

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2015/22278]

22 JUIN 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 22 juin 2015,

Arrête :

Article 1^{er}. A l'annexe V 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 E-Form-I-02 et E-Form-I-03 concernant la procédure de demande, auquel il est fait référence au chapitre « E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive » de la liste, sont ajoutés. Ces formulaires suivent en annexe 1^{re} de ce règlement.

Art. 2. Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} aout 2015.

Bruxelles, le 22 juin 2015.

Le Fonctionnaire Dirigeant,
H. DE RIDDER

Le Président,
G. PERL

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2015/22278]

22 JUNI 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 22 juni 2015,

Arrête :

Artikel 1. In de bijlage V 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 E-Form-I-02 en E-Form-I-03 met betrekking tot de aanvraagprocedure, waarnaar verwezen in hoofdstuk « E. Heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel » van de lijst toegevoegd. Deze formulieren gaan als bijlage 1 bij deze verordening.

Art. 2. Deze verordening treedt in werking op 1 augustus 2015.

Brussel, 22 juni 2015.

De Leidend Ambtenaar,
H. DE RIDDER

De Voorzitter,
G. PERL

Annexe I au Règlement du 22 juin 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 E-Form-I-02

Notification pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire dans le coût du matériel de consommation utilisé lors d'une dialyse de détoxification en cas de pathologie hépatique (prestation 172314-172325)

(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)

- **Parties 1 et 2** : A envoyer au médecin-conseil après utilisation du dispositif
- **Partie 2 uniquement** : A envoyer par email dans le mois suivant la procédure par mail au secrétaire de la "Belgian Liver and Intestine Transplantation Committee" (BLIC)
- Ce formulaire (parties 1 et 2) doit également être conservé dans le dossier médical du bénéficiaire.

Partie 1

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 :

Partie 2

Code d'identification du bénéficiaire¹ :/.....

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

Données concernant le dispositif :

Type d'appareil :

- MARS
 PROMETHEUS

Données concernant le bénéficiaire :

- a) Pathologie hépatique sous-jacente :
- b) Facteur déclencheur de l'insuffisance hépatique :
- c) Inotropie : O N
- d) Données biochimiques :
- Plaquettes :
 - PT :
 - INR :
 - Bilirubine
 - Créatinine
 - Albumine :
- e) MELD Score :
- f) Donnée hémodynamique :
MAP (au moment de la pose d'indication) :
- g) Antécédents – besoin d'hémodialyse : O N

Indications :

- Insuffisance hépatique aiguë ou chronique
 "primary non-function" après transplantation hépatique

¹ Ce numéro d'ordre doit être demandé au BLIC. Chaque établissement hospitalier est responsable pour l'établissement d'un tableau de concordance "identité du bénéficiaire –code d'identification".

a) Nombre de sessions :

b) Complications lors de la procédure :

Résultats :

▪ Décès O N

Si oui : Date :
 Cause:

▪ Transplantation O N

Si oui : Date :

▪ Décès après transplantation : O N

Si oui : Date :
 Cause:

▪ Récupération sans transplantation : O N

Engagement

Je déclare que les critères prévus à la condition de remboursement E-§09 de la liste sont respectés chez le bénéficiaire susmentionné;

Établi à (*lieu*)

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

Nom, prénom, signature et cachet du médecin spécialiste :

FORMULAIRE E-Form-I-03**Formulaire de follow-up - matériel de consommation utilisé lors d'une dialyse de détoxification en cas de pathologie hépatique (prestation 172314-172325)**

(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)

- A envoyer après 3, 6 et 12 mois après l' intervention par mail au secrétaire de la "Belgian Liver and Intestine Transplantation Committee" (BLIC)
- Ce formulaire doit également être conservé dans le dossier médical du bénéficiaire.

Code d'identification du bénéficiaire² :/.....

Date du follow-up:/...../.....

Celui-ci est effectué après 3 mois
 6 mois
 12 mois

Résultats :

- Décès O N

Si oui : Date :
 Cause:

- Transplantation O N

Si oui : Date :

- Décès après transplantation : O N

Si oui : Date :
 Cause:

- Récupération sans transplantation : O N

² Ce numéro d'ordre doit être demandé au BLIC. Chaque hôpital est responsable pour l'établissement d'un tableau de concordance "identité du bénéficiaire –code d'identification".

- Lost to follow-up : O N

Établi à (*lieu*)

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

Nom, prénom, signature et cachet du médecin spécialiste :

Vu pour être annexé au Règlement du 22 juin 2015

Le Fonctionnaire Dirigeant,

Le Président,

H. DE RIDDER

G. PERL

Bijlage I bij Verordening van 22 juni 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 E-Form-I-02

Notificatie voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de kosten van gebruiksmateriaal gebruikt bij een detoxificatie dialyse bij leverpathologie (verstrekking 172314-172325)

(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)

- **Delen 1 en 2:** Te versturen naar de adviserend geneesheer
- **Enkel Deel 2:** Te versturen binnen de maand na de procedure per mail aan de secretaris van de "Belgian Liver and Intestine Transplantation Committee" (BLIC)
- Dit formulier (delen 1 en 2) moet ook in het medisch dossier van de rechthebbende worden bewaard

Deel 1

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 :

Verzekeringstelling:

Deel 2

Identificatiecode van de rechthebbende³:/.....

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

Gegevens betreffende het hulpmiddel

Type toestel :

- MARS
 PROMETHEUS

Gegevens betreffende de rechthebbende :

a)Onderliggend leverlijden :

b)Uitlokkende factor van het leverfalen :

c)Inotropie : J N

d)Biochemisch gegevens :

- Bloedplaatjes
- PT :
- INR :
- Bilirubine
- Creatinine
- Albumine :

e)MELD Score:

f) Hemodynamisch gegeven:
MAP (op moment indicatiestelling) :

g)Voorgeschiedenis nood aan hemodialyse : J N

Indicatie :

- Acuut op chronisch leverfalen
 "primary non-function" na levertransplantatie

³ Dit volgnummer moet aan de BLIC gevraagd worden. Elke verplegingsinrichting is verantwoordelijk voor het opstellen van een concordantietabel "identiteit van de rechthebbende - identificatiecode".

Aantal sessies :

Complicaties tijdens de procedure :

Resultaten :

Overleden J N

Indien ja : Datum :
Oorzaak :

Transplantatie J N

Indien ja : Datum :

Overleden na transplantatie : J N

Indien ja : Datum :
Oorzaak :

Recuperatie zonder transplantatie : J N

Verbintenis

Ik verklaar hierbij, in eer en geweten, dat de criteria, zoals voorzien in de vergoedingsvoorwaarde E-§09 van de lijst, bij bovengenoemde rechthebbende, werden gerespecteerd;

Gedaan te (*plaats*)

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

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

FORMULIER E-Form-I-03**Follow-up formulier - gebruiksmateriaal gebruikt bij een detoxificatie dialyse bij leverpathologie (verstrekking 172314-172325)**

(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)

- Te versturen 3, 6 en 12 maanden na de procedure per mail aan de secretaris van de "Belgian Liver and Intestine Transplantation Committee" (BLIC)
- Dit formulier moet ook in het medisch dossier van de rechthebbende worden bewaard

Identificatiecode van de rechthebbende⁴:/.....

Datum van de follow up:...../...../.....

Die wordt uitgevoerd na : 3 maanden
 6 maanden
 12 maanden

Resultaten :

- Overleden J N
Indien ja : Datum :
Oorzaak :
- Transplantatie J N
Indien ja : Datum :
- Overleden na transplantatie : J N
Indien ja : Datum :
Oorzaak :
- Recuperatie zonder transplantatie : J N

⁴ Dit volgnummer moet aan de BLIC gevraagd worden. Elke verplegingsinrichting is verantwoordelijk voor het opstellen van een concordantietabel "identiteit van de rechthebbende - identificatiecode".

- Lost to follow-up : J N

Gedaan te (*plaats*)

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

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

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 22 juni 2015

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

H. DE RIDDER

G. PERL
