

Art. 6. De bepalingen van dit besluit zijn van toepassing op de pensioenen die daadwerkelijk en voor de eerste maal ten vroegste ingaan op 1 juli 2017.

Art. 7. Dit besluit treedt in werking op 1 juli 2017.

Art. 8. De minister bevoegd voor Pensioenen is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 21 juli 2016.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Pensioenen

D. BACQUELAINE

Art. 6. Les dispositions du présent arrêté sont applicables aux pensions qui prennent cours effectivement et pour la première fois au plus tôt le 1^{er} juillet 2017.

Art. 7. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} juillet 2017.

Art. 8. Le ministre qui a les Pensions dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 21 juillet 2016.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre des Pensions

D. BACQUELAINE

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2016/22273]

20 JUNI 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 20 juni 2016,

Besluit :

Artikel 1. In de bijlage VII 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 F-Form-II-03 met betrekking tot de criteria voor de verplegingsinstelling, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" van de lijst, vervangen door het formulier dat gaat als bijlage 1 bij deze verordening.

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

Brussel, 20 juni 2016.

De Leidend Ambtenaar,

H. DE RIDDER

De Voorzitter,

J. VERSTRAETEN

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2016/22273]

20 JUIN 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 prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 22, 11°;

Vu l'annexe I de l'Arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 20 juin 2016,

Arrête :

Article 1^{er}. A l'annexe VII 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 F-Form-II-03 concernant les critères pour les établissements hospitaliers, auxquels il est fait référence au chapitre « F. Chirurgie thoracique et cardiologie » de la liste, est remplacé par le formulaire qui suit en annexe 1 de ce règlement.

Art. 2. Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} mars 2016.

Bruxelles, le 20 juin 2016.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. DE RIDDER

Le Président,

J. VERSTRAETEN

Bijlage 1 bij Verordening van 20 juni 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 mitralisklepbladen ter behandeling van mitralisklepregitatie, 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 :

F-Form-II-03

Versie 2

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 -2012-2013-2014 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
2012			
2013			
2014			
Totaal			

- De waarde in de cel rechts-onder in de tabel is ≥ 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.

F-Form-II-03
Versie 2**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 cardiochirurg 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:

F-Form-II-03
Versie 2

Artsen die kunnen deelnemen aan het multidisciplinair overleg, zoals bepaald in het punt 2.1 van de vergoedingsvoorwaarde F-§19.

Verplegingsinrichting	Naam	RIZIV nummer	Specialisatie (*)	E-mail adres

(*) interventionele cardioloog, cardiothoracale chirurg, cardioloog, geriater, cardioloog met ervaring in hartfalen.

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

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 20 juni 2016.

De Leidend Ambtenaar,
H. DE RIDDER

De Voorzitter,
J. VERSTRAETEN

F-Form-II-03
Version 2

Annexe 1 au Règlement du 20 juin 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

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^{er} 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 postal doit être envoyé):

Rue et numéro:

Code postal 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 2012-2013-2014 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
2012			
2013			
2014			
Total			

- La valeur dans la cellule en bas à droite dans le tableau est ≥ 1800 (= 600 en moyenne pour 3 ans)

F-Form-II-03
Version 2**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 au 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'un échographe transœsophagien ;
- 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 :

F-Form-II-03
Version 2

Médecins qui pourront participer à la concertation multidisciplinaire, comme stipulé au point 2.1 de la condition de remboursement F-§19

Etablissement hospitalier	Nom et prénom	Numéro INAMI	Spécialisation (*)	adresse e-mail

(*) cardiologue interventionnel, cardiologue, chirurgien cardiaque, gériatre, cardiologue avec une expérience en insuffisance cardiaque.

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

Vu pour être annexé au Règlement du 20 juin 2016.

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. DE RIDDER

Le Président,

J. VERSTRAETEN