

Art. 2. Modification de la convention collective de travail du 7 novembre 2011

L'article 11 de la convention collective de travail du 7 novembre 2011 relative à l'instauration du "Fonds sectoriel pour le deuxième pilier pour les employés de l'industrie alimentaire" est remplacé par ce qui suit :

"11. Le siège social du "Fonds 2ème pilier CP 220", enregistré sous le numéro BCÉ 0501.915.909, est établi à 1070 Anderlecht, rue de Birmingham 225."

Art. 3. La présente convention collective de travail entre en vigueur le 1^{er} janvier 2015. Elle modifie la convention collective de travail du 7 novembre 2011 relative à l'instauration du "Fonds sectoriel pour le deuxième pilier pour les employés de l'industrie alimentaire", enregistrée sous le numéro 107059/CO/220 et rendue obligatoire par arrêté royal du 20 février 2013 (*Moniteur belge* du 31 mai 2013).

Elle est conclue pour une durée indéterminée et peut être dénoncée par une des parties, moyennant préavis de six mois, notifié par lettre recommandée à la poste adressée au président de la Commission paritaire pour les employés de l'industrie alimentaire et aux organisations qui y sont représentées.

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 23 août 2015.

Le Ministre de l'Emploi,
K. PEETERS

Art. 2. Wijziging van de collectieve arbeidsovereenkomst van 7 november 2011

Artikel 11 van de collectieve arbeidsovereenkomst van 7 november 2011 betreffende de instelling van het "Sectoraal Fonds voor de tweede pijler voor bedienden van de voedingsnijverheid" wordt vervangen door het volgende :

"11. De maatschappelijke zetel van het "Fonds 2de pijler PC 220", geregistreerd onder KBO-nummer 0501.915.909, is gevestigd te 1070 Anderlecht, Birminghamstraat 225."

Art. 3. Deze collectieve arbeidsovereenkomst treedt in werking op 1 januari 2015. Zij wijzigt de collectieve arbeidsovereenkomst van 7 november 2011 betreffende de instelling van het "Sectoraal Fonds voor de tweede pijler voor bedienden van de voedingsnijverheid", geregistreerd onder het nummer 107059/CO/220 en algemeen verbindend verklaard bij koninklijk besluit van 20 februari 2013 (*Belgisch Staatsblad* van 31 mei 2013).

Zij wordt gesloten voor een onbepaalde tijd en kan opgezegd worden door één der partijen mits een opzeggingstermijn van zes maanden, betekend bij een ter post aangetekende brief gericht aan de voorzitter van het Paritair Comité voor de bedienden uit de voedingsnijverheid en aan de organisaties die erin vertegenwoordigd zijn.

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 augustus 2015.

De Minister van Werk,
K. PEETERS

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2015/22293]

13 JUILLET 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 13 juillet 2015,

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, les formulaires C-Form-I-07, C-Form-I-08 et C-Form-I-09 concernant la procédure de demande, auquel il est fait référence au chapitre « C. Oto-rhinolaryngologie » 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} septembre 2015.

Bruxelles, le 13 juillet 2015.

Le Fonctionnaire Dirigeant,
H. DE RIDDER

Le Président,
G. PERL

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2015/22293]

13 JULI 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 13 juli 2015,

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 C-Form-I-07, C-Form-I-08 en C-Form-I-09 met betrekking tot de aanvraagprocedure, waarnaar verwezen in hoofdstuk « C. Oto-rhinolaryngologie » van de lijst toegevoegd. Deze formulieren gaan als bijlage 1 bij deze verordening.

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

Brussel, 13 juli 2015.

De Leidend Ambtenaar,
H. DE RIDDER

De Voorzitter,
G. PERL

C-Form-I-07

Annexe 1 au Règlement du 13 juillet 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 C-Form-I-07

Demande en vue d'obtenir une intervention de l'assurance obligatoire dans le coût d'un implant de l'oreille moyenne avec processeur vocal non implantable (prestation 172336-172340)¹ chez un bénéficiaire avec perte d'audition bilatérale, pour lequel un accord du Collège des médecins-directeurs est nécessaire

(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)

➤ À envoyer :

- Au médecin-conseil qui envoie la demande au Collège des médecins-directeurs (INAMI, à l'attention du président du Collège des médecins-directeurs, Equipe dossiers individuels, Local T554, Avenue de Tervuren 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 e-mail :

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 comprenant une aide auditive complète (comprenant une partie implantable et un processeur vocal non implantable) pour la stimulation de la perception auditive au moyen d'induction de vibration dans une masse électromagnétique, attachée à l'un des osselets de l'oreille moyenne, la fenêtre ovale ou la fenêtre ronde (172336-172340) ».

C-Form-I-07

Demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour un implant de l'oreille moyenne avec processeur vocal externe :

Type de l'appareil demandé :
Code d'identification :

Pour l'oreille gauche / l'oreille droite 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 audiolinguistique et tous les éléments prévus à l'intitulé 2.2. « Indications » de la condition de remboursement C-§09 de la liste.

² Biffer la mention inutile.

C-Form-I-07

LE BENEFICIAIRE NE PEUT PRÉTENDRE À UN APPAREIL AUDITIF CLASSIQUE
--

Date de début et de fin de la période d'essai d'un appareil auditif classique :

Du .../.../20... au .../.../20...

Modèle(s) d'appareil auditif testé(s) pendant la période d'essai :

1. ...
2. ...
3. ...

Raison pour laquelle le bénéficiaire ne semble pas être en mesure, au terme de la période d'essai, de porter régulièrement un appareil auditif classique ou d'en retirer un avantage :

- Problèmes liés à un eczéma chronique
- Problèmes liés à un psoriasis chronique
- Problèmes liés à une otite chronique moyenne
- Problèmes liés à une otite chronique externe
- Problèmes liés à une dermatose
- Surproduction de cérumen
- Autre(s) : ...
- Autre justification ou commentaire par rapport à l'expérience vécue avec un appareil auditif pendant la période d'essai (**OBLIGATOIRE**)

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

Raison médicale empêchant l'utilisation d'un appareil auditif classique, pour lequel aucune période d'essai n'est nécessaire :

- Agénésie ou microtie de l'oreille externe
- Aplasie, atrésie congénitale, otospongiose ou morphologie inhabituelle de l'oreille moyenne
- Sténose du conduit auditif
- Ossiculoplasties multiples de l'oreille moyenne, sans résultat audiologique
- Autre(s) : ...
- Autre commentaire ou justification :

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

Contre-indication pour un BAHA en cas de perte auditive mixte ou conductive

- L'épaisseur de l'os ne permet pas le placement
- La qualité de l'os ne permet pas le placement
- Présence d'une exostose
- Autre(s) : ...
- Autre commentaire ou justification :

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

C-Form-I-07

Conclusion :***Le bénéficiaire n'est pas en mesure d'utiliser un appareil auditif classique***

- Parce qu'il n'en a retiré aucun avantage pendant la période d'essai.*
- Parce qu'il y a une raison médicale clairement motivée, sans période d'essai*

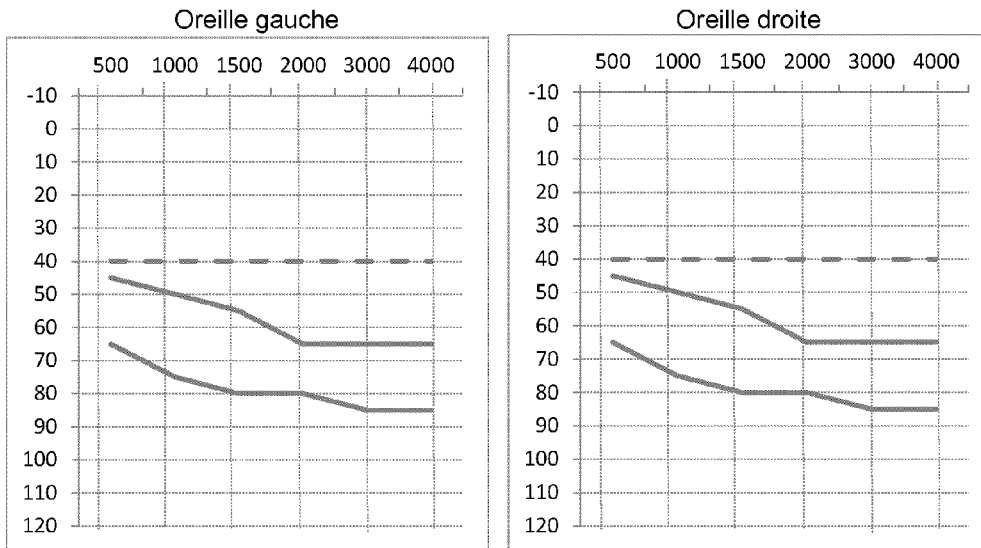
ET:

- Il s'agit d'une surdité de perception*
- Il y a une contre-indication pour u BAHA en cas de perte auditive mixte ou conductive*

C-Form-I-07

RAPPORT AUDIOLOGIQUE

Seuils en conduction aérienne et en conduction osseuse , sans appareil auditif³ :



- Perte auditive bilatérale minimale de minimum 40 dB dans chaque oreille (moyenne des mesures aux fréquences de 1 000, 2 000 et 4 000 Hz)
- En cas de perte auditive perceptive, il est satisfait aux critères suivants de manière bilatérale :
- Des seuils en conduction aérienne jusqu'à 65, 75, 80, 80, 85 et 85 dB HL respectivement à 500, 1000, 1500, 2000, 3000 et 4000 Hz
 - Les écarts dans les seuils de conduction osseuse à 0.5, 1, 2 et 4 kHz n'excèdent pas 10 dB HL entre deux ou plusieurs de ces fréquences
- En cas de perte auditive mixte ou conductive, il est satisfait aux critères suivants de manière bilatérale:
- Des seuils en conduction osseuse jusqu'à 45, 50, 55, 65, 65 et 65 dB HL respectivement à 500, 1000, 1500, 2000, 3000 et 4000 Hz

Conclusion

La perte auditive à l'oreille qui doit être implantée se situe dans la zone audiométrique indiquée.

³ Cf. 2.2.1. ou 2.2.2. de la condition de remboursement C-§09 de la liste.

AUTRES DONNÉES MÉDICALES RELATIVES AU BÉNÉFICIAIRE

- Le bénéficiaire est âgé d'au moins 3 ans.
 - Absence d'infections actives de l'oreille moyenne
 - L'anatomie de l'oreille moyenne permet le placement de la masse électromagnétique sur une structure vibratoire adéquate.
 - Absence de problème cutané empêchant le port du processeur audio.
 - Absence de maladie chronique de l'oreille interne comme les vertiges ou la maladie de Ménière.
 - Pour la perte auditive perceptive :
 - La tympanométrie est normale
 - Le bénéficiaire n'a antérieurement subi aucune chirurgie de l'oreille moyenne
 - Pour la perte auditive mixte ou conductive :
 - Le bénéficiaire ne peut prétendre à une prothèse auditive à ancrage osseux dans l'os temporal (BAHA)
 - L'audition démontre un *air-bone gap* égal ou supérieur à 30 dB
 - Le bénéficiaire n'a bénéficié d'aucune intervention antérieure pour un implant de l'oreille moyenne.
-
- Conclusion : Le bénéficiaire satisfait à toutes ces indications.**
 - Le soussigné déclare que l'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation de l'implant de l'oreille moyenne ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif.⁴**

⁴ Cf. 2.1., condition de remboursement C-§09 de la liste.

C-Form-I-07

Conclusion :

Il est question de perte auditive bilatérale dès qu'il est satisfait à tous les critères de l'intitulé 2 « Critères concernant le bénéficiaire » de la condition de remboursement C-§09.

 OUI ⁵ NON ¹⁰

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. « Implantation » de la condition de remboursement C-§09 de la liste. Le demandeur confirme que l'implant a été posé dans un établissement de soins visé à l'intitulé 1.1. « Implantation » de la condition de remboursement C-§09 de la liste, 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 de la liste.

Engagements :

La demande est conforme à toutes les dispositions de l'intitulé 1. « Critères concernant l'établissement » de la condition de remboursement C-§09 de la liste.

Etabli à (*lieu*)le (*date*)

Nom, prénom, signature et cachet du médecin spécialiste ORL qui pratique l'implantation.

⁵ Biffer la mention inutile.

FORMULAIRE C-Form-I-08

Demande en vue d'obtenir une intervention de l'assurance obligatoire dans le coût d'un remplacement de la partie à implanter d'un implant d'oreille moyenne (prestation 172373-172384 ¹) pour lequel un accord du Collège des médecins-directeurs est nécessaire

(Veuillez remplir ce formulaire en caractère d'imprimerie)

➤ A envoyer au :

- Médecin-conseil, qui envoie la demande au Collège des médecins-directeurs (INAMI, à l'attention du président du Collège des médecins-directeurs, Equipe dossiers individuels, Local T554, Avenue de Tervuren 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 e-mail :

Téléphone (secrétariat du service) :

Identification du bénéficiaire

Nom :

Prénom :

Numéro d'identification du Registre national :

Date de naissance :

Sexe :

Organisme assureur :

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

¹ Comprendre ici un « Remplacement de la partie à implanter d'un implant de l'oreille moyenne pour la stimulation de la perception auditive au moyen d'induction de vibration dans une masse électromagnétique, attachée à l'un des osselets de l'oreille moyenne, la fenêtre ovale ou la fenêtre ronde »

C-Form-I-08

Demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour la partie à implanter d'un implant d'oreille moyenne

Conformément aux dispositions prévues aux intitulés 4.2.1., 4.2.3, 4.3.1. et 5.2.3. de la condition de remboursement C-§09 de la liste, la partie interne d'un implant d'oreille moyenne est demandée pour le bénéficiaire susvisé :

Type de l'appareil explanté :
 Type de l'appareil demandé :
 Code d'identification :

Pour l'oreille gauche / l'oreille droite ²

1. Date de la pose du dernier implant d'oreille moyenne pour lequel une intervention de l'assurance obligatoire a été obtenue via la prestation 172336-172340 (kit complet) ou 172373-172384 (remplacement partie interne):/...../.....

2. Date de la pose du dernier implant d'oreille moyenne pour lequel une intervention de l'assurance n'a pas été obtenue via la prestation 172336-172340 (kit complet) ou 172373-172384 (remplacement partie interne):/...../.....

Les documents de la première implantation démontrant que cette implantation répondait aux critères de la condition de remboursement sont fournis en annexe.

3. Raison du remplacement:

.....

Conclusions ³:

Une intervention de l'assurance obligatoire a été obtenue pour la pose du dernier implant dans la même oreille.

Et :

La date de la pose du dernier implant de l'oreille moyenne était antérieure de plus de 10 ans à celle de la demande actuelle.

La date de la pose du dernier implant de l'oreille moyenne remontait à moins de 10 ans et un rapport médical circonstancié est joint en annexe sur la base duquel une dérogation exceptionnelle de renouvellement anticipé est sollicitée pour des raisons impérieuses.

Il n'y avait pas d'intervention de l'assurance obligatoire pour la pose du dernier implant, il ne s'agit pas d'une implantation contra-latérale et tous les documents démontrant que le bénéficiaire répondait aux indications définies dans l'intitulé « 2.2 Indications » de la condition de remboursement C-§09 de la liste sont joints en annexe.

² Biffer les mentions inutiles

³ Cocher ce qui est en application

C-Form-I-08

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 de la liste 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 de la liste.

Etabli à (*lieu*)à (*date*)/...../.....

Nom, prénom, signature et cachet du médecin spécialiste en ORL

C-Form-I-09

FORMULAIRE C-Form-I-09

Demande en vue d'obtenir une intervention de l'assurance obligatoire dans le coût du remplacement du processeur vocal d'un implant de l'oreille moyenne (prestation 172351-172362) pour lequel un accord du médecin-conseil est nécessaire

(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 e-mail :

Téléphone (secrétariat du service) :

Identification du bénéficiaire

Nom :

Prénom :

Numéro d'identification du Registre national :

Date de naissance :

Sexe :

Organisme assureur :

Demande d'intervention de l'assurance obligatoire pour le remplacement du processeur vocal d'un implant de l'oreille moyenne

Conformément aux dispositions prévues aux intitulés 4.2.2., 4.2.3., 4.3.1. et 5.2.2. de la condition de remboursement C-§09 de la liste, un remplacement d'un processeur vocal d'un implant de l'oreille moyenne est demandé pour le (la) bénéficiaire susmentionné(e) :

Type de l'appareil demandé :

Code d'identification :

Pour l'oreille gauche / l'oreille droite ¹

1. Date de la pose du dernier implant de l'oreille moyenne avec délivrance d'un processeur de la parole ou date de remplacement du dernier processeur vocal pour lequel une intervention de l'assurance obligatoire a été obtenue via la prestation 172336-172340 ou 172351-172362:
...../...../.....

2. Date de la pose du dernier implant de l'oreille moyenne avec délivrance d'un processeur vocal ou date de remplacement du dernier processeur vocal pour lequel une intervention de l'assurance obligatoire n'a pas été obtenue via la prestation 172336-172340 ou 172351-172362:
...../...../.....

Les documents de la 1^{ère} implantation démontrant que cette implantation répondait aux critères de la condition de remboursement sont fournis en annexe.

3. Raison du remplacement (peut être remboursé seulement lorsqu' une raison médicale ou quand l'appareil précédent ne fonctionne plus correctement ²):
.....
.....
.....
.....
.....

Conclusions ³:

- Une intervention de l'assurance obligatoire a été obtenue pour le dernier processeur vocal.
 - La date de l'intervention pour le dernier processeur vocal remontait à plus de 5 ans.
 - La date de la dernière intervention remontait à moins de 5 ans et un rapport médical circonstancié est joint en annexe sur la base duquel une dérogation exceptionnelle de renouvellement anticipé est sollicitée pour des raisons impérieuses.

¹ Biffer les mentions inutiles
² cfr 5.2.2 de la condition de remboursement C-§09 de la Liste
³ Cocher ce qui est en application

C-Form-I-09

- Il n'y avait pas d'intervention de l'assurance obligatoire pour le dernier processeur vocal, mais tous les documents démontrant que le bénéficiaire répondait aux indications définies dans l'intitulé « 2.2. indications » de la condition de remboursement C-§09 de la liste sont joints en annexe.*

Etabli à (*lieu*)le (*date*)/...../.....

Nom, prénom, signature et cachet du médecin spécialiste en ORL

Vu pour être annexé au Règlement du 13 juillet 2015

Le Fonctionnaire Dirigeant,

Le Président,

H. DE RIDDER

G. PERL

C-Form- I-07

Bijlage 1 bij Verordening van 13 juli 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 C-Form-I-07

Aanvraag voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de kosten van een middenoor implantaat met niet te implanteren spraakprocessor (verstrekking 172336-172340)¹ bij een rechthebbende met 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, ter attentie van de voorzitter van de College van geneesheren-directeur, Team individuele dossiers, Lokaal T554, 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 (bestaande uit zowel een te implanteren deel en een niet te implanteren spraakprocessor) voor de stimulatie van geluidswaarneming door middel van het induceren van trillingen in een elektromagnetische massa, bevestigd aan één van de middenoorbeentjes, het ovale of het ronde venster (172336-172340)"

C-Form- I-07

Aanvraag voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor een middenoorimplantaat met een externe spraakprocessor:

Type van het gevraagde toestel :

Identificatiecode :

Voor het Linker / Rechter 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-§09 van de lijst.

² Schrappen wat niet past

DE RECHTHEBBENDE KOMT NIET IN AANMERKING VOOR EEN KLASSIEK HOORAPPARAAT
--

Start en einddatum van de proefperiode van een klassiek hoorapparaat:
Van .../.../20... tot .../.../20...

Model of modellen van hoorapparaat uitgetest tijdens proefperiode:

1. ...
2. ...
3. ...

Reden waarom de rechthebbende na de proefperiode niet in staat blijkt om regelmatig een klassiek hoortoestel te dragen of er voordeel van te ondervinden:

- Problemen omwille van chronische eczeem
- Problemen omwille van chronische psoriasis
- Problemen omwille van chronische otitis media
- Problemen omwille van chronische otitis externa
- Problemen omwille van dermatose
- Overmatige productie van oorsmeer
- Andere: ...
- Verdere verantwoording of commentaar over de ervaring met een hoorapparaat tijdens de proefperiode (**VERPLICHT**)
- ...
- ...
- ...
- ...

Medische reden die het gebruik van een conventioneel hoortoestel verhinderen, waardoor er geen proefperiode nodig is:

- Agenesie of microtia van het externe oor
- Aplasie, congenitale atresie, otospongiose of ongewone morfologie van het middenoor
- Stenose van de gehoorgang
- Meerdere ossiculoplasties op het middenoor, zonder audiologisch resultaat
- Andere: ...
- Verdere commentaar of verantwoording:
- ...
- ...
- ...
- ...

Contra-indicatie voor een BAHA bij gemengd of conductief gehoorverlies:

- Botdikte laat plaatsen niet toe
- Botkwaliteit laat plaatsen niet toe
- Exostose
- Andere: ...
- Verdere commentaar of verantwoording:
- ...
- ...
- ...
- ...

C-Form- I-07

Conclusie:***De rechthebbende is niet in staat een klassiek hoorapparaat te gebruiken***

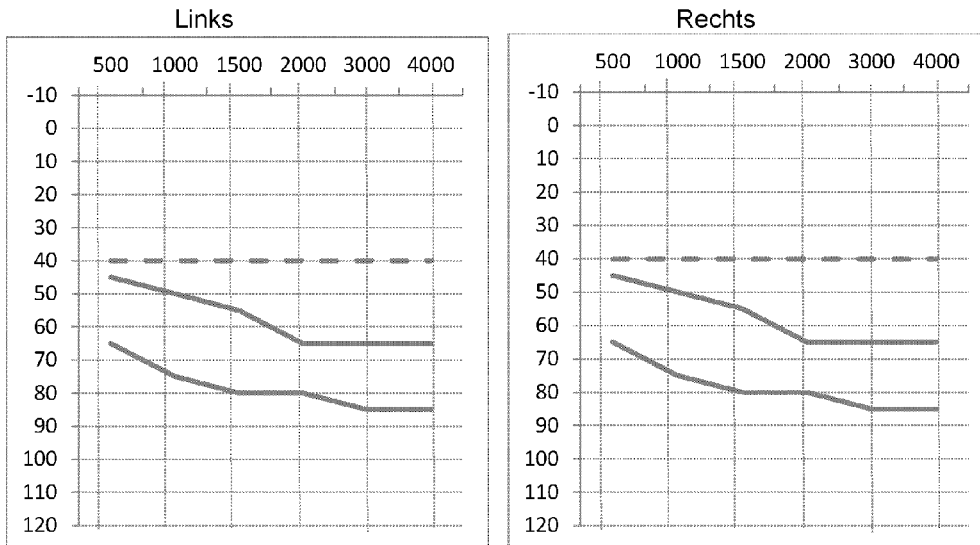
- Omdat de rechthebbende geen voordeel ondervond tijdens een proefperiode.*
- Omdat er een degelijk gemotiveerde medische reden is, zonder proefperiode*

EN:

- Het betreft een perceptief gehoorverlies*
- Er is een contra-indicatie voor een BAHA bij gemengd of conductief gehoorverlies*

AUDIOLOGISCH RAPPORT

Tonale lucht- en beengeleidingsdrempels, zonder hoortoestellen³:



- Er is een minimaal bilateraal gehoorverlies in elk oor van minstens 40 dB (gemiddelde van de metingen tegen de frequenties van 1 000, 2 000 en 4 000 Hertz)
- In het geval van perceptief gehoorverlies is bilateraal voldaan aan:
- Tonale luchtgeleidingsdrempels van maximaal 65, 75, 80, 80, 85 en 85 dB HL bij respectievelijk 500, 1000, 1500, 2000, 3000 en 4000 Hz
 - Verschillen in beengeleidingsdrempels op 0.5, 1, 2 en 4 kHz zijn niet groter dan 10 dB HL tussen 2 of meerdere van deze frequenties
- In het geval van gemengd of conductief gehoorverlies is bilateraal voldaan aan:
- beengeleidingsdrempels van maximaal 45, 50, 55, 65, 65 et 65 dB HL bij respectievelijk 500, 1000, 1500, 2000, 3000 en 4000 Hz
- Conclusie: Het gehoorverlies aan het te implanteren oor valt binnen het opgegeven audiometrisch gebied.**

³ cfr 2.2.1 of 2.2.2 van de vergoedingsvoorwaarde C-§09 van de lijst

C-Form- I-07

VERDERE MEDISCHE GEGEVENS OVER DE RECHTHEBBENDE

- De rechthebbende heeft een leeftijd van minstens 3 jaar
 - Afwezigheid van actieve middenoorinfecties
 - De anatomie van het middenoor maakt plaatsing van de elektromagnetische massa op een adequate vibratoire structuur mogelijk.
 - Geen huidproblemen die het dragen van de audioprocessor verhinderen
 - Geen chronische ziekte van het binnenoor zoals duizeligheid of de ziekte van Menière
 - Voor perceptief gehoorverlies:
 - Er is een normale tympanometrie
 - Rechthebbende heeft vooraf geen middenoorchirurgie ondergaan
 - Voor gemengd of conductief gehoorverlies:
 - De rechthebbende komt niet in aanmerking voor een hoorprothese met beenverankering in het slaapbeen (BAHA)
 - Het gehoor vertoont een air-bone gap van gelijk aan of meer dan 30 dB
 - De rechthebbende heeft geen eerdere tegemoetkoming gehad voor een middenoorimplantaat
-
- Conclusie: De rechthebbende voldoet aan al deze indicaties.**
 - Ondergetekende verklaart dat de algemene toestand van de rechthebbende de implantatie van het middenoor implantaat en het duurzaam en optimaal gebruik van het hulpmiddel toelaten.⁴**

⁴ cf 2.1, vergoedingsvoorwaarde C-§09 van de lijst

Conclusie: er is sprake van een bilateraal gehoorverlies waarbij aan alle criteria van het punt 2 “Criteria betreffende de rechthebbende” van de vergoedingsvoorwaarde C-§09 wordt voldaan.

JA ⁵

NEEN ¹⁰

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 “Implantatie” van de vergoedingsvoorwaarde C-§09 van de lijst. De aanvrager bevestigt dat de implantatie werd uitgevoerd in een verpleeginstelling zoals bedoeld in het opschrift 1.1. “Implantatie” van de vergoedingsvoorwaarde C-§09 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.

Verbindenissen:

De aanvraag is conform alle bepalingen van het opschrift 1 “Criteria betreffende de inrichting” van de vergoedingsvoorwaarde C-§09 van de lijst.

Gedaan te *(plaats)*

op *(datum)*

Naam, voornaam, handtekening en stempel van de geneesheer-specialist voor ORL die de implantatie uitvoert

⁵ *schrappen wat niet past*

C-Form-I-08

FORMULIER C-Form-I-08

Aanvraag voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de kosten een vervanging van het te implanteren deel van een middenoorimplantaat (verstrekking 172373-172384 ¹) 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, ter attentie van de voorzitter van de College van geneesheren-directeur, Team individuele dossiers, Lokaal T554, 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 "Vervanging van het te implanteren deel van een middenoor implantaat voor de stimulatie van geluidswaarneming door middel van het induceren van trillingen in een elektromagnetische massa, bevestigd aan één van de middenoorbeentjes, het ovale of het ronde venster"

Aanvraag voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor het te implanteren deel voor een middenoor implantaat

Overeenkomstig de bepalingen voorzien in het opschriften 4.2.1., 4.2.3, 4.3.1. en 5.2.3. van de vergoedingsvoorwaarde C-§09 van de lijst wordt voor de bovengenoemde rechthebbende het interne deel van een middenoor implantaat aangevraagd :

Type van het geëxplanteerde toestel:
 Type van het gevraagde toestel :
 Identificatiecode :

Voor het Linker / Rechter oor ²

1. Datum vorige middenoor implantatie, waarvoor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering bekomen was bij wijze van verstrekking 172336-172340 (volledige kit) of 172373-172384 (vervanging interne deel):
/...../.....

2. Datum vorige middenoor implantatie, waarvoor een verzekeringstegemoetkoming niet bekomen was bij wijze van verstrekking 172336-172340 (volledige kit) of 172373-172384 (vervanging interne deel):
/...../.....

De documenten met de eerste implantatie die aantonen dat deze implantatie aan de criteria van de vergoedingsvoorwaarde voldoen bevinden zich in bijlage.

3. Reden van vervanging:

.....

Conclusies ³:

Er was een tegemoetkoming van de verplichte verzekering bekomen voor de vorige implantatie in hetzelfde oor

En:

De datum van de vorige middenoor implantatie was meer dan 10 jaar voor de datum van implantatie van de huidige aanvraag.

De datum van de vorige middenoor implantatie was minder dan 10 jaar geleden en in bijlage is een omstandig medisch verslag op basis waarvan een uitzonderlijke derogatie gevraagd wordt voor de voortijdige vervanging om dringende redenen.

Er was geen tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor de vorige implantatie, dit betreft geen contralaterale implantatie en alle documenten die aantonen dat de rechthebbende voldeed aan de indicaties zoals beschreven in het opschrift "2.2 Indicaties" van de vergoedingsvoorwaarde C-§09 van de lijst, zijn in bijlage.

² Schrappen wat niet past

³ Aanvinken wat van toepassing is

C-Form-I-08

Voorliggende aanvraag gaat uit van de implanterend geneesheer-specialist, gebaseerd op gegevens van een verpleeginrichting 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.

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

Naam, voornaam, handtekening en stempel van de geneesheer-specialist voor ORL

FORMULIER C-Form-I-09

Aanvraag voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de kosten van een vervanging van de spraakprocessor van een middenoor implantaat (verstrekking 172351-172362) en waarvoor een akkoord van de adviserend geneesheer vereist is

(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)

- Te versturen naar adviserend geneesheer

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:

C-Form-I-09

Aanvraag voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor de vervanging van de spraakprocessor van een middenoor implantaat

Overeenkomstig de bepalingen voorzien in het opschrift 4.2.2., 4.2.3., 4.3.1. en 5.2.2. van de vergoedingsvoorwaarde C-§09 van de lijst wordt voor de bovengenoemde rechthebbende een vervanging van een spraakprocessor van een middenoor implantaat aangevraagd :

Type van het gevraagde toestel :
 Identificatiecode :

Voor het Linker / Rechter oor ¹

1. Datum vorige middenoor implantatie met aflevering van een spraakprocessor of datum van vervanging van de vorige spraakprocessor, waarvoor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering bekomen is bij wijze van verstrekking 172336-172340 of 172351-172362:
/...../.....

2. Datum vorige middenoor implantatie met aflevering van een spraakprocessor of datum van vervanging van de vorige spraakprocessor, waarvoor geen tegemoetkoming van de verplichte verzekering bekomen is bij wijze van verstrekking 172336-172340 of 172351-172362:
/...../.....

- De documenten met de eerste implantatie die aantonen dat deze implantatie aan de criteria van de vergoedingsvoorwaarde voldoen bevinden zich in bijlage.

3. Reden van vervanging (mag enkel toegekend worden omwille van een medische reden of wanneer het vorige toestel niet langer correct functioneert ²):

.....

Conclusies ³:

- Er was een tegemoetkoming van de verplichte verzekering bekomen voor de vorige spraakprocessor, en*
- De datum van de tegemoetkoming voor de vorige spraakprocessor was meer dan 5 jaar geleden.*
- De datum van de vorige tegemoetkoming was minder dan 5 jaar geleden en in bijlage is een omstandig medisch verslag op basis waarvan een uitzonderlijke derogatie gevraagd wordt voor de voortijdige vervanging om dringende redenen.*

¹ Schrappen wat niet past

² cfr 5.2.2 van de vergoedingsvoorwaarde C-§09 van de lijst

³ Aanvinken wat van toepassing is

C-Form-I-09

- Er was geen tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor de vorige spraakprocessor, maar alle documenten die aantonen dat de rechthebbende voldeed aan de indicaties zoals beschreven in het opschrift "2.2 Indicaties" van de vergoedingsvoorwaarde C-§09 van de lijst zijn, zijn in bijlage.*

Gedaan te (plaats)

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

Naam, voornaam, handtekening en stempel van de geneesheer-specialist voor ORL

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 13 juli 2015

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

H. DE RIDDER

G. PERL