

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2016/22169]

11 APRIL 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 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 wordt het formulier C-Form-I-06 met betrekking tot de aanvraagprocedure, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "C. Oto-rhino-laryngologie" van de lijst, vervangen door het formulier dat gaat als bijlage 1 bij deze verordening.

Art. 2. In de bijlage VIII van dezelfde verordening wordt het formulier G-Form-I-06 met betrekking tot de aanvraagprocedure, waarnaar verwezen in hoofdstuk « G. Bloedvatenheelkunde » van de lijst toegevoegd. Dit formulier gaat als bijlage 2 bij deze verordening.

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

Brussel,

De Leidend Ambtenaar,
H. DE RIDDER

De Voorzitter,
J. VERSTRAETEN

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2016/22169]

11 AVRIL 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^{er}. 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, le formulaire C-Form-I-06 concernant la procédure de demande, auquel il est fait référence au chapitre « C. Oto-rhino-laryngologie » de la liste, est remplacé par le formulaire qui suit en annexe 1 de ce règlement.

Art. 2. A l'annexe VIII du même règlement, le formulaire G-Form-I-06 concernant la procédure de demande, auquel il est fait référence au chapitre « G. Chirurgie vasculaire » de la liste, est ajouté. Ce formulaire suit en annexe 2 de ce règlement.

Art. 3. Le présent règlement entre en vigueur le 1 mai 2016.

Bruxelles, le

Le Fonctionnaire Dirigeant,
H. DE RIDDER

Le Président,
J. VERSTRAETEN

C-Form-I-06

Versie 3

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 C-Form-I-06

Aanvraag voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de kosten van een cochleair implantaat (verstrekking 170811-170822 of 170833-170844)¹ bij een rechthebbende met asymmetrisch bilateraal gehoorverlies, en waarvoor een akkoord van het College van geneesheren-directeur vereist is

(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)

➤ Te versturen naar :

- Adviserend geneesheer, die de aanvraag doorstuurt naar het College van geneesheren-directeurs (RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 BRUSSEL)

Identificatie van de verplegingsinrichting/geneesheer-specialist

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

Naam :

Voornaam :

Identificatienummer van het Rijksregister :

Geboortedatum :

Geslacht :

Verzekeringsinstelling:

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

¹ Bedoeld wordt een "Kit bestaande uit een volledig gehoortoestel (de te implanteren en niet te implanteren delen) voor een elektrische intracochleaire stimulatie met behulp van multiple elektroden voor rechthebbenden van minder dan acht jaar (170811-170822) of vanaf hun achtste verjaardag tot hun twaalfde verjaardag (170833-170844) met een asymmetrisch bilateraal gehoorverlies"

C-Form-I-06

Versie 3

Aanvraag voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor een cochleair implantaat :

Type van het gevraagde toestel :

Identificatiecode :

Linker oor :

Rechter oor :

NB: de implantatie dient te gebeuren in het slechtste oor²

Het gaat hier om een eerste aanvraag in het kader van de verplichte verzekering:

 ja neen (indien het antwoord 'neen' is, de datum van de vorige aanvraag vermelden):

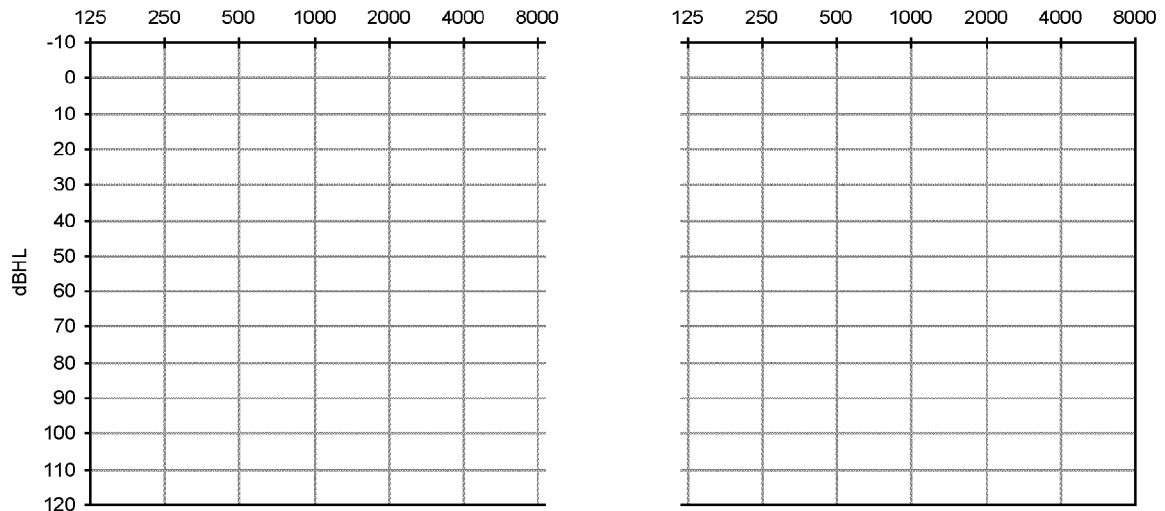
...../...../.....

Deze aanvraag bevat ondermeer een audiologisch rapport en alle elementen die zijn voorzien in het opschrift "2.2 Indicaties" van de vergoedingsvoorwaarde C-§01 van de lijst.

² Cfr 2.2.3.1 van de vergoedingsvoorwaarde C-§01 van de lijst

AUDIOLOGISCH RAPPORT

1.1. Tonale en/of gedrags- drempelaudiometrie onder koptelefoon: met / zonder hoortoestellen^{3,4}:



Gemiddelde luchtgeleidingsdrempel (500, 1000, 2000 Hz) van het beste oor (dBHL)	Links/Rechts dB
Gemiddelde luchtgeleidingsdrempel (500, 1000, 2000 Hz) van het slechtste oor (dBHL)	Links/Rechts dB

Conclusies:

- *Het gehoorverlies aan het beste oor vertoont een gemiddelde luchtgeleidingsdrempel (frequenties 500, 1000 en 2000 Hz) van minstens 60 dB HL*
- *Het gehoorverlies aan het slechte oor vertoont een gemiddelde luchtgeleidingsdrempel (frequenties 500, 1000 en 2000 Hz) van minstens 85 dB HL.*

1.2. BERA-onderzoek zonder hoortoestellen²:

Drempel van piek V thv het beste oor (dB nHL)	Links/RechtsdB
Drempel van piek V thv het slechtste oor (dB nHL)	Links/RechtsdB

Conclusie:

- *Het BERA-onderzoek ter hoogte van het beste oor wijst op een drempel van piek V hoger of gelijk aan 65 dB nHL (normal hearing level).*
- *Het BERA-onderzoek ter hoogte van het slechtste oor wijst op een drempel van piek V hoger of gelijk aan 90 dB nHL (normal hearing level).*

³ cfr 2.2.1.1 van de vergoedingsvoorwaarde C-§01 van de lijst

⁴ Bij afwezigheid van gehoor op één of meerdere frequenties dient 120 dB HL gebruikt te worden voor de berekening

1.3. Datum waarop een tonale en/of gedrags- drempelaudiometrie van meer dan 60 dB HL werd vastgesteld in het beste oor:/...../.....

Datum waarop BERA-onderzoek meer dan 65 dB HL vaststelde in het beste oor:/...../.....

Conclusie:

- De diagnose van een verlies van minstens 60 dB voor het beste oor werd vastgesteld op of na 1 april 2015 en de datum van implantatie (p1 van dit document) valt binnen de drie jaar na deze diagnose (datum hierboven)⁵
- De diagnose van een verlies van minstens 60 dB voor het beste oor werd vastgesteld voor 1 april 2015 (datum hierboven) ⁵

1.4. Laten gepaste gehoorapparatuur of toonversterkers een functioneel gehoor toe bij personen met postlinguale doofheid ?

ja

neen

1.5. Resultaten van een spraakaudiometrisch onderzoek met en zonder hoorapparaat :

- met hoorapparaat:

- zonder hoorapparaat:

Indien dit onderzoek niet uitvoerbaar is, moet de reden daarvan expliciet vermeld worden.

.....

.....

.....

.....

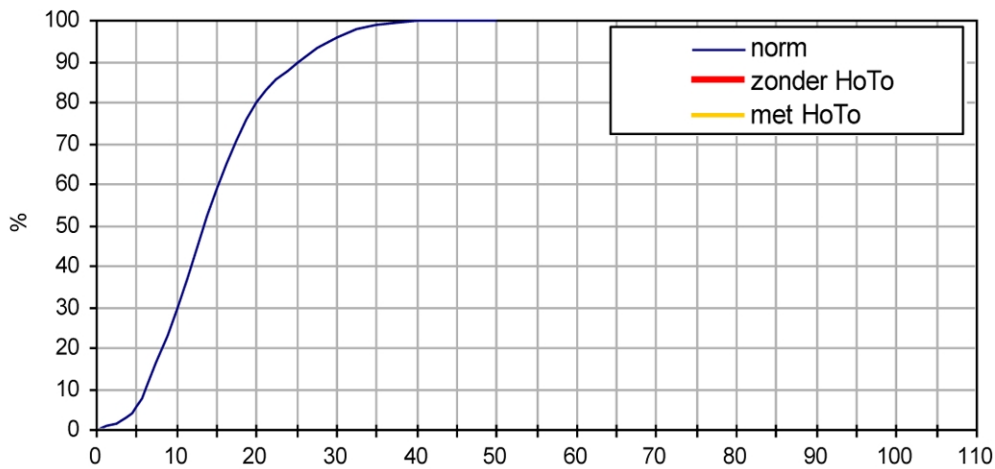
.....

⁵ cfr 2.2.3.1. van de vergoedingsvoorwaarde C-§01 van de lijst

1.6. Spraakaudiometrie in vrij veld, zonder en met hoortoestellen⁶:

Kruis dit veld aan indien een spraakaudiogram zonder en met hoorapparaat werd uitgevoerd en geef het spraakaudiogram⁷ van het beste oor:

- CVC lijsten: - Woordscore / Foneemscore⁸
.....



Spraakverstaanbaarheidsscore (zonder hoortoestel; foneemscore op 70 dB SPL op CVC-lijsten	Links/Rechts %
---	--------------	---------

⁶ cfr 2.3 van de vergoedingsvoorwaarde C-§01 van de lijst-

⁷ De figuur geldt ter documentatie en mag het spraakaudiogram tonen dat gewoonlijk wordt uitgevoerd; de spraakverstaanbaarheidsscore MOET het resultaat geven op monosyllabische CVC lijsten op 70 dB SPL.

⁸ Doorstreep wat niet van toepassing is

*Kruis dit veld aan indien spraakaudiometrie **niet mogelijk** is
En motiveer waarom niet:*

- het betreft een preverbaal kind*
- er is mentale retardatie of andere psychologische problematiek⁹*
- andere:*
-

*Kruis dit veld aan indien er **geen proef** met gehoorsamplificatie uitgevoerd
is wegens de hoogdringendheid van de implantatie en motiveer dit:*

- er bestaat een risico op fibrose of verbening van het slakkenhuis
omdat de doofheid het gevolg is van een recente meningitis*
- andere:*
-

*Conclusie: Het spraakaudiometrisch onderzoek in vrij veld en op basis van
monosyllabische lijsten toont een score bij 70 dB SPL die lager is of gelijk aan 30%.*

⁹ *Zie psychologisch advies in bijlage waarbij specifiek de familiale context alsook de revalideerbaarheid van de rechthebbende wordt aangetoond*

2.1. Ondergetekende verklaart dat de algemene toestand van de rechthebbende de implantatie van het cochleair implantaat en het duurzaam en optimaal gebruik van het hulpmiddel moet toelaten.¹⁰

2.2. Een voorstel van reëducatieprogramma voor de rechthebbende met vermelding van de verpleeginrichting of het centrum.

Centrum of verpleeginrichting :

.....

Voorstel van reëducatieprogramma :

.....

.....

.....

2.3. Na de implantatie zal een **langdurige logopedische opvolging** plaats hebben onder de verantwoordelijkheid van:¹¹

Naam:.....

Adres van het centrum?

.....

.....

.....

2.4. Indien er sprake is van mentale retardatie, psychologische of psychiatrische problemen, dient een psychologisch advies toegevoegd te worden waarbij specifiek de familiale context alsook de revalideerbaarheid van de rechthebbende wordt aangetoond.

	<i>Er is geen sprake van dergelijke problemen</i>
	<i>Er is wel sprake van dergelijke problemen en het verslag is in bijlage toegevoegd</i>

Conclusie: er is sprake van een asymmetrisch bilateraal gehoorverlies waarbij aan alle criteria van het punt 2 “Criteria betreffende de rechthebbende” van de vergoedingsvoorwaarde C-§01 wordt voldaan.

JA ¹²

NEEN ¹⁰

2.5. Voorliggende aanvraag gaat uit van de implanterend geneesheer-specialist, gebaseerd op gegevens van een verplegingsinrichting of een centrum zoals bedoeld in het opschrift 1.1 “Indicatiestelling” van de vergoedingsvoorwaarde C-§01 van de lijst. De aanvrager bevestigt dat de implantatie uitgevoerd zal worden in een verpleeginstelling zoals bedoeld in het opschrift 1.2. “Implantatie” van de vergoedingsvoorwaarde C-§01 van de lijst, en dat de aanpassing en opvolging van het implantaat zal geschieden in een centrum zoals bedoeld in het opschrift 1.3. “Aanpassing en opvolging” van de vergoedingsvoorwaarde C-§01 van de lijst.

¹⁰ cf 2.1, vergoedingsvoorwaarde C-§01 van de lijst

¹¹ cf 2.4, vergoedingsvoorwaarde C-§01 van de lijst; de verantwoordelijke wordt nominatief vermeld

¹² schrappen wat niet past

C-Form-I-06

Versie 3

Verbintenis

De aanvraag is conform alle bepalingen van het opschrift 1 “Criteria betreffende de inrichting” van de vergoedingsvoorwaarde C-§01 van de lijst.

Gedaan te (*plaats*)op (*datum*)

(stempel en handtekening van de geneesheer-specialist voor ORL die de implantatie uitvoert)

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 11 april 2016

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

H. DE RIDDER

J. VERSTRAETEN

G-Form-I-06

Versie 1

Bijlage 2 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 G-Form-I-06

Aanvraag voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de kosten van een embolisatie (verstrekking 161475 - 161486)¹ bij een rechthebbende, en waarvoor een akkoord van het College van geneesheren-directeur vereist is

(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)

➤ Te versturen naar :

- Adviserend geneesheer, die de aanvraag doorstuurt naar het College van geneesheren-directeurs (RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 BRUSSEL)

Identificatie van de verplegingsinrichting/ziekenhuisapotheker

Naam van de verplegingsinrichting :

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

Naam en voornaam van de ziekenhuisapotheker :

RIZIV nr. van de ziekenhuisapotheker :

Email-adres :

Telefoon (secretariaat dienst) :

Identificatie van de rechthebbende

Naam :

Voornaam :

Identificatienummer van het Rijksregister :

Geboortedatum :

Geslacht :

Verzekeringsinstelling:

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

¹ Bedoeld wordt een "Gebruik van embolisatiemateriaal naar aanleiding van het verrichten van de verstrekking 589116 - 589120 van de nomenclatuur inclusief het materiaal gebruikt tijdens de testprocedure".

G-Form-I-06
Versie 1

Volg-nummer	Factuur	Notificatie-code	Verdeler	Benaming	referentie bij verdeler	Aantal/hoeveelheid	Type	Prijs	Totale prijs
1									
2									
3									
4									
5									
Totaal									

- *U dient deze tabel elektronisch in te vullen.*
 - *Voeg lijnen toe indien nodig.*
 - *Als alternatief kan een printout van een equivalente tabel in bijlage toegevoegd worden, op voorwaarde dat alle gebruikte gegevens er in dezelfde volgorde op voorkomen*
1. **Volgnummer:** Uniek, stijgend volgnummer per gegevenslijn.
 2. **Factuur:** Volgnummer dat aan elke factuur wordt toegekend waarvan een gegeven in de facturatie wordt gebruikt. Dit nummer dient ook met de hand op de factuur kopie worden geschreven.
Eenzelfde factuur kan verschillende gegevenslijnen hebben.
 3. **Notificatiecode:** Code van het implantaat op de lijst van genotificeerde implantaten (zie www.riziv.fgov.be/webprd/appl/pimplants/PublicationList.aspx?lang=en). Voor invasieve medische hulpmiddelen zijn er geen notificatiecodes
 4. **Verdeler :** naam van de verdeler zoals deze op de factuur voorkomt
 5. **Benaming :** naam van het materiaal, zoals vermeld in de catalogus en/of de factuur
 6. **Referentie bij verdeler :** referentienummer van het hulpmiddel, zoals vermeld in de catalogus en/of de factuur
 7. **Aantal/hoeveelheid :** aantal en/of hoeveelheid van het hulpmiddel dat effectief voor de embolisatie werd gebruikt
 8. **Type :** aard van het hulpmiddel, zoals de verdeler die vermeldt (Guiding sheath, wire guide, coil, embolysator,...)
 9. **Prijs :** prijs per eenheid (BTW inbegrepen)
 10. **Totaalprijs =** aantal maal de prijs per eenheid (BTW inbegrepen)

Deze aanvraag dient volgende bijlagen te bevatten:

- Een omstandig medisch verslag dat is opgemaakt en ondertekend door de geneesheer-specialist die de verstrekking 589116 - 589120 van de nomenclatuur heeft verricht. Dit geeft naast de beschrijving van de letsels, het te bereiken en het bereikte resultaat, op gedetailleerde wijze aan welke hulpmiddelen (verdeler, type hulpmiddel, afmetingen, aantallen, hoeveelheden, ...) voor de effectieve embolisatie werden gebruikt
- Kopie(s) van de factuur/facturen van de verdeler aan het verplegingsinrichting voor alle hulpmiddelen opgegeven in bovenstaande tabel

De ondertekenende ziekenhuisapotheker bevestigt dat dit formulier werd ingevuld gebaseerd op het geneeskundig voorschrift van de implanterende geneesheer-specialist

Gedaan te *(plaats)*

op *(datum)*

stempel en handtekening van de ziekenhuisapotheker

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 11 april 2016

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

H. DE RIDDER

J. VERSTRAETEN

C-Form-I-06

Version 3

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, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

FORMULAIRE C-Form-I-06

Demande d'intervention pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire dans le coût d'un implant cochléaire¹ (prestation 170811-170822 ou 170833-170844) chez un bénéficiaire avec perte d'audition bilatérale asymétrique, pour lequel un accord du Collège des médecins-directeurs est nécessaire

(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)

➤ A envoyer 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 :

Organisme assureur :

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

¹ Comprendre ici un « Kit composé d'un appareil auditif complet (les parties implantables et les parties non implantables) pour une stimulation électrique à l'aide de multiples électrodes intracochléaires pour des bénéficiaires âgés de moins de huit ans (170811-170822) ou à partir de leur huitième anniversaire jusqu'à leur douzième anniversaire (170833-170844) ayant une perte d'audition bilatérale asymétrique».

Demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour un implant cochléaire :

Type de l'appareil demandé :

Code d'identification :

Oreille gauche :

Oreille droite :

NB : l'implantation doit être dans la mauvaise oreille ².

Il s'agit en l'occurrence d'une première demande dans le cadre de l'assurance obligatoire :

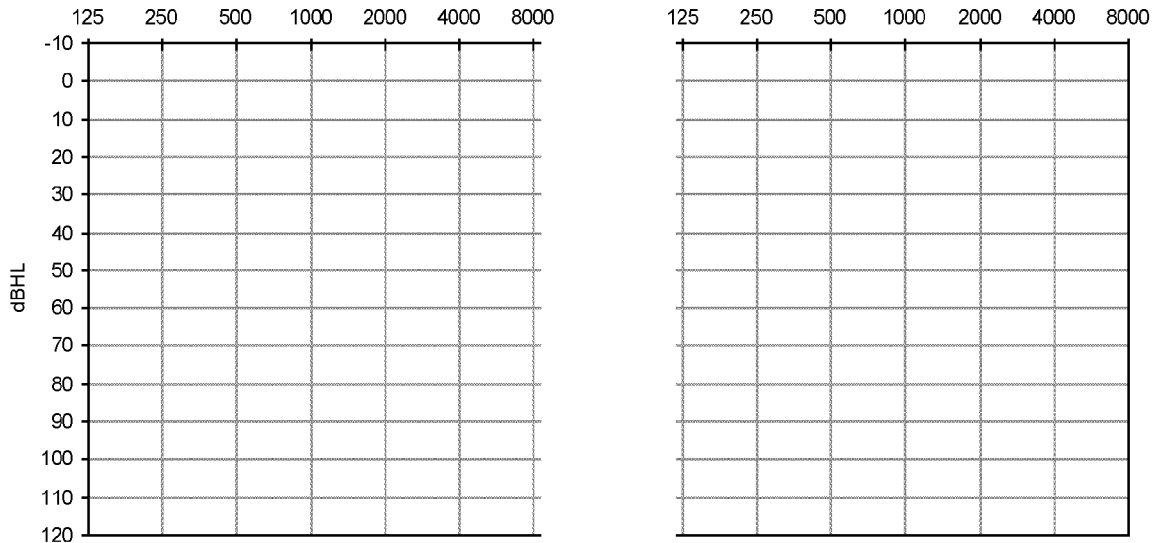
 oui non (si la réponse est non, mentionner la date de la dernière demande :
...../...../.....)

Cette demande contient, entre autres, un rapport audiolgique et tous les éléments prévus à l'intitulé 2.2 « Indications » de la condition de remboursement C-§01 de la liste.

² Cfr 2.2.3.1 des modalités de remboursement C-§01 de la liste

RAPPORT AUDIOLOGIQUE

1.1. Audiométrie tonale et/ou comportementale liminaire au casque : avec / sans appareils auditifs^{3,4}:



Seuil moyen mesuré (500, 1000, 2000 Hz) de la meilleure oreille (dB HL)	Gauche/Droite dB
Seuil moyen mesuré (500, 1000, 2000 Hz) de la mauvaise oreille (dB HL)	Gauche/Droite dB

Conclusions :

- *La perte auditive de la meilleure oreille montre un seuil moyen mesuré (fréquences 500, 1000 et 2000 Hz) d'au moins 60 dB HL.*
- *La perte auditive de la mauvaise oreille montre un seuil moyen mesuré (fréquences 500, 1000 et 2000 Hz) d'au moins 85 dB HL*

1.2. Test BERA sans appareils auditifs²:

Seuil du pic V à hauteur de la meilleure oreille (dB nHL)	Gauche/DroitedB
Seuil du pic V à hauteur de la mauvaise oreille (dB nHL)	Gauche/DroitedB

Conclusion :

- *Le test BERA à hauteur de la meilleure oreille montre un seuil du pic V supérieur ou égal à 65 dB nHL (normal hearing level).*
- *Le test BERA à hauteur de la mauvaise oreille montre un seuil du pic V supérieur ou égal à 90 dB nHL (normal hearing level).*

³ Cf. 2.2.1.1 de la condition de remboursement C-§01 de la liste

⁴ En l'absence d'audition pour une ou plusieurs fréquences, 120 dB HL doivent être utilisés pour le calcul

1.3. Date de constatation de l’audiométrie tonale et/ou comportementale liminaire de plus de 60 dB HL de la meilleure oreille :/...../.....

Date de constatation BERA de plus de 65 dB HL de la meilleure oreille :/...../.....

Conclusion :

- Le diagnostic de la perte d’audition de plus de 60 dB HL pour la meilleure oreille a été établi le 1^{er} avril 2015 ou après cette date et la date d’implantation (à la p1 de ce document) se situe endéans les trois ans après ce diagnostic (date ci-dessus).⁵
- Le diagnostic de la perte d’audition de plus de 60 dB HL pour la meilleure oreille a été établi avant le 1^{er} avril 2015 (date ci-dessus)⁵

1.4. Des aides auditives adéquates, ou amplificatrices des sons, permettent-elles une audition fonctionnelle chez les sujets sourds postlinguaux ?

oui

non

1.5. Résultats d’une audiométrie vocale, avec et sans appareil auditif :

- avec appareil auditif :

- sans appareil auditif :

Au cas où cet examen ne serait pas réalisable, la raison doit en être clairement mentionnée.

.....

.....

.....

.....

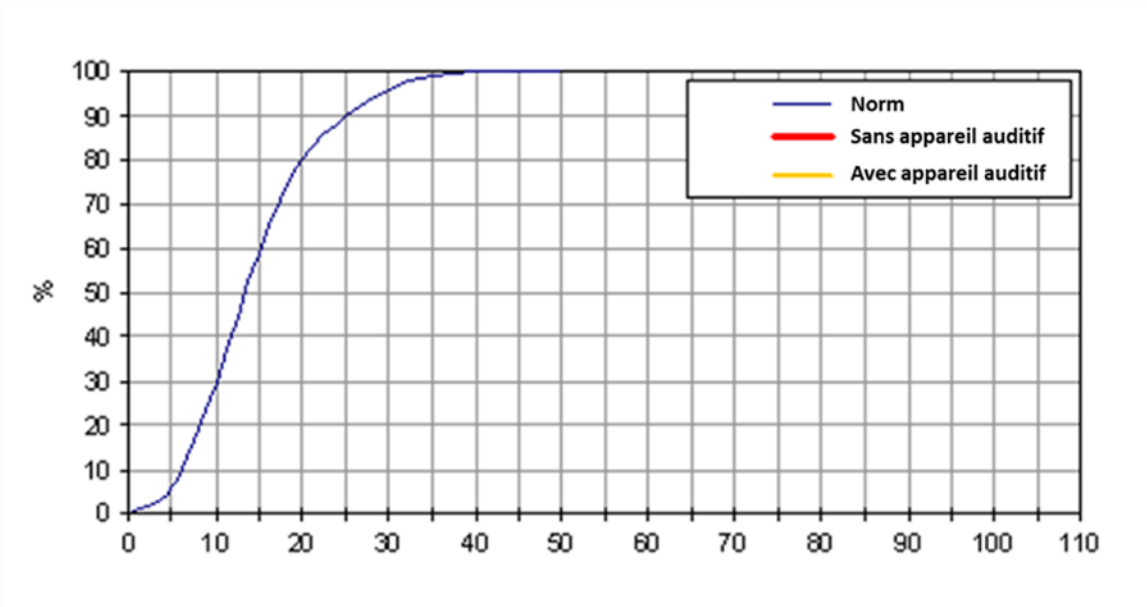
.....

⁵ Cf. 2.2.3.1 de la condition de remboursement C-§01 de la liste

1.6. Audiométrie vocale en champ libre, avec et sans appareils auditifs⁶ :

Cochez ce champ si un audiogramme vocal a été effectué avec et sans appareil auditif et donnez l'audiogramme vocal⁷ de la meilleure oreille :

- Listes CVC : - Score mot / phonème⁸



Score intelligibilité de la parole (sans appareil auditif ; score phonème à 70 dB SPL sur les listes CVC)	Gauche/Droite %
---	---------------	---------

⁶ Cf. 2.3 de la condition de remboursement C-§01 de la liste

⁷ Le schéma est présent à titre de documentation et peut montrer l'audiogramme vocal habituellement réalisé ; le score d'intelligibilité de la parole DOIT donner le résultat sur les listes CVC monosyllabiques à 70 dB SPL.

⁸ Biffez la mention inutile

Cochez ce champ si l'audiométrie vocale **n'est pas possible**

Motivez votre réponse :

Il s'agit d'un enfant préverbal

Il y a un retard mental ou un autre problème psychologique⁹

Autres :

.....

Cochez ce champ si **aucun examen** avec amplification auditive n'a été effectué en raison de l'urgence de l'implantation et motivez :

Il y a un risque de fibrose ou d'ossification de la cochlée, la surdité étant liée à une récente méningite

Autres :

.....

Conclusion : L'examen audiométrique vocal en champ libre et sur la base de listes monosyllabiques montre un score de 70 dB SPL inférieur ou égal à 30 %.

⁹ Cf. avis psychologique en annexe qui décrit spécifiquement le contexte familial ainsi que les possibilités de rééducation du bénéficiaire.

C-Form-I-06
Version 3

2.1. Le **soussigné** déclare que l'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation de l'implant cochléaire ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif.¹⁰

2.2. Proposition de programme de rééducation pour le bénéficiaire avec mention d'un établissement hospitalier ou du centre.

Etablissement hospitalier ou centre:

.....

Proposition de programme de rééducation :

.....
.....
.....

2.3. Après l'implantation, un **suivi logopédique de longue durée** aura lieu sous la responsabilité de :¹¹

Nom :

Adresse du centre ? :

.....
.....
.....

2.4. S'il est question d'un retard mental, de problèmes psychologiques ou psychiatriques, un avis psychologique doit être joint et décrire spécifiquement le contexte familial ainsi que les possibilités de rééducation du bénéficiaire.

	<i>Il n'est pas question de tels problèmes</i>
	<i>Il est bien question de ces problèmes et le rapport est joint en annexe</i>

Conclusion : il est question de perte auditive bilatérale asymétriques qu'il est satisfait à tous les critères de l'intitulé 2 « Critères concernant le bénéficiaire » de la condition de remboursement C-§01.

OUI ¹² **NON** ¹⁰

2.5. La présente demande émane du médecin spécialiste implanteur, basée sur les données d'un établissement hospitalier ou d'un centre visé à l'intitulé 1.1 « Pose d'indication » de la condition de remboursement C-§01 de la liste, Le demandeur confirme que l'implant sera posé dans un établissement de soins visé à l'intitulé 1.2 « Implantation » de la condition de remboursement C-§01 et que l'adaptation et le suivi de l'implant se feront dans un centre visé à l'intitulé 1.3 « Réglage et suivi » de la condition de remboursement C-§01.

¹⁰ Cf. 2.1, condition de remboursement C-§01 de la liste,
¹¹ Cf. 2.4, condition de remboursement C-§01 de la liste; le responsable est mentionné nominativement
¹² Biffez la mention inutile

Engagement

La demande est conforme à toutes les dispositions de l'intitulé 1. « Critères concernant l'établissement » de la condition de remboursement C-§01 de la liste.

Établi à (*lieu*)le (*date*)

(cachet et signature du médecin spécialiste ORL qui pratique l'implantation)

Vu pour être annexé au Règlement du 11 avril 2016

Le Fonctionnaire Dirigeant,

Le Président,

H. DE RIDDER

J. VERSTRAETEN

G-Form-I-06

Version 1

Annexe 2 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, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

FORMULAIRE G-Form-I-06

Demande d'intervention pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire dans le coût d'une embolisation (prestation 161475 - 161486) ¹ chez un bénéficiaire, pour lequel un accord du Collège des médecins-directeurs est nécessaire

(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)

➤ A envoyer au :

- Médecin-conseil qui envoie la demande au Collège des médecins-directeurs (INAMI, Avenue de Tervueren 211, 1150 BRUXELLES)

Identification de l'établissement hospitalier/ pharmacien hospitalier

Nom de l'établissement hospitalier :

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

Nom et prénom du pharmacien hospitalier:

N° INAMI du pharmacien hospitalier:

Adresse Email :

Téléphone (secrétariat du service) :

Identification du bénéficiaire

Nom :

Prénom :

Numéro d'identification au Registre National :

Date de naissance :

Sexe :

Organisme assureur :

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

¹ Comprendre ici l' « Emploi de matériel d'embolisation à l'occasion de la prestation 589116 - 589120 de la nomenclature, y compris le matériel utilisé lors de la procédure de test ».

G-Form-I-06
Version 1

Numéro de suite	Facture	Code notification	Distributeur	Nom	Référence du distributeur	Nombre / quantité	Type	Prix	Prix total
1									
2									
3									
4									
5									
Total									

- Vous devez remplir ce tableau de manière électronique.
- Ajouter des lignes si nécessaire.
- Alternative : une impression d'un tableau équivalent peut être ajoutée en annexe, à condition que toutes les données utilisées y apparaissent dans le même ordre

1. **Numéro de suite**: unique, suite croissante par ligne de données.
2. **Facture**: numéro de suite attribué à chaque facture, lequel est utilisé dans la facturation. Ce nombre doit être écrit à la main sur la copie de la facture.
La même facture peut avoir différentes lignes de données.
3. **Code notification**: code de l'implant sur la liste des implants notifiés (voir www.riziv.fgov.be/webprd/app/pimplants/PublicationList.aspx). Pour les dispositifs médicaux invasifs, il n'y a pas de code de notification
4. **Distributeur**: nom du distributeur tel qu'il apparaît sur la facture.
5. **Nom**: nom de la matière, comme mentionné dans le catalogue et / ou la facture.
6. **Référence du distributeur**: numéro de référence du dispositif, tel que mentionné dans le catalogue et / ou la facture.
7. **Nombre / quantité**: nombre et / ou quantité du dispositif qui a effectivement été utilisé pour l'embolisation.
8. **Type**: nature du dispositif telle que déclarée par le distributeur (Cathéter guide, fil guide, coil, embole ...)
9. **Prix**: prix unitaire (TVA incluse)
10. **Prix total** = nombre fois le prix unitaire (TVA incluse)

G-Form-I-06
Version 1

Cette demande doit contenir les annexes suivantes :

- un rapport médical circonstancié rédigé et signé par le médecin qui a effectué la prestation 589116 - 589120 de la nomenclature. Ce rapport reprend, en plus de la description des lésions, le résultat à atteindre et le résultat obtenu, et de façon détaillée quels dispositifs (distributeur, type de dispositif, dimensions, nombre, quantité,...) ont été utilisés pour l'embolisation effective.
- une (des) copie(s) de la (des) facture(s) du distributeur à l'établissement hospitalier pour tous les dispositifs mentionnés dans le tableau ci-dessus.

Le pharmacien hospitalier soussigné confirme que ce formulaire est complété sur la base de la prescription médicale du médecin-spécialiste

Établi à (*lieu*)

le (*date*)

(*cachet et signature du pharmacien hospitalier*)

Vu pour être annexé au Règlement du 11 avril 2016

Le Fonctionnaire Dirigeant,

Le Président,

H. DE RIDDER

J. VERSTRAETEN