

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2016/22018]

11 JANUARI 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 januari 2016.

Besluit :

**Artikel 1.** In de bijlage III 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 formulier F-Form-I-06 en F-Form-II-03 met betrekking tot de aanvraagprocedure en de kandidatuur, waarnaar verwezen in hoofdstuk « F. Heelkunde op de thorax en cardiologie » van de lijst, toegevoegd. Deze formulieren gaan als bijlage 1 bij deze verordening.

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

Brussel,

De Leidend Ambtenaar,  
H. DE RIDDER

De Voorzitter,  
J. VERSTRAETEN

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

[C – 2016/22018]

11 JANVIER 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 janvier 2016.

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** A l'annexe III 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 F-Form-I-06 et F-Form-II-03 concernant la procédure de demande et la candidature, auquel il est fait référence au chapitre « F. Chirurgie thoracique et cardiologie » de la liste, sont ajoutés. Ces formulaires suivent en annexe 1 de ce règlement.

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

Bruxelles, le

Le Fonctionnaire Dirigeant,  
H. DE RIDDER

Le Président,  
J. VERSTRAETEN

F-Form-II-03

Bijlage I bij Verordening van 11 januari 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-03

**Kandidatuur om te worden opgenomen op de lijst van de netwerken voor de verstrekkingen 172491-172502 en 172513-172524 betreffende de hulpmiddelen voor de percutane herstelling van de coaptatie van de mitralisklep-bladen ter behandeling van mitralisklepregurgitatie, zoals bepaald in de vergoedingsvoorwaarde F-§19.**

(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)

➤ Te versturen voor 1 maart 2016 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 netwerkcoördinator en de verplegingsinrichting waar hij/zij werkt :**

Naam en voornaam van de netwerkcoördinator :

.....

RIZIV nr. van de netwerkcoördinator : .....

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 : .....

De site waar de ingrepen zullen worden uitgevoerd :

.....

**3. De ervaring van het netwerk in valvulaire pathologie**

Het netwerk bevestigt dat zij een gemiddeld jaarlijks minimum van 600 ingrepen over de jaren -2011-2012-2013 voor de volgende verstrekkingen heeft uitgevoerd :

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

	229596-229600	229515-229526	Totaal
2011			
2012			
2013			
Totaal			

De waarde in de cel rechts-onder in de tabel is  $\geq 1800$  (= 600 gemiddeld over 3 jaar)

**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\_ \_ \_ \_ \_

! (Pas het document elektronisch aan om eventueel additionele verplegingsinrichtingen toe te voegen)

De geneesheerspecialisten van deze verplegingsinrichtingen maken deel uit van het netwerkcomité zoals bepaald in het punt 2.1 van de vergoedingsmodaliteiten F-§19,

De geneesheerspecialisten van deze verplegingsinrichtingen zijn opgegeven in de tabel in bijlage.

**5. Verbintenissen**

De netwerkcoördinator verklaart in naam van het netwerk :

akkoord te gaan met de bepalingen en de criteria die werden opgenomen in het punt 2 van de vergoedingsvoorwaarde F-§19.

te zullen meewerken aan de registratie van alle gegevens nodig voor de evaluatie zoals bedoeld in punt 9 van de vergoedingsvoorwaarde F-§19;

de Dienst elke wijziging in de samenstelling van het netwerk-comité of van het netwerk jaarlijks mee te delen.

De netwerkcoördinator 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 cardioloog met een grote ervaring in de klassieke klepchirurgie op de plaats van de ingreep wordt gegarandeerd door de leden van het netwerk.

De netwerkcoördinator bevestigt kennis genomen te hebben van de bepalingen en de criteria die werden opgenomen in de vergoedingsvoorwaarde F-§19 en daarvan alle voorwaarden te aanvaarden :

Gedaan te (plaats) op (datum) ...../ ...../ .....

Naam, voornaam handtekening en stempel van de netwerkcoördinator :



Bijlage I bij Verordening van 11 januari 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-06

**Aanvraag voor een volgnummer voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de kosten van de hulpmiddelen voor de percutane herstelling van de coaptatie van de mitralisklepbladen ter behandeling van mitralisklepregurgitatie, zoals bepaald in de vergoedingsvoorwaarde F-§19 (verstrekkingen 172491-172502 en 172513-172524)**

(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)

➤ Binnen de 30 kalenderdagen na implantatie te versturen naar :

- Secretariaat van de Commissie voor Tegemoetkoming van Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen, Dienst Geneeskundige Verzorging (RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel).

#### Identificatie van de netwerkcoördinator en de verplegingsinrichting waar hij/zij werkt

Naam van de verplegingsinrichting : .....

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

Naam en voornaam van de netwerkcoördinator :

.....

RIZIV nr. van de netwerkcoördinator : .....

Email-adres : .....

Telefoon (secretariaat dienst) : .....

#### Identificatie van de rechthebbende

Naam : .....

Voornaam : .....

Identificatienummer van het Rijksregister : .....

Geboortedatum : .....

Geslacht : .....

Verzekeringsinstelling : .....

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

#### Aantal tegemoetkomingen toegewezen aan het netwerk

Het toegekende aantal tegemoetkomingen voor het lopende jaar 20.. : .....

Het aantal tegemoetkomingen reeds aangevraagd voor dit lopende jaar : .....

Dit betreft een aanvraag voor de verstrekking :

- 172491-172502
- 172513-172524 (enkel indien overschrijding van het toegekende jaarlijks aantal verstrekkingen 172491-172502)

#### Identificatie van het multidisciplinaire team dat de indicatiestelling deed

De vergoedingsvoorwaarde F-§19 voorziet in minstens de volgende samenstelling :

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

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

Interventionele cardiologen

Naam en voornaam : .....

RIZIV-nummer : .....

Verplegingsinrichting : .....

Nam wel / niet (1) deel aan de ingreep

Naam en voornaam : .....

RIZIV-nummer : .....

Verplegingsinrichting : .....

Nam wel / niet (1) deel aan de ingreep

Cardiothoracale chirurgen :

Naam en voornaam : .....

RIZIV-nummer : .....

Verplegingsinrichting : .....

Nam wel / niet (1) deel aan de ingreep

Naam en voornaam : .....

RIZIV-nummer : .....

Verplegingsinrichting : .....

Nam wel / niet (1) deel aan de ingreep

Cardioloog met ervaring in transoesophageale echocardiografie :

Naam en voornaam : .....

RIZIV-nummer : .....

Verplegingsinrichting : .....

Nam wel / niet 1 deel aan de ingreep

Cardioloog met ervaring in hartfalen :

Naam en voornaam : .....

RIZIV-nummer : .....

Verplegingsinrichting : .....

Nam wel / niet 1 deel aan de ingreep

Geriatr :

Naam en voornaam : .....

RIZIV-nummer : .....

Verplegingsinrichting : .....

Nam wel / niet 1 deel aan de ingreep

#### Verbintenissen :

De rechthebbende werd voorafgaandelijk aan de ingreep geselecteerd door het multidisciplinair team, zoals bepaald in het punt 2.1 van de overeenkomst.

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

- Symptomatisch ernstige mitralis klep regurgitatie, ondanks optimale hartfalen-behandeling, zoals gedefinieerd door de meest recente ESC richtlijnen.
- Een cardiale NYHA-score van 3 of 4.
- Hoog operatief risico zoals beoordeeld door het multidisciplinair hart-team, minstens rekening houdend met de leeftijd, LV functie, pulmonaire druk, comorbiditeiten, frailty, voorgeschiedenis van borstbestraling en cardiale chirurgie en technische/anatomische contra-indicaties voor chirurgie.
- Technische haalbaarheid beoordeeld met TEE
- Een geschatte algemene levensverwachting na de ingreep met het hulpmiddel van minstens 1 jaar.

Dit lid van het multidisciplinair team bevestigt verder dat :

- De beslissing tot implantatie werd genomen tijdens een multidisciplinair overleg :
  - o Datum van het multidisciplinair overleg : ...../ ...../ .....
- de implantatie uitgevoerd werd in een verplegingsinrichting zoals bedoeld in het opschrift 2.1.1. van de vergoedingsvoorwaarde F-§19 van de overeenkomst
- de opvolging van de rechthebbende zal geschieden in het netwerk zoals bedoeld in het opschrift 8. "Verbintenissen van de netwerk" van de vergoedingsvoorwaarde F-§19 van de overeenkomst.
- de documenten waaruit blijkt dat voldaan is aan de voorwaarden vermeld onder punt 3 "Criteria betreffende de rechthebbende" van de vergoedingsvoorwaarde F-§19 van de overeenkomst, de follow-up gegevens van de patiënten ingegeven in het register en het overlijden, de herhospitalisatie om cardiale redenen of complicaties te wijten aan het hulpmiddel die plaatsvinden buiten de geplande follow-up tijdstippen evenals een kopij van het volledig ingevulde formulier dienen in het dossier van de rechthebbende te worden bewaard en zullen aan de adviserend geneesheer worden toegezonden op diens verzoek.
- De ingreep wordt uitgevoerd door geneesheer-specialisten die betrokken waren bij het multidisciplinair overleg.

Gedaan te (plaats) op (datum)

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

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 11 januari 2015

De Leidend Ambtenaar,  
H. DE RIDDER

De Voorzitter,  
J. VERSTRAETEN

Annexe I au Règlement du 11 janvier 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-II-03

**Candidature afin de figurer sur la liste des réseaux pour les prestations 172491-172502 et 172513-172524 concernant les dispositifs pour le rétablissement percutané de la coaptation des feuillets des valves mitrales pour le traitement d'une régurgitation de la valve mitrale, comme spécifié dans la condition de remboursement F-§19**

(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)

➤ A envoyer avant le 1<sup>er</sup> mars 2016 à :

INAMI, Service des Soins de Santé

Secrétariat de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Avenue de Tervueren 211

1150 Bruxelles

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

Nom et prénom du coordinateur du réseau :

.....

N° INAMI du coordinateur du réseau : .....

Adresse Email : .....

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

Nom de l'établissement hospitalier : .....

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

Adresse administrative (adresse à laquelle la correspondance doit être envoyée) :

Rue et numéro : .....

Code postal et commune : .....

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

Nom de l'établissement hospitalier : .....

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

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

Rue et numéro : .....

Code postale et commune : .....

Précisez le site sur lequel les interventions seront pratiquées :

.....

.....

#### 3. L'expérience du réseau en pathologie valvulaire

Le réseau confirme qu'il a exécuté au minimum 600 interventions par an en moyenne, pour les années 2011-2012-2013 pour les prestations suivantes :

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

	229596-229600	229515-229526	Total
2011			
2012			
2013			
Total			

Le valeur dans la cellule en bas à droite dans le tableau est  $\geq 1800$  (= 600 en moyenne pour 3 ans)

#### 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\_ \_ \_ \_ \_

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

- Les médecins-spécialistes de ces établissements hospitaliers font partie du comité de réseau comme stipulé en point 2.1 des modalités de remboursement F-§19**
- Les médecins-spécialistes de ces établissements hospitaliers sont repris dans le tableau en annexe.**

##### 5. Engagements

Le coordinateur du réseau déclare au nom du réseau :

- marquer son accord sur les dispositions et les critères repris au point 2 de la condition de remboursement F-§19.
- qu'il collaborera à l'enregistrement de toutes les données nécessaires pour l'évaluation comme précisé au point 9 de la condition de remboursement F-§19.
- qu'il communiquera annuellement au Service chaque modification de la composition du comité de réseau ou du réseau .

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

- qu'il dispose d'un agrément pour le programme de soins « pathologie cardiaque » B (composé des programmes de soins partiels B1, B2 et B3) tel que fixé par l'autorité ayant la santé publique dans ses attributions ;
- qu'il dispose d'un échographe 3D et d'une échographe transcesophagien ;
- 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-§19 et en accepter toutes les conditions :

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

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



Annexe I au Règlement du 11 janvier 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-06

**Demande d'un numéro d'ordre pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire dans le coût des prestations relatives aux dispositifs pour le rétablissement percutané de la coaptation des valves mitrales en vue du traitement de la régurgitation de la valve mitrale, comme stipulé dans la condition de remboursement F-§19 (prestations 172491-172502 et 172513-172524)**

(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)

- A envoyer dans les 30 jours calendriers après l'implantation au :
- Secrétariat de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs, Service des Soins de santé (copie) (INAMI, Avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles)

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

Nom de l'établissement hospitalier : .....

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

Nom et prénom du coordinateur du réseau : .....

N° INAMI du coordinateur du réseau : .....

Adresse Email : .....

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

#### Identification du bénéficiaire

Nom : .....

Prénom : .....

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

Date de naissance : .....

Sexe : .....

Mutualité : .....

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

#### Le nombre annuel d'interventions accordées au réseau

Le nombre d'interventions accordées pour l'année en cours 20..... : .....

Le nombre d'interventions déjà demandées pour l'année en cours : .....

Cette demande concerne :

172491-172502

172513-172524 (seulement en cas de dépassement du nombre annuel pour la prestation 172491-172502)

#### Identification de l'équipe multidisciplinaire qui a fait la pose d'indication

La condition de remboursement F-§19 prévoit une composition minimale de :

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

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

#### Cardiologues interventionnels

Nom et prénom : .....

Numéro INAMI : .....

Etablissement hospitalier : .....

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

Nom et prénom : .....

Numéro INAMI : .....

Etablissement hospitalier : .....

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

Chirurgiens cardiaques :

Nom et prénom : .....

Numéro INAMI : .....

Etablissement hospitalier : .....

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

Nom et prénom : .....

Numéro INAMI : .....

Etablissement hospitalier : .....

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

Cardiologue avec une expérience en échocardiographie transœsophagienne :

Nom et prénom : .....

Numéro INAMI : .....

Etablissement hospitalier : .....

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

Cardiologue avec une expérience en insuffisance cardiaque

Nom et prénom : .....

Numéro INAMI : .....

Etablissement hospitalier : .....

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

Gériatre :

Nom et prénom : .....

Numéro INAMI : .....

Etablissement hospitalier : .....

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

**Engagements :**

Le bénéficiaire a été sélectionné, préalablement à l'intervention, par l'équipe multidisciplinaire, comme stipulé au point 2.1 de la convention.

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

- Régurgitation symptomatique sévère de la valve mitrale, malgré un traitement optimal contre l'insuffisance cardiaque, comme défini par les directives ESC les plus récentes.
- Un score NYHA cardial de 3 ou 4.
- Risque d'opération élevé tel qu'évalué par l'équipe multidisciplinaire, en tenant compte au minimum de l'âge, de la fonction ventriculaire gauche, de la pression pulmonaire, des comorbidités, de la fragilité, des antécédents de rayonnements au niveau du thorax et de chirurgie cardiaque, et des contre-indications techniques/anatomiques à la chirurgie.
- Faisabilité technique évaluée au moyen de l'échographie transoesophagienne.
- Une estimation de l'espérance de vie générale d'un an minimum après l'intervention au moyen du dispositif

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

- la décision pour l'implantation a été prise lors d'une concertation multidisciplinaire :
  - o Date de la concertation multidisciplinaire : ...../...../.....
- l'implantation est effectuée dans un établissement hospitalier comme stipulé dans l'intitulé 2.1.1 de la condition de remboursement F-§19 de la convention
- le suivi du bénéficiaire se fera au sein du réseau comme stipulé dans l'intitulé 8. "Engagements de l'établissement hospitalier" de la condition de remboursement F-§19 de la convention.
- les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions décrit sous le point 3 de la condition de remboursement F-§19 de la convention, les données de suivi des patients inscrits dans le registre, le décès, une nouvelle hospitalisation pour des raisons cardiaques ou des complications dues au dispositif et survenant en dehors des moments de suivi prévus ainsi qu'une copie du formulaire rempli doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire et seront envoyés au médecin-conseil à sa demande.
- L'intervention est effectuée par des médecins spécialistes qui ont été impliqués dans la concertation multidisciplinaire.

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

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

Vu pour être annexé au Règlement du 11 janvier 2015.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. DE RIDDER

Le Président,

J. VERSTRAETEN