battements par minute
- Avis au centre E :
- Donné par :

##### **Données uniquement en cas de CRT-P:**

- Cardiopathie (ischémique/non-ischémique)
- Classe NYHA :
- Durée QRS
- LVEF %
- Diamètre ventricule gauche télédiastolique
- Trouble de la conduction
- Présence d'un asynchronisme au moyen d'une échocardiographie

##### **Données sur le boîtier et les électrodes:**

Information sur l'(les) implantation(s) précédente(s)

Données relatives au boîtier

- Boîtier (Entreprise, modèle, code d'identification, numéro de série, mode de stimulation)

Données relatives aux électrode(s)

- Entreprise, modèle, numéro de série
- transveneuse/ épicardiaque
- auriculaire droite/auriculaire gauche/ventriculaire droite/ventriculaire gauche
- nombre/type d'électrode

Information sur l'(les) implantation(s) précédente(s):

- Date de l'implantation précédente

Vu pour être annexé au Règlement du 20 avril 2015.

Annexe 3 au Règlement du 20 avril 2015 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-03**

#### **Notification pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire dans le coût des prestations relatives aux tuteurs coronaires et aux dilatations coronaires.**

- Ce document ne doit pas être envoyé au médecin-conseil mais le code d'enregistrement doit être mentionné dans l'enregistrement de type 50 zone 57-58-59 de la facturation électronique.

#### **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 :

#### **Données à enregistrer au minimum dans le registre Qermid@Tuteurs coronaires**

##### **Données relatives à l'admission**

Données médicales

- Taille
- Poids
- IMC (BMI)

Antécédents cardiovasculaires:

- Insuffisance rénale
- Accident vasculaire cérébral
- Artériopathie périphérique
- Diabète

Données d'admission

- Date d'admission
- Choc cardiogénique à l'admission

##### **Examens diagnostiques:**

Examens invasifs préalables au stenting

- Coronarographie
- Mesurage FFR

Examens non-invasifs préalables au stenting:

- Electrocardiogramme au repos
- Electrocardiogramme avec stress-test
- Echocardiographie de test
- IVUS (ultrason intravasculaire)
- SPECT (Single Photon Emission CT) avec stress test
- Coronaire Calcium-score
- CT-coronarographie
- NMR (Résonance magnétique nucléaire)

Procédure de dilatation

Information:

- Dominance (gauche/droite)
- Maladie : 1 vaisseau/2 vaisseaux/3 vaisseaux/Tronc commun
- Type de pontage et de lésion
- Anatomie coronaire
- Date PCI
- Heure de début PCI
- Spécialiste
- Second opérateur ( facultatif)
- Type de procédure (initiale/supplémentaire) et l'indication

Détails:

- Thrombose de stent
- Resténose intra-stent
- Débit coronaire après PCI (TIMI)
- % sténose après PCI
- 

Les tuteurs et les catheters:

- Cathéter ballon (nombre)
- DEB (modèle et nombre)
- BMS (modèle et nombre)
- DES (modèle et nombre)
- BVS (modèle et nombre)
- Autres types (modèle, nombre et étude)
- Diamètre maximum du vaisseau sanguin
- Longueur totale traitée

Détails:

- Abord artériel percutané
- Volume de contraste utilisé durant la procédure

Données relatives à la sortie :

- Pontage aorto-coronaire et date
- Etat de sortie
- Date de décès
- Date de sortie

Vu pour être annexé au Règlement du 20 avril 2015

Le Fonctionnaire Dirigeant,  
H. DE RIDDERLe Président,  
G. PERL

Annexe 4 au Règlement du 20 avril 2015 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 Orthopride :**

**Eléments à confirmer par un médecin-spécialiste en orthopédie**

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste en orthopédie, déclare que le bénéficiaire susmentionné correspond bien à tous les critères suivants:

1. Discontinuité pelvienne démontrée par (veuillez cocher les critères qui sont d'application) :

une migration vers le haut supérieure à 45 mm, à partir du U radiologique (teardrop) mesuré sur un cliché de bassin de face

et/ou

une migration intrapelvienne observée sur le cliché de bassin de face amenant le centre de rotation de l'implant au delà de la ligne ilio-ischiatique dite de Kohler

Ainsi que

une rupture de la colonne acétabulaire antérieure démontrée sur un cliché du bassin en vue 3/4 obturatrice ou confirmée au CT-scanner

et

une rupture de la colonne acétabulaire postérieure démontrée sur un cliché de bassin en vue 3/4 alaire ou confirmée au CT-scanner

2. Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait à l'une des indications susmentionnées sont conservés dans le dossier médical du bénéficiaire

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.

Établi à (lieu)

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

Nom, prénom, signature et cachet du médecin spécialiste:

Vu pour être annexé au Règlement du 20 avril 2015

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. DE RIDDER

Le Président,

G. PERL

Bijlage 1 bij de Verordening van 20 april 2015 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-05

**Aanvraagformulier voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor de verstrekkingen betreffende de vervanging van een ingeplante niet-heroplaadbare neurostimulator voor stimulatie van de nervus vagus in geval van refractaire epilepsie**

(Gelieve dit formulier in drukletters in te vullen)

» Terug te sturen NA IMPLANTATIE aan:

- 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: .....

Ziekenfonds: .....

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

Overeenkomstig de bepalingen van de vergoedingsvoorwaarde B-S 08 van de lijst wordt voor die rechthebbende de onderstaande verstrekking(en) gevraagd.

Gevraagde verstrekking aanvinken

**Niet-heroplaadbare neurostimulator**

- 170936-170940/170951-170962: Ingeplante niet-heroplaadbare vervangingsneurostimulator voor stimulatie van de nervus vagus in geval van refractaire epilepsie
- 170973-170984/170995-171006: Ingeplante niet-heroplaadbare vervangingsneurostimulator voor stimulatie van de nervus vagus in geval van refractaire epilepsie, naar aanleiding van een voortijdige vervanging

Naam van het te vervangen hulpmiddel: .....

Identificatienummer van het te vervangen hulpmiddel: .....

Datum van de implantatie van het te vervangen hulpmiddel : .....

Naam van het vervangende hulpmiddel : .....

Identificatienummer van het vervangende hulpmiddel: .....

Reden voor de vervanging:

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

Het multidisciplinair team bevestigt dat de documenten waaruit blijkt dat aan de voorwaarden is voldaan, in het dossier van de rechthebbende worden bewaard en naar het College van Geneesheren-directeurs zullen worden verzonden, als het daarom verzoekt.

Opgesteld te (plaats):

Op (datum): ..... / ..... / .....

Handtekening en stempel van de epileptoloog:

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 20 april 2015

De Leidend Ambtenaar,

H. DE RIDDER

De Voorzitter,

G. PERL

Bijlage 2 bij de Verordening van 20 april 2015 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-01

**Aanvraag voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de kosten van de verstrekkingen betreffende de implanteerbare hartstimulatoren en resynchronisatiehartstimulatoren, hun elektroden en implanteerbaar toebehoren in geval van een voortijdige vervanging**

(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)

» Binnen de 90 kalenderdagen na de implantatie te versturen naar de adviserend geneesheer die de aanvraag doorstuurt naar het College van geneesheren-directeurs

#### Identificatie van de verplegingsinrichting/geneesheer-specialist

Naam van de verplegingsinrichting : .....

Riziv identificatiennr. 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 : .....

Verzekeringsinstelling: .....

#### Gegevens minimaal te registreren in het register Qermid@pacemakers

##### Algemene informatie – Type implantatie:

Datum van implantatie:

Type implantatie :

- Voortijdige vervanging (single/dual/triple/CRT-P)

Indicaties (symptoom, ECG, etiologie)

Eerste verantwoordelijke specialist

Tweede verantwoordelijke specialist

##### Gegevens over de implantatie:

Informatie over de implantatie:

- Totaal atrioventriculair blok
- Sinusknoopziekte en/of voorkamerfibrillatie met arresten langer dan 2,5 seconden gepaard gaand met syncopes en/of bradycardie lager dan 30 slagen per minuut
- Advies aan E-centrum :
- Gegeven door :

Gegevens enkel in geval van CRT-P:

- Cardiopathie (ischemisch/niet-ischemisch)
- NYHA-klasse
- QRS-duur
- LVEF %
- Linkerkamer einddiastolische diameter
- Type geleidingsstoornis
- Asynchronie bewezen d.m.v. echocardiografie

##### Gegevens over toestel en elektrode(s):

Informatie over de vorige implantatie(s)

Gegevens over het toestel

- Toestel (bedrijf, model, identificatiecode, serienummer, stimulatiemodus)

Gegevens over elektrode(s)

- Bedrijf, model, serienummer
- transveneuze/ epicardiale
- rechter atriaal/linker atriaal/rechter ventriculair/linker ventriculair
- aantal/type elektrode

Informatie over vorige implantatie(s):

- Datum vorige implantatie

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 20 april 2015

De Leidend Ambtenaar,

H. DE RIDDER

De Voorzitter,  
G. PERL

Bijlage 3 bij de Verordening van 20 april 2015 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-03**

**Notificatie voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de kosten van de verstrekkingen betreffende de coronaire stents en de coronaire dilataties.**

- » Dit document moet niet verstuurd worden naar de adviserend geneesheer maar de registratiecode moet vermeld worden in recordtype 50 zone 57-58-59 van de elektronische facturatie.

#### **Identificatie van de verplegingsinrichting/geneesheer-specialist**

Naam van de verplegingsinrichting : .....

Riziv identificatiernr. 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 : .....

Verzekeringsinstelling: .....

#### **Gegevens minimaal te registreren in het register Qermid@coronaire stents**

##### **Gegevens betreffende de opname:**

Medische gegevens

- Lengte
- Gewicht
- BMI

Cardiovasculaire voorgeschiedenis:

- Chronisch nierfalen
- Beroerte
- Perifeer vaatlijden
- Diabetes

Opname gegevens

- Opnamedatum
- Cardiogene shock bij opname

##### **Diagnostisch onderzoeken:**

Invasieve onderzoeken voorafgaand aan de stenting

- Coronarografie
- FFR-meting

Niet-invasieve onderzoeken voorafgaand aan de stenting :

- Electrocardiogram bij rust
- Electrocardiogram met stress-test
- Stress-echocardiografie
- IVUS (intravenous ultrasound)
- SPECT (Single Photon Emission CT) met stress-test
- Coronaire Calcium-score
- CT-coronarografie
- NMR (nuclear magnetic resonance)

Dilatatieprocedure

Informatie:

- Dominantie (links/rechts)
- Takziekte : 1 tak/2 takken/3 takken /hoofdstam
- Type overbrugging en letsel
- Coronaire anatomie
- PCI datum
- PCI beginuur
- Specialist
- Tweede operator (facultatief)
- Soort procedure (initiële/bijkomende) en indicatie

Details:

- Stent thrombose
- In-stent restenose
- TIMI flow na PCI
- % stenose na PCI
- 

De stents en katheters :

- Ballon katheter (aantal)
- DEB (model en aantal)
- BMS (model en aantal)
- DES (model en aantal)
- BVS(model en aantal)
- Andere types (model, aantal en studie)
- Maximale diameter van het bloedvat
- Totale behandelde lengte

Details:

- Plaats introducer
- Contrastvolume gebruikt tijdens de procedure

Gegevens betreffende het ontslag:

- Aorto-coronaire bypass en datum
- Toestand bij ontslag
- Datum van overlijden
- Datum van ontslag

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 20 april 2015

De Leidend Ambtenaar,

H. DE RIDDER

De Voorzitter,  
G. PERL

Bijlage 4 bij Verordening van 20 april 2015 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 identificatiénr. 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 : .....

Geborendatum : ... .....

Geslacht : .....

Ziekenfonds : .....

**Datumingreep:** ...../...../.....

**Registratienummer in de database Orthopride**

.....

**Elementen te bevestigen door een geneesheer-specialist in orthopedie**

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in orthopedie, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende aan alle volgende criteria voldoet:

1. onderbreking van de bekkenring aangetoond door (gelieve de criteria die van toepassing zijn aan te kruisen):

een verplaatsing naar boven van minstens 45 mm, gemeten vanaf de radiologische U (teardrop) op een voor-achterwaartse bekkenopname

en/of

verplaatsing naar binnen toe (intra-pelvisch), zichtbaar op een voor-achterwaartse bekkenopname, die het rotatiecentrum van het implantaat voorbij de lijn van Köhler brengt

evenals

een onderbreking van de voorste acetabulaire kolom, zichtbaar op een ¾ obturatoire bekkenopname, of besteld op CT-scanner

en

een onderbreking van de achterste acetabulaire kolom, zichtbaar op een 3/4 alaire bekkenopname, of besteld op CT-scanner

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

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

Gedaan te (plaats)

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

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

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 20 april 2015

De Leidend Ambtenaar,

H. DE RIDDER

De Voorzitter,

G. PERL