

WETTEN, DECRETEN, ORDONNANTIES EN VERORDENINGEN LOIS, DECRETS, ORDONNANCES ET REGLEMENTS

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2016/22423]

19 SEPTEMBER 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 19 september 2016,

Besluit :

Artikel 1. In 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, zoals gewijzigd door de verordeningen van 17 november 2014, 8 december 2014, 16 maart 2015, 20 april 2015, 22 juni 2015, 13 juli 2015, 7 september 2015, 26 oktober 2015, 11 januari 2016, 14 maart 2016, 11 april 2016, 2 mei 2016, 30 mei 2016 en 20 juni 2016, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- 1° In bijlage I worden de formulieren B-Form-I-02, B-form-I-03, B-form-I-04, B-form-I-05, B-form-I-07 en B-Form-I-08 waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "B. Neurochirurgie" van de lijst, vervangen door de formulieren B-Form-I-02, B-form-I-03, B-form-I-04, B-form-I-05, B-form-I-07 en B-Form-I-08, gevoegd in bijlage I bij deze verordening.
- 2° In bijlage III worden de formulieren C-Form-I-01, C-Form-I-02, C-Form-I-03, C-Form-I-04, C-Form-I-06, C-Form-I-07 en C-Form-I-08 waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "C. Oto-rhinolaryngologie" van de lijst, vervangen door de formulieren C-Form-I-01, C-Form-I-02, C-Form-I-03, C-Form-I-04, C-Form-I-06, C-Form-I-07 en C-Form-I-08, gevoegd in bijlage II bij deze verordening.
- 3° In bijlage V wordt het formulier E-Form-I-01 waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "E. Heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel" van de lijst, vervangen door het formulier E-Form-I-01, gevoegd in bijlage III bij deze verordening.
- 4° In bijlage VI wordt het formulier F-Form-I-05 waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" van de lijst, vervangen door het formulier F-Form-I-05, gevoegd in bijlage IV bij deze verordening.
- 5° In bijlage VIII worden de formulieren G-Form-I-04, G-Form-I-05 en G-Form-I-06, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "G. Bloedvatenheelkunde" van de lijst, vervangen door de formulieren G-Form-I-04, G-Form-I-05 en G-Form-I-06, gevoegd in bijlage V bij deze verordening.
- 6° In bijlage X worden de formulieren L-Form-I-05, L-Form-I-06 en L-Form-I-07, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "L. Orthopedie en traumatologie" van de lijst, vervangen door de formulieren L-Form-I-05, L-Form-I-06 en L-Form-I-07, gevoegd in bijlage VI bij deze verordening.

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

Brussel,

De Leidend Ambtenaar,
H. DE RIDDER

De Voorzitter,
J. VERSTRAETEN

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2016/22423]

19 SEPTEMBRE 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 19 septembre 2016,

Arrête :

Article 1^{er}. Au 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, comme modifié par les règlements de 17 novembre 2014, 8 décembre 2014, 16 mars 2015, 20 avril 2015, 22 juin 2015, 13 juillet 2015, 7 septembre 2015, 26 octobre 2015, 11 janvier 2016, 14 mars 2016, 11 avril 2016, 2 mai 2016, 30 mai 2016 et 20 juin 2016, les modifications suivantes sont apportées :

- 1° A l'annexe I, les formulaires B-Form-I-02, B-form-I-03, B-form-I-04, B-form-I-05, B-form-I-07 et B-Form-I-08, auxquels il est fait référence au chapitre "B. Neurochirurgie" de la liste, sont remplacés par les formulaires B-Form-I-02, B-form-I-03, B-form-I-04, B-form-I-05, B-form-I-07 et B-Form-I-08, joints en annexe I du présent règlement.
- 2° A l'annexe III, les formulaires C-Form-I-01, C-Form-I-02, C-Form-I-03, C-Form-I-04, C-Form-I-06, C-Form-I-07 et C-Form-I-08, auxquels il est fait référence au chapitre "C. Oto-rhinolaryngologie" de la liste, sont remplacés par les formulaires C-Form-I-01, C-Form-I-02, C-Form-I-03, C-Form-I-04, C-Form-I-06, C-Form-I-07 et C-Form-I-08, joints en annexe II du présent règlement.
- 3° A l'annexe V, le formulaire E-Form-I-01, auquel il est fait référence au chapitre "E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive" de la liste, est remplacé par le formulaire E-Form-I-01, joint en annexe III du présent règlement.
- 4° A l'annexe VI, le formulaire F-Form-I-05, auxquels il est fait référence au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste, est remplacé par le formulaire F-Form-I-05, joint en annexe IV du présent règlement.
- 5° A l'annexe VIII, les formulaires G-Form-I-04, G-Form-I-05 et G-Form-I-06, auxquels il est fait référence au chapitre "G. Chirurgie vasculaire" de la liste, sont remplacés par les formulaires G-Form-I-04, G-Form-I-05 et G-Form-I-06, joints en annexe V du présent règlement.
- 6° A l'annexe X, les formulaires L-Form-I-05, L-Form-I-06 et L-Form-I-07, auxquels il est fait référence au chapitre "L. Orthopédie et traumatologie" de la liste, sont remplacées par les formulaires L-Form-I-05, L-Form-I-06 et L-Form-I-07, joints en annexe VI du présent règlement.

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

Bruxelles, le

Le Fonctionnaire Dirigeant,
H. DE RIDDER

Le Président,
J. VERSTRAETEN

B-Form-I-02
Versie 2**FORMULIER B-Form-I-02****Notificatie voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor de verstrekkingen betreffende de ingeplante neurostimulator bij de ziekte van Parkinson***(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)*

- Te versturen naar de adviserend geneesheer binnen de 90 kalenderdagen na de implantatie.

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 :

E-mailadres :

Telefoon (secretariaat dienst) :

Identificatie van de rechthebbende

Naam :

Voornaam :

Identificatienummer van het Rijksregister :

Geboortedatum :

Geslacht :

Verzekeringsinstelling:

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

Overeenkomstig de bepalingen van de vergoedingsvoorwaarde B-§03 van de lijst word(t)en de hieronder vermelde verstrekkingen voor deze rechthebbende gevraagd.

Het bewegingsstoornissen team (BST) bevestigt dat de rechthebbende ernstig belemmerd is in zijn dagelijkse levensverrichtingen en voldoet aan de inclusie- en exclusiecriteria voorzien in de lijst. *(gelieve aan te kruisen)*

- Het gaat om een medicamenteus uitbehandelde rechthebbende die minstens 3 jaar orale anti-Parkinson medicatie heeft genomen.

De rechthebbende vertoont geen:

- acute depressieve/gemengde/psychotische/(hypo)manische episode of delirium die niet te wijten is aan dopaminerge antiparkinsonmedicatie;
- aan een middel gebonden stoornissen waardoor een correct gebruik van het toestel niet mogelijk is of waarbij een systematische medische follow-up niet mogelijk is;
- andere ernstige psychiatrische stoornis waardoor een correct gebruik van het toestel niet mogelijk is of waarbij een systematische medische follow-up niet mogelijk is of waarbij de implantatie de psychiatrische stoornis kan verergeren;
- dementie.

Gevraagde verstrekkingen (aan te kruisen)

Niet-heroplaadbare neurostimulator

- 151454 - 151465 Eerste ingeplante niet-heroplaadbare neurostimulator(en) bij de ziekte van Parkinson, voor unilaterale stimulatie (één kanaal)
- 151476 - 151480 Eerste ingeplante niet-heroplaadbare neurostimulator(en) bij de ziekte van Parkinson, voor bilaterale stimulatie (twee kanalen)
- 151535-151546 Ingeplante niet-heroplaadbare vervangingsneurostimulator bij de ziekte van Parkinson, voor unilaterale stimulatie (één kanaal)
- 151550-151561 Ingeplante niet-heroplaadbare vervangingsneurostimulator bij de ziekte van Parkinson, voor bilaterale stimulatie (twee kanalen)
- 151616-151620 Ingeplante niet-heroplaadbare vervangingsneurostimulator bij de ziekte van Parkinson, voor unilaterale stimulatie (één kanaal), in geval van voortijdige vervanging
- 151631-151642 Ingeplante niet-heroplaadbare vervangingsneurostimulator bij de ziekte van Parkinson, voor bilaterale stimulatie (twee kanalen), in geval van voortijdige vervanging

Heroplaadbare neurostimulator

- 151690-151701 Eerste ingeplante heroplaadbare neurostimulator(en) bij de ziekte van Parkinson
- 151734-151745 Ingeplante heroplaadbare vervangingsneurostimulator bij de ziekte van Parkinson
- 151771 - 151782 Ingeplante heroplaadbare vervangingsneurostimulator bij de ziekte van Parkinson, in geval van voortijdige vervanging

B-Form-I-02
Versie 2**Elektrode**

- 151815-151826 Ingeplante elektrode voor neurostimulatie bij de ziekte van Parkinson of bij essentiële tremor
- 151830-151841 Ingeplante vervangingselektrode voor neurostimulatie bij de ziekte van Parkinson of bij essentiële tremor
- 151852-151863 Elektrode in geval van negatieve proefstimulatie bij de ziekte van Parkinson of bij essentiële tremor

Extensie

- 151874-151885 Ingeplante extensie voor neurostimulatie bij de ziekte van Parkinson of bij essentiële tremor
- 151896-151900 Ingeplante vervangingsextensie voor neurostimulatie bij de ziekte van Parkinson of bij essentiële tremor

Patiëntenprogrammeerapparaat

- 151911-151922 Patiëntenprogrammeerapparaat voor neurostimulatie bij de ziekte van Parkinson of bij essentiële tremor
- 151933-151944 Vervangingspatiëntenprogrammeerapparaat voor neurostimulatie bij de ziekte van Parkinson of bij essentiële tremor

Lader

- 151955-151966 Lader voor heroplaadbare neurostimulator bij de ziekte van Parkinson of bij essentiële tremor
- 151970-151981 Vervangingslader voor heroplaadbare neurostimulator bij de ziekte van Parkinson of bij essentiële tremor

NeurostimulatorBetrokken hersenhelft* *: Rechts – Links (*het overbodige schrappen*)Naam en identificatiecode van het ingeplante apparaat:.....
.....

Datum van de implantatie:...../...../.....

In geval van vervanging

Datum van de eerste implantatie:...../...../.....

* De verstrekkingen 151454-151465, 151476-151480 en 151690-151701, kunnen slechts éénmaal per hersenhelft geattesteerd worden.

Reden van de vervanging:

- end of life
- infectie
- andere, te specificëren:.....

Het bewegingsstoornissen team (BST) bevestigt dat de documenten en videoregistraties, waaruit blijkt dat voldaan is aan voorwaarden, in het dossier van de rechthebbende bewaard worden en aan de adviserend geneesheer zullen worden toegezonden op diens verzoek.

Gedaan te (*plaats*)

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

Naam, voornaam, handtekening en stempel van de aanwezige leden tijdens de vergadering BST:

B-Form-I-03
Versie 2**FORMULIER B-Form-I-03****Notificatie voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor de verstrekkingen betreffende de ingeplante neurostimulator bij essentiële tremor***(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)*

- Te versturen naar de adviserend geneesheer binnen de 90 kalenderdagen na de implantatie.

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 :/...../.....

Overeenkomstig de bepalingen van de vergoedingsvoorwaarde B-§03 van de lijst word(t)(en) de hieronder vermelde verstrekkingen voor deze rechthebbende gevraagd.

Het bewegingsstoornissen team (BST) bevestigt dat de rechthebbende ernstig belemmerd is in zijn dagelijkse levensverrichtingen en voldoet aan de inclusie- en exclusiecriteria voorzien in de lijst. *(gelieve aan te kruisen)*

- Het gaat om een medicamenteus uitbehandelde rechthebbende die aan essentiële tremor lijdt

De rechthebbende vertoont geen:

- acute gemengde/psychotische/(hypo)manische episode of delirium die niet te wijten is aan dopaminerge antiparkinsonmedicatie;
- aan een middel gebonden stoornissen waardoor een correct gebruik van het toestel niet mogelijk is of waarbij een systematische medische follow-up niet mogelijk is;
- andere ernstige psychiatrische stoornis waardoor een correct gebruik van het toestel niet mogelijk is of waarbij een systematische medische follow-up niet mogelijk is of waarbij de implantatie de psychiatrische stoornis kan verergeren;
- dementie.

Gevraagde verstrekkingen (aan te kruisen)

Niet-heroplaadbare neurostimulator

- 151491-151502 Eerste ingeplante niet-heroplaadbare neurostimulator(en) bij essentiële tremor, voor unilaterale stimulatie (één kanaal)
- 151513-151524 Eerste ingeplante niet-heroplaadbare neurostimulator(en) bij essentiële tremor, voor bilaterale stimulatie (twee kanalen)
- 151572-151583 Ingeplante niet-heroplaadbare vervangingsneurostimulator bij essentiële tremor, voor unilaterale stimulatie (één kanaal)
- 151594-151605 Ingeplante niet-heroplaadbare vervangingsneurostimulator bij essentiële tremor, voor bilaterale stimulatie (twee kanalen)
- 151653-151664 Ingeplante niet-heroplaadbare vervangingsneurostimulator bij essentiële tremor, voor unilaterale stimulatie (één kanaal), in geval van voortijdige vervanging
- 151675-151686 Ingeplante niet-heroplaadbare vervangingsneurostimulator bij essentiële tremor, voor bilaterale stimulatie (twee kanalen), in geval van voortijdige vervanging

Heroplaadbare neurostimulator

- 151712 - 151723 Eerste ingeplante heroplaadbare neurostimulator(en) bij essentiële tremor
- 151756 - 151760 Ingeplante heroplaadbare vervangingsneurostimulator bij essentiële tremor
- 151793 - 151804 Ingeplante heroplaadbare vervangingsneurostimulator bij essentiële tremor, in geval van voortijdige vervanging

B-Form-I-03
Versie 2**Elektrode**

- 151815-151826 Ingeplante elektrode voor neurostimulatie bij de ziekte van Parkinson of bij essentiële tremor
- 151830-151841 Ingeplante vervangingselektrode voor neurostimulatie bij de ziekte van Parkinson of bij essentiële tremor
- 151852-151863 Elektrode in geval van negatieve proefstimulatie bij de ziekte van Parkinson of bij essentiële tremor

Extensie

- 151874-151885 Ingeplante extensie voor neurostimulatie bij de ziekte van Parkinson of bij essentiële tremor
- 151896-151900 Ingeplante vervangingsextensie voor neurostimulatie bij de ziekte van Parkinson of bij essentiële tremor

Patiëntenprogrammeerapparaat

- 151911-151922 Patiëntenprogrammeerapparaat voor neurostimulatie bij de ziekte van Parkinson of bij essentiële tremor
- 151933-151944 Vervangingspatiëntenprogrammeerapparaat voor neurostimulatie bij de ziekte van Parkinson of bij essentiële tremor

Lader

- 151955-151966 Lader voor heroplaadbare neurostimulator bij de ziekte van Parkinson of bij essentiële tremor
- 151970-151981 Vervangingslader voor heroplaadbare neurostimulator bij de ziekte van Parkinson of bij essentiële tremor

NeurostimulatorBetrokken hersenhelft* *: Rechts – Links (*het overbodige schrappen*)Naam en identificatiecode van het ingeplante apparaat:.....
.....

Datum van de implantatie:...../...../.....

In geval van vervanging

Datum van de eerste implantatie:/...../.....

* De verstrekkingen 151491-151502, 151513-151524 en 151712-151723 kunnen slechts eenmaal per hersenhelft geattesteerd worden.

Reden van de vervanging:

- end of life
- infectie
- andere, te specificëren:.....

Het bewegingsstoornissen team (BST) bevestigt dat de documenten en videoregistraties, waaruit blijkt dat voldaan is aan voorwaarden, in het dossier van de rechthebbende bewaard worden en aan de adviserend geneesheer zullen toegezonden worden op diens verzoek.

Gedaan te (*plaats*)

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

Naam, voornaam, handtekening en stempel van de aanwezige leden tijdens de vergadering BST:

B-Form-I-04
Versie 2

FORMULIER B-Form-I-04

Aanvraagformulier voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor de verstrekking 170892-170903/ 170914-170925 : eerste niet-heroplaadbare neurostimulator voor stimulatie van de nervus vagus in geval van refractaire epilepsie (of vervanging van een niet-heroplaadbare neurostimulator waarvoor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging geen tegemoetkoming heeft verleend)

(Gelieve dit formulier in drukletters in te vullen)

- *Terug te sturen VÓÓR IMPLANTATIE aan:*
- *het College van Geneesheren-directeurs (RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 BRUSSEL)*

Identificatiegegevens van de verpleeginrichting/geneesheer-specialist

Naam van de verpleeginrichting:

RIZIV-identificatienummer van de verpleeginrichting: 710.....

Naam en voornaam van de geneesheer-specialist:

RIZIV-nummer van de geneesheer-specialist:

E-mailadres:

Telefoon (secretariaat van de dienst):

Identificatiegegevens van de rechthebbende

Naam:

Voornaam:

Geboortedatum:

Rijksregisternummer:

Geslacht:

Adres:

.....

Identificatiegegevens van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende

Naam van de verzekeringsinstelling:

Adres:

Neurostimulator

Datum van de vorige implantatie (enkel in te vullen in geval van vervanging van een niet-terugbetaald hulpmiddel):/...../.....

Medische gegevens

1. Aard van de aanvallen: partieel/gegeneraliseerd

2. Farmacologische behandeling

a. Huidige behandeling:

| GENEESMIDDEL | DOSIS/DAG | BEGINDATUM van die BEHANDELING (één geneesmiddel of combinatietherapie)* |
|--------------|-----------|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

b. Vorige behandelingen:

| GENEESMIDDEL | DOSIS/DAG | SINDS...* | TOT...* |
|--------------|-----------|-----------|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

*: als de datum niet gekend is, gelieve dit te vermelden en indien mogelijk een datum bij benadering in te vullen

3. De rechthebbende heeft al resectiechirurgie ondergaan voor de behandeling van refractaire epilepsie: ja/nee

Indien ja: vermeld de datum van de ingreep:

4. Wordt de patiënt behandeld met DBS voor zijn epilepsie: ja/nee

Indien ja, vermeld de datum van de primo-implantatie:.....

6. Conclusie van de multidisciplinaire bespreking:

De rechthebbende komt in aanmerking voor epilepsiechirurgie voor de behandeling van refractaire epilepsie: ja/nee

Als de rechthebbende niet in aanmerking komt, leg uit waarom (op basis van klinische, anatomische, psychiatrische gegevens,...):

- Bitemporale epilepsie
- Epileptogene zone in de buurt van de functionele zones
- Mesiotemporale epilepsie bij een patiënt zonder geheugenproblemen
- Niet-overtuigende WADA-test
- Andere:...

7. Het multidisciplinair team bevestigt dat de patiënt aan alle vergoedingsvoorwaarden voldoet (cf. inclusie- en exclusiecriteria B-§08, punt 2).

Opgesteld te *(plaats)*

op *(datum)*

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

B-Form-I-05
Versie 2**FORMULIER B-Form-I-05**

Aanvraagformulier voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor de verstrekkingen betreffende de vervanging van een ingeplante niet-heroplaadbare neurostimulator voor stimulatie van de nervus vagus in geval van refractaire epilepsie

(Gelieve dit formulier in drukletters in te vullen)

- *Terug te sturen NA IMPLANTATIE aan:*
- *het College van Geneesheren-directeurs
(RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 BRUSSEL)*

Identificatiegegevens van de verpleeginrichting/geneesheer-specialist

Naam van de verpleeginrichting:

RIZIV-identificatienummer van de verpleeginrichting: 710_ _ _ _ _

Naam en voornaam van de geneesheer-specialist:

RIZIV-nummer van de geneesheer-specialist:

E-mailadres:

.....

Telefoon (secretariaat van de dienst):

Identificatiegegevens van de rechthebbende

Naam:

Voornaam:

Rijksregisternummer:

Geboortedatum:

Geslacht:

Ziekenfonds:

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

Overeenkomstig de bepalingen van de vergoedingsvoorwaarde B-§08 van de lijst wordt voor die rechthebbende de onderstaande verstrekking(en) gevraagd.

Gevraagde verstrekking *aanvinken*

Niet-heroplaadbare neurostimulator

- 170936-170940/170951-170962: Ingeplante niet-heroplaadbare vervangingsneurostimulator voor stimulatie van de nervus vagus in geval van refractaire epilepsie
- 170973-170984/170995-171006: Ingeplante niet-heroplaadbare vervangingsneurostimulator voor stimulatie van de nervus vagus in geval van refractaire epilepsie, naar aanleiding van een voortijdige vervanging

Naam van het te vervangen hulpmiddel:.....

Identificatienummer van het te vervangen hulpmiddel:

Datum van de implantatie van het te vervangen hulpmiddel :.....

Naam van het vervangende hulpmiddel :.....

Identificatienummer van het vervangende hulpmiddel:

Reden voor de vervanging:

- End-of-life
- Infectie
- Ander:...

Het multidisciplinair team bevestigt dat de documenten waaruit blijkt dat aan de voorwaarden is voldaan, in het dossier van de rechthebbende worden bewaard en naar het College van Geneesheren-directeuren zullen worden verzonden, als het daarom verzoekt.

Opgesteld te (*plaats*):

Op (*datum*):/...../.....

Handtekening en stempel van de epileptoloog:

B-Form-I-07
Versie 2**FORMULIER B-Form-I-07**

Aanvraagformulier voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor de verstrekking 171496-171500, 171555-171566, 171614-171625, 171673-171684, 171710-171721, 171754-171765 en 171791-171802:

(Gelieve dit formulier in drukletters in te vullen)

- Te versturen VÓÓR IMPLANTATIE naar:
- het College van Geneesheren-directeurs
(RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 BRUSSEL)

Identificatiegegevens van de verpleeginrichting/geneesheer-specialist

Naam van de verpleeginrichting:

RIZIV-identificatienummer van de verpleeginrichting: 710_ _ _ _ _

Naam en voornaam van de geneesheer-specialist:

RIZIV-nummer van de geneesheer-specialist:

E-mailadres:

Telefoon (secretariaat van de dienst):

Identificatiegegevens van de rechthebbende

Naam:

Voornaam:

Identificatienummer van het Rijksregisternummer:

Geboortedatum:

Geslacht:

Verzekeringsinstelling:

Datum van de vorige implantatie (enkel in te vullen in geval van vervanging van een niet-terugbetaald hulpmiddel):/...../.....

Medische gegevens

1. Aard van de aanvallen: focaal/gegeneraliseerd
2. Diagnostiek van epilepsie gedaan in: (jaar invullen)
Diagnostiek van refractaire epilepsie gedaan in:..... (jaar invullen)
3. Frequentie en ernst (volgens de National Hospital Seizure Severity Scale NHS3) van de aanvallen:
4. Farmacologische behandeling
 - a. Huidige behandeling:

| GENEESMIDDEL | DOSIS/DAG | BEGIN DATUM van deze BEHANDELING (één geneesmiddel of combinatietherapie)* |
|--------------|-----------|--|
| | | |
| | | |
| | | |

- b. Vorige behandelingen:

| GENEESMIDDEL | DOSIS/DAG | SINDS...* | TOT...* |
|--------------|-----------|-----------|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

.: als de datum niet gekend is, gelieve dit te verduidelijken en indien mogelijk een datum in te vullen bij benadering

5. Aantal hospitalisaties tijdens het laatste jaar: ...
Aantal consultaties tijdens het laatste jaar:
Aantal bezoeken op de spoed tijdens het laatste jaar:.....
6. De rechthebbende heeft al chirurgie voor epilepsie ondergaan voor de behandeling van refractaire epilepsie: ja/nee
Indien ja: vermeld de datum van de ingreep:
7. Prechirurgische evaluatie (voor elk onderzoek, samenvatting en conclusie):
 - a. Video-EEG opname van lange duur met registratie van de aanvallen

B-Form-I-07
Versie 2

- b. Hoge-resolutie-MRI van de hersenen

- c. FDG-PET van de hersenen

- d. Neuropsychologische evaluatie die de volgende gegevens bevat:
 - i. IQ

 - ii. Geheugenfunctie

 - iii. Frontale executieve functies

- e. Psychiatrische evaluatie (samenvatting van de onderzoeken en besluit)
 - i. Beck depression inventory

 - ii. QoLIE-31

 - iii. Andere bemerkingen met betrekking tot de psychiatrische evaluatie:

8. Besluit van de multidisciplinaire bespreking:

De rechthebbende komt in aanmerking voor chirurgie voor epilepsie voor de behandeling van refractaire epilepsie: ja/nee

Als de rechthebbende niet in aanmerking komt, leg uit waarom (op basis van klinische, anatomische, psychiatrische gegevens,...):

- Bitemporale epilepsie
- Epileptogene zone in de buurt van de functionele zones
- Mesiotemporale epilepsie bij een patiënt zonder geheugenproblemen
- Niet-overtuigende WADA-test
- Andere:...

9. Wordt de patiënt behandeld met VNS voor zijn epilepsie: ja/nee
Indien ja, vermeld de datum van de primo-implantatie:.....

10. Doelgebied dat gestimuleerd zal worden:

- Anterieure thalamische kern
- Andere:

11. Het multidisciplinair team bevestigt dat de patiënt aan alle vergoedingsvoorwaarden voldoet (cf. inclusie- en exclusiecriteria B-§09, punt 2).

Opgesteld te (*plaats*)

op (*datum*)

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

B-Form-I-08
Versie 2**FORMULIER B-Form-I-08**

Aanvraagformulier voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor de verstrekkingen 171511-171522, 171533-171544, 171570-171581, 171592-171603, 171636-171640, 171651-171662, 171695-171706, 171732-171743, 171776-171780 en 171813-171824.

(Gelieve dit formulier in drukletters in te vullen)

- Te versturen NA IMPLANTATIE naar:
 - het College van Geneesheren-directeurs verzendt
(RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 BRUSSEL)

Identificatiegegevens van de verpleeginrichting/geneesheer-specialist

Naam van de verpleeginrichting:

RIZIV-identificatienummer van de verpleeginrichting: 710_ _ _ _ _

Naam en voornaam van de geneesheer-specialist:

RIZIV-nummer van de geneesheer-specialist:

E-mailadres:

Telefoon (secretariaat van de dienst):

Identificatiegegevens van de rechthebbende

Naam:

Voornaam:

Identificatienummer van het Rijksregisternummer:

Geboortedatum:

Geslacht:

Verzekeringsinstelling:

Vervangingsneurostimulator

Naam van de te vervangen neurostimulator:

Identificatienummer van de te vervangen neurostimulator:

Datum van de vorige implantatie:/...../.....

Naam van de vervangende neurostimulator:

Identificatienummer van de vervangende neurostimulator:

Datum van de interventie voor vervanging:/...../.....

Vervangingselektrode

Naam van de te vervangen elektrode:

Identificatienummer van de te vervangen elektrode:

Datum van de vorige implantatie:/...../.....

Naam van de vervangende elektrode:

Identificatienummer van de vervangende elektrode:

Datum van de interventie voor vervanging:/...../.....

Vervangingsextensie

Naam van de te vervangen extensie:

Identificatienummer van de te vervangen extensie:

Datum van de vorige implantatie:/...../.....

Naam van de vervangende extensie:

Identificatienummer van de vervangende extensie:

Datum van de interventie voor vervanging:/...../.....

Vervangingspatiëntenprogrammeerapparaat

Naam van de te vervangen patiëntenprogrammeerapparaat:

Identificatienummer van de te vervangen patiëntenprogrammeerapparaat:
.....

Datum van de vorige implantatie:/...../.....

Naam van de vervangende patiëntenprogrammeerapparaat:

Identificatienummer van de vervangende patiëntenprogrammeerapparaat:
.....

Datum van de interventie voor vervanging:/...../.....

B-Form-I-08
Versie 2**Medische gegevens**

1. Frequentie en ernst (volgens de National Hospital Seizure Severity Scale NHS3) van de aanvallen:

| | HUIDIG | TIJDENS de EERSTE IMPLANTATIE voor DEEP BRAIN STIMULATIE |
|------------|--------|--|
| FREQUENTIE | | |
| ERNST | | |

2. Farmacologische behandeling

- a. Behandeling tijdens de eerste implantatie voor deep brain stimulatie:

| GENEESMIDDEL | DOSIS/DAG | VANAF ...* | TOT.....* |
|--------------|-----------|------------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- b. Huidige behandeling:

| GENEESMIDDEL | DOSIS/DAG | BEGINDATUM van deze BEHANDELING (één geneesmiddel of combinatietherapie)* | REDEN van aanpassing van de behandeling (als verschillend van de behandeling onder a.) |
|--------------|-----------|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

*: als de datum niet gekend is, gelieve dit te vermelden en indien mogelijk een datum bij benadering in te vullen

3. Hospitalisatie/consultaties/spoed

| | IN DE LOOP van het LAATSTE JAAR | IN DE LOOP van het JAAR VOORAFGAAND aan de EERSTE IMPLANTATIE voor DEEP BRAIN STIMULATIE |
|--------------------------------|------------------------------------|--|
| AANTAL HOSPITALISATIES/JAAR | | |

| | | |
|-------------------------------------|--|--|
| AANTAL CONSULTATIES/JAAR | | |
| AANTAL BEZOEKEN op de SPOED/JAAR | | |

4. Kwaliteit van leven:

| | | |
|----------|--------|--|
| | HUIDIG | TIJDENS de EERSTE IMPLANTATIE voor DEEP BRAIN STIMULATIE |
| QOLIE-31 | | |

5. Neuropsychologische evaluatie (samenvatting voor elk onderzoek en een besluit)

- i. IQ
- ii. Geheugenfunctie
- iii. Frontale executieve functies

6. Psychiatrische evaluatie (samenvatting en besluit)

- i. Beck depression inventory
- ii. Andere bemerkingen met betrekking tot de psychiatrische evaluatie:

7. Reden voor de vervanging:

- End-of-life
- Infectie
- Ander:...

Opgesteld te (*plaats*)op (*datum*)

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

C-Form-I-01
Versie 2**FORMULIER C-Form-I-01**

Aanvraag voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de kosten van een cochleair implantaat (verstrekking 152935-152946 of 152950-152961)¹ bij een rechthebbende met bilateraal gehoorverlies, en waarvoor een akkoord van het College van geneesheren-directeurs vereist is

(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)

- Te versturen naar het College van geneesheren-directeurs (RIZIV, ter attentie van de voorzitter van het College van geneesheren-directeurs, Team individuele dossiers, Lokaal T554, Tervurenlaan 211 in 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 jonger dan acht jaar (152935-152946) of vanaf hun achtste verjaardag (152950-152961)""

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

Type van het gevraagde toestel :

Identificatiecode :

Linker oor :

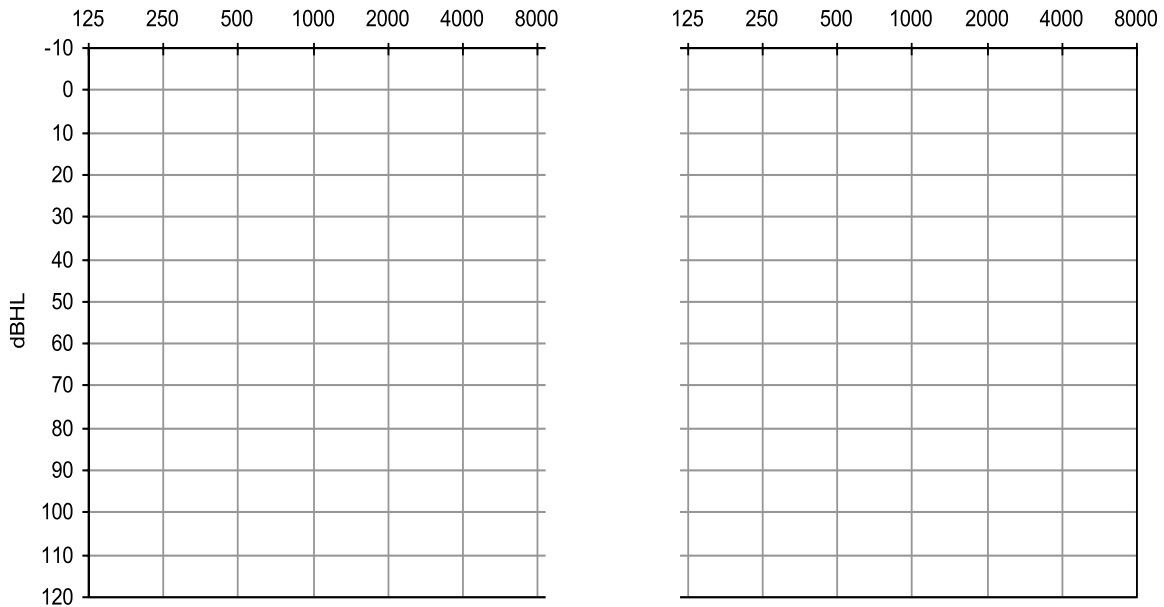
Rechter oor :

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.

C-Form-I-01
Versie 2**AUDIOLOGISCH RAPPORT****1.1. Tonale en/of gedrags- drempelaudiometrie** onder koptelefoon: met / zonder hoortoestellen^{2,3}:

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

Conclusie: Het gehoorverlies aan het beste 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/Rechts |dB |
|---|--------------|---------|

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

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

² cfr 2.2.1.1 van de vergoedingsvoorwaarde C-§01 van de lijst

³ Bij afwezigheid van gehoor op één of meerdere frequenties dient 120 dB HL gebruikt te worden voor de berekening

1.4. Resultaten van een spraaudiometrisch onderzoek met en zonder hoorapparaat :

- met hoorapparaat:

- zonder hoorapparaat:

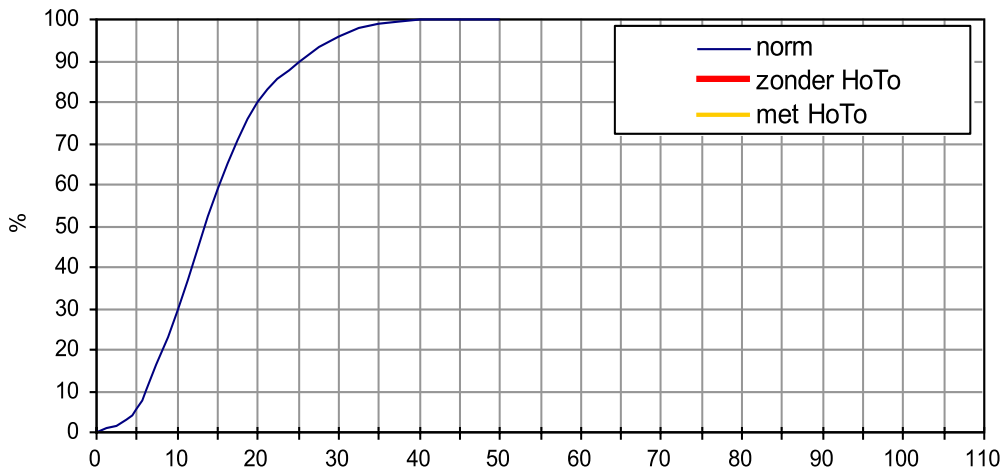
Indien dit onderzoek niet uitvoerbaar is, moet de reden daarvan expliciet vermeld worden.

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

1.5. Spraaudiometrie in vrij veld, zonder en met hoortoestellen⁴:

Kruis dit veld aan indien een spraaudiogram zonder en met hoorapparaat werd uitgevoerd en geef het spraaudiogram⁵ van het beste oor:

- CVC lijsten:..... - Woordscore / Foneemscore⁶



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

⁴ cfr 2.3 van de vergoedingsvoorwaarde C-§01 van de lijst

⁵ De figuur geldt ter documentatie en mag het spraaudiogram tonen dat gewoonlijk wordt uitgevoerd; de spraakverstaanbaarheidsscore MOET het resultaat geven op monosyllabische CVC lijsten op 70 dB SPL.

⁶ 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 problematiek⁷

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%.

⁷ 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.⁸

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

Verpleeginrichting of centrum :

.....

Voorstel van reëducatieprogramma :

.....

.....

.....

2.3. Na de implantatie zal een **langdurige logopedische opvolging** plaats hebben onder de verantwoordelijkheid van:⁹

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.

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <i>Er is geen sprake van dergelijke problemen</i> |
| <input type="checkbox"/> | <i>Er is wel sprake van dergelijke problemen en het verslag is in bijlage toegevoegd</i> |

| |
|---|
| <p>Conclusie: er is sprake van een ernstig bilateraal gehoorverlies waarbij aan alle criteria van het punt 2 “Criteria betreffende de rechthebbende” van de vergoedingsvoorwaarde C-§01 wordt voldaan.</p> <p><input type="checkbox"/> JA ¹⁰ <input type="checkbox"/> NEEN ¹⁰</p> |
|---|

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.

⁸ cf 2.1, vergoedingsvoorwaarde C-§01 van de lijst

⁹ Cf 2.4, vergoedingsvoorwaarde C-§01 van de lijst; de verantwoordelijke wordt nominatief vermeld

¹⁰ schrappen wat niet past

C-Form-I-01
Versie 2

Verbintenissen:

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)*

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

FORMULIER C-Form-I-02

Aanvraag voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de kosten van een contralateraal cochleair implantaat (verstrekking 152972-152983 of 152994-153005)¹ bij een rechthebbende met een bilateraal gehoorverlies, en waarvoor een akkoord van het College van geneesheren-directeurs vereist is

(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)

- Te versturen naar het College van geneesheren-directeurs (RIZIV, ter attentie van de voorzitter van het College van geneesheren-directeur, Team individuele dossiers, Lokaal T554, Tervurenlaan 211 in 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 tweede volledig gehoortoestel (de te implanteren en niet te implanteren delen) voor een elektrische intracochleaire stimulatie met behulp van multiple elektroden simultaan of sequentieel geplaatst bij de patiënt met het plaatsen van het gehoortoestel beschreven onder verstrekking 152935-152946 of 152950-152961 voor rechthebbende van jonger dan acht jaar (152972-152983) of vanaf hun achtste verjaardag (152994-153005)".

C-Form-I-02
Versie 2

Opgelet: indien de implantatie van het rechter oor en het linker oor simultaan zijn moeten twee aanvragen aan de adviserend-geneesheer worden overgemaakt.

- Aanvraag tot verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekking 152935-152946 of 152950-152961 (volledig gehoortoestel)
- Aanvraag tot verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekking 152972-152983 of 152994-153005 (tweede volledig gehoortoestel)

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

Type van het gevraagde toestel :
Identificatiecode :
Linker oor :
Rechter oor :

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

ja

neen (indien het antwoord negatief is de datum van de vorige aanvraag vermelden:
...../...../.....

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

AUDIOLOGISCH RAPPORT

Datum van de implantatie van het eerste oor:

- Kinderen vóór hun 12^{de} verjaardag
- Kinderen vóór hun 18^{de} verjaardag lijdend aan dreigende bilaterale ossificatie => **het omstandig medische verslag dat dit bewijst, moet in bijlage van de aanvraag toegevoegd worden.**

Datum van de implantatie van het tweede oor:

- In geval van een sequentiële bilaterale implantatie, dient met succes een intensief reëducatieprogramma te zijn gevolgd. => **het omstandig medische verslag dat dit bewijst, moet in bijlage van de aanvraag toegevoegd worden.**

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.

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

C-Form-I-02

Versie 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.²
2. Een voorstel van reëducatieprogramma voor de rechthebbende met vermelding van de verpleeginrichting of het centrum.

Centrum :

Voorstel van reëducatieprogramma :

.....

3. Na de implantatie zal een **langdurige logopedische opvolging** plaats hebben onder de verantwoordelijkheid van:³

Naam:.....

Adres van het centrum:

.....

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 ernstig bilateraal gehoorverlies waarbij aan alle criteria van het opschrift 2 “Criteria betreffende de rechthebbende” van de vergoedingsvoorwaarde C-§01 wordt voldaan. |
|---|

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> JA ⁴ | <input type="checkbox"/> NEEN ⁴ |
|---|---|

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 .

² cf 2.1, vergoedingsvoorwaarde C-§01 van de lijst

³ cf 2.4, vergoedingsvoorwaarde C-§01 van de lijst; de verantwoordelijke wordt nominatief vermeld

⁴ schrappen wett niet past

Verbintenissen:

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*)...../...../.....

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

FORMULIER C-Form-I-03

Aanvraag voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de kosten van een cochleair implantaat¹ (verstrekking 152935-152946 of 152950-152961) of een contralateraal² cochleair implantaat (152972-152983 of 152994-153005) bij een rechthebbende met evolutieve neuropathie en waarvoor een akkoord van het College van geneesheren-directeurs vereist is

(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)

- Te versturen naar het College van geneesheren-directeurs (RIZIV, ter attentie van de voorzitter van het College van geneesheren-directeur, Team individuele dossiers, Lokaal T554, Tervurenlaan 211 in 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:

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 jonger dan acht jaar (152935-152946) of vanaf hun achtste verjaardag (152950-152961)"

² Bedoeld wordt een "Kit bestaande uit een tweede volledig gehoortoestel (de te implanteren en niet te implanteren delen) voor een elektrische intracochleaire stimulatie met behulp van multiple elektroden simultaan of sequentieel geplaatst bij de patiënt met het plaatsen van het gehoortoestel beschreven onder verstrekking 152935-152946 voor rechthebbende van minder dan acht jaar (152972-152983) voor rechthebbenden vanaf hun achtste verjaardag (152994-153005)".

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

Type van het gevraagde toestel :
Identificatiecode :
Linker oor :
Rechter oor :

Het gaat hier om een eerste aanvraag in het raam 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 welke zijn voorzien in het opschrift "2.2 Indicaties" van de vergoedingsvoorwaarde C-§01 van de lijst.

Datum van de implantatie van het eerste oor :/...../.....

Datum van de implantatie van het tweede oor:/...../.....

AUDIOLOGISCH RAPPORT

1.1. BERA-onderzoek zonder hoortoestellen³:

- Gedesynchroniseerde geëvokeerde potentialen
- Abnormale cochleaire microfoonpotentialen

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

- ja
- neen

1.3. 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.

.....

1.4. Spraakaudiometrie in vrij veld, zonder en met hoortoestellen⁴:

Kruis dit veld aan indien een spraakaudiogram zonder en met hoorapparaat werd uitgevoerd en geef het spraakaudiogram⁵ van het beste oor:

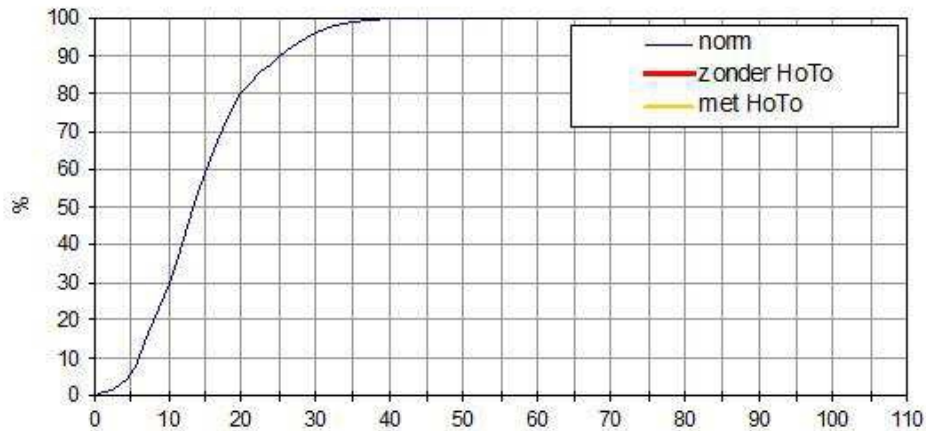
- CVC lijsten:..... - Woordscore / Foneemscore⁶

³ Cfr. 2.2.1 van de vergoedingsvoorwaarde C§01 van de lijst

⁴ Cfr. 2.3 van de vergoedingsvoorwaarde C§01 van de lijst

⁵ 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.

⁶ Doorstreep wat niet van toepassing is



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

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 problematiek⁷*
- 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%.

⁷ Zie psychologisch advies in bijlage waarbij specifiek de familiale context alsook de revalideerbaarheid van de rechthebbende wordt aangetoond

C-Form-I-03

Versie 2

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.⁸

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

Verpleeginrichting of centrum:

.....

Voorstel van reëducatieprogramma :

.....

.....

.....

.....

2.3. Na de implantatie zal een **langdurige logopedische opvolging** plaats hebben onder de verantwoordelijkheid van:⁹

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> |
|---|

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

| | |
|-------------------------|--------------------------|
| JA ¹⁰ | NEEN ⁸ |
|-------------------------|--------------------------|

⁸ cf 2.1, vergoedingsvoorwaarde C-§01 van de lijst

⁹ cf 2.4, vergoedingsvoorwaarde C-§01 van de lijst; de verantwoordelijke wordt nominatief vermeld

¹⁰ schrappen wat niet past

- 2.5.** 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.

Verbintenissen:

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*)...../...../.....

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

C-Form-I-04
Versie 2**FORMULIER C-Form-I-04**

Aanvraag voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de kosten een vervanging van het interne deel van een cochleair implantaat (verstrekking 153090 - 153101 of 153112 - 153123) en waarvoor een akkoord van het College van geneesheren-directeurs vereist is

(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)

- Te versturen naar het College van geneesheren-directeurs (RIZIV, ter attentie van de voorzitter van het College van geneesheren-directeur, Team individuele dossiers, Lokaal T554, Tervurenlaan 211 in 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:

Aanvraag voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor het interne deel voor een cochleair implantaat

Overeenkomstig de bepalingen voorzien in het opschriften 4.2, 4.3.1 en 5.2.3 van de vergoedingsvoorwaarde C-§01 van de lijst wordt voor de bovengenoemde rechthebbende het interne deel van een cochleaire implantaat aangevraagd :

Type van het gevraagde toestel :
Identificatiecode :
Linker oor :
Rechter oor :

1. Eerste oor

1.1. Datum vorige cochleaire implantatie in het eerste oor, waarvoor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering bekomen is bij wijze van verstrekking 683690-683701, 152935-152946 of 152950-152961 (volledige CI) of 153090 - 153101 (vervanging interne deel):/...../.....

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

1.2. Reden van vervanging:

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

1.3. Datum vorige cochleaire implantatie in het eerste oor, waarvoor een verzekeringstegemoetkoming niet bekomen is bij wijze van verstrekking 683690-683701, 152935-152946 of 152950-152961 (volledige CI) of 153090-153101 (vervanging interne deel)/...../.....

C-Form-I-04
Versie 2**2. Tweede oor**

- 2.1. Datum vorige cochleaire implantatie in het tweede oor, waarvoor een verzekeringstegemoetkoming bekomen is bij wijze van verstrekking 685333-685344, 691891-691902, 152972-152983 of 152994-153005 (volledige CI) of 153112-153123 (vervanging interne deel):/...../.....

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

- 2.2. Reden van vervanging:

.....

- 2.3. Datum vorige cochleaire implantatie in het tweede oor, waarvoor een verzekeringstegemoetkoming niet bekomen is bij wijze van verstrekking 685333-685344, 691891-691902, 152972-152983 of 152994-153005 (volledige CI) of 153112-153123 (vervanging interne deel):/...../.....

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-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-directeurs vereist is

(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)

- Te versturen 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 :

Verzekeringinstelling:

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 4**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 oor ²

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

ja

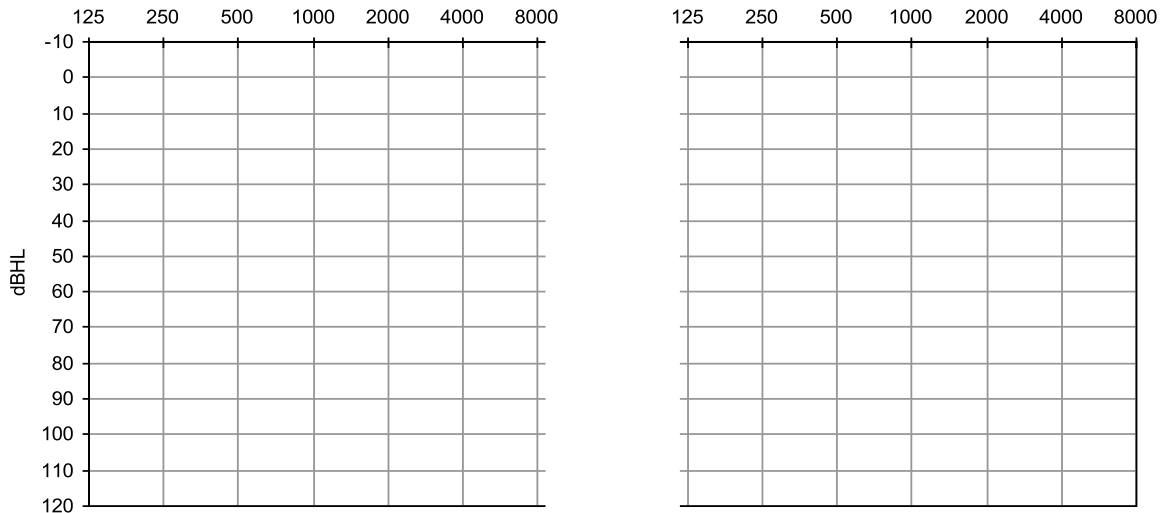
neen (indien het antwoord 'neen' is, de datum van de vorige aanvraag vermelden):
...../...../.....

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/Rechts |dB |
| Drempel van piek V thv het slechtste oor (dB nHL) | Links/Rechts |dB |

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

C-Form-I-06
 Versie 4

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.

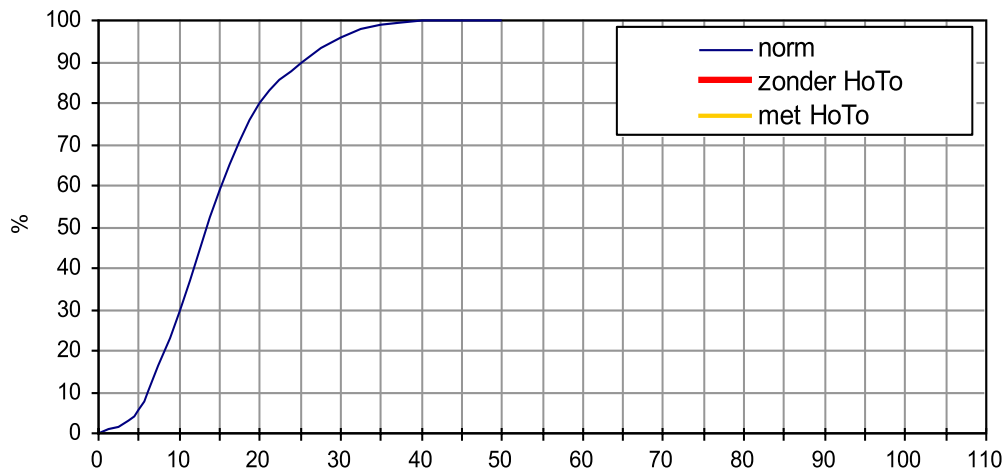
.....

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.

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <i>Er is geen sprake van dergelijke problemen</i> |
| <input type="checkbox"/> | <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 4

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)

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-directeurs vereist is

(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)

- Te versturen naar het College van geneesheren-directeurs (RIZIV, ter attentie van de voorzitter van het 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
Versie 2

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 onder meer een audiologisch rapport en alle elementen die zijn voorzien in het opschrift "2.2 Indicaties" van de vergoedingsvoorwaarde C-§09 van de lijst.

² Schrapen 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:

...
...
...

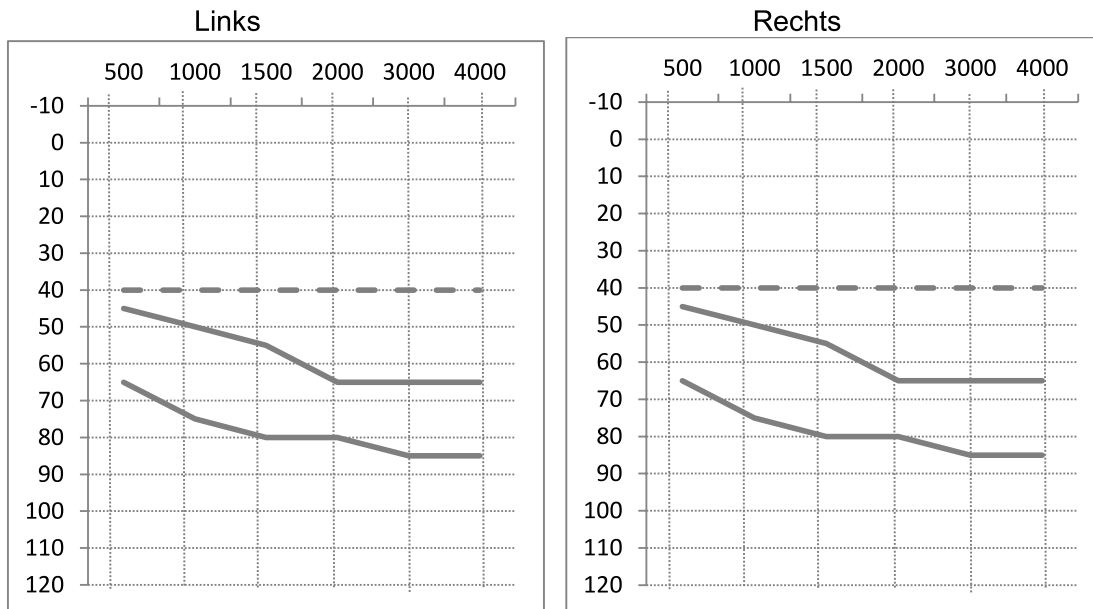
...

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

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 .

Verbintenissen:

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

FORMULIER C-Form-I-08

Aanvraag voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de kosten van een vervanging van het te implanteren deel van een middenoorimplantaat (verstrekking 172373-172384 ¹) en waarvoor een akkoord van het College van geneesheren-directeurs vereist is

(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)

- Te versturen naar het College van geneesheren-directeurs (RIZIV, ter attentie van de voorzitter van het 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

² Schrappen wat niet past

³ Aanvinken wat van toepassing is

C-Form-I-08
Versie 2

rechthebbende voldeed aan de indicaties zoals beschreven in het opschrift "2.2 Indicaties" van de vergoedingsvoorwaarde C-§09 van de lijst, zijn in bijlage.

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 E-Form-I-01

Aanvraag voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de kosten van de verstrekkingen betreffende de behandeling van de fecale incontinentie, waarvoor een akkoord van het College van geneesheren-directeurs vereist is

(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)

- Te versturen aan het College van geneesheren-directeurs (RIZIV, ter attentie van de voorzitter van het College van geneesheren-directeur, Team individuele dossiers, Lokaal T554, Tervurenlaan 211 in 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 rechthebbende¹

Naam :

Voornaam :

Identificatienummer van het Rijksregister :

Geboortedatum :

Geslacht :

Verzekeringsinstelling,:

¹ Om de anonimiteit van de rechthebbende te vrijwaren en volledige onpartijdigheid van het beslissend comité te waarborgen, wordt de identiteit van zowel de rechthebbende als de geneesheer-specialist pas bekend gemaakt na beslissing of de rechthebbende in aanmerking komt voor behandeling met een implantaat)

E-Form-I-01

Versie 2

Aanvraag tot terugbetaling in de behandeling van fecale incontinentie met een implantaat

1. **Volgnummer van het dossier :** **(! Voorbehouden voor de administratie !)**

2. **Probleemstelling :**

Fecale Incontinentie:

| | | |
|----------------------------------|----------|------------|
| Incontinentie voor gassen | 0 | /4 |
| Incontinentie voor vloeistoffen | 0 | /4 |
| Incontinentie voor vaste stoffen | 0 | /4 |
| Kledingsbeschermlaag | 0 | /4 |
| Levensstijl wijziging | 0 | /4 |
| | | |
| Totale Wexner score | 0 | /20 |

Oorzaak Fecale Incontinentie :

- traumatisch
- obstetrisch
- neurogeen
- idiopatisch
- congenitaal
- na abdomino-perineale chirurgie
- andere

Duur Fecale Incontinentie : jaren

Reeds Ingestelde Therapie(en): Lavement

- Medicatie
- Biofeedback
- Dieet
- Chirurgie
- Andere

3. **Vragenlijst in verband met de huidige darmwerking :**

Ingevuld ?

Ja Nee

QoL score : **/10**

4. Type implantatie :

4.1. Eerste implantatie ?

Sacrale Neurostimulatie

Type implantaat : Stimulator - Programmer - Extensie

Dynamische Graciloplastie

Type implantaat : Stimulator - Programmer – Elektrode

ABS Sfincter

Type implantaat : Acticon – PAS prosthetic anal sphincter

4.2. Hernieuwing ?

Sacrale Neurostimulatie

Type implantaat : Stimulator - Programmer - Extensie

Dynamische Graciloplastie

Type implantaat : Stimulator - Programmer – Elektrode

ABS Sfincter

Type implantaat : Acticon – PAS prosthetic anal sphincter

4.2.1. Zelfde type implantaat ?

Ja Nee

4.2.2. Indien nee : type vorige implantaat :

Sacrale Neurostimulatie

Type implantaat : Stimulator - Programmer - Extensie

Dynamische Graciloplastie

Type implantaat : Stimulator - Programmer – Elektrode

ABS Sfincter

Type implantaat : Acticon – PAS prosthetic anal sphincter

E-Form-I-01
Versie 2**5. Diagnostische onderzoeken:****5.1. Anorectale Manometrie :**

Basale rustdruk mm Hg
('Normal range' tussen en mm HG)

Maximale willekeurige druk mm Hg
('Normal range' tussen en mm HG)

Vullingsgevoel endeldarm ml (eerste sensatie)
ml (maximum draaglijk volume)

5.2. Anale endoechografie:

Defect interne/externe sfincter afwezig/aanwezig ?

| | Defect aanwezig | Defect afwezig |
|------------------|--------------------------|--------------------------|
| Interne sfincter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Externe sfincter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5.3. PNTML (facultatief) :

| | Normaal | Vertraagd | Afwezig |
|--------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Rechts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Links | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5.4. Colpocystodefecografie :Rx barium transit MRI **5.5. Slechte positie:**

- Incontinentie
- Onvolledige rectale lediging
- Intussusceptie
- Externe prolapsus
- Rectokèle / Elytrokèle
- Anismus
- Andere

5.6. *EMG Anale Sfincter (optioneel – max 7 à 10 lijnen) :*

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

6. Teststimulatie SNS : (enkel voor sacrale Neurostimulatie)

Ja Nee

Baseline (14 dagen) : van / / tot / /

Test (14 dagen) : van / / tot / /

Succesvol (verbetering van de incontinentie van ten minste 50 %) ?

Ja Nee

14 dagen na verwijderen van elektrode : van / / tot / /

Verslechtering ? :

Ja Nee

7. Therapeutische discussie (max 7 à 10 lijnen)

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

E-Form-I-01
Versie 2

Verbintenissen

De ondergetekende verklaart dat de hierboven vermelde rechthebbende aan de volgende inclusiecriteria, zoals vermeld in de vergoedingsvoorwaarde E-§04 van de lijst voldoet:

Indicaties (inclusiecriteria) voor de artificiële anale sfincter, de dynamische graciloplastie of de sacrale zenuwstimulatie:

- a) Fecale incontinentie zoals gedocumenteerd door middel van een dagboek (een gemiddelde van 2 incontinentie episodes / week) sedert meer dan 3 maanden (uitgezonderd in geval van perineale reconstructie na abdomino-perineale amputatie van het rectum)
- b) Geen andere heelkundige reconstructie mogelijk
- c) Onvoldoende effect (falen) van de medische behandeling
- d) Onvoldoende effect van biofeedback therapie
- e) Geen uitwendige rectumprolaps
- f) Geen chronische aandoening van het darmstelsel zoals IBD (inflammatoire darmziekte)
- g) Geen chronische diarree (als diarree de belangrijkste oorzaak van de incontinentie is)
- h) Geen definitieve stoma
- i) Geen anatomische contra-indicaties voor het plaatsen van een electrode of een prothese
- j) Geen bloedingsziekte
- k) Geen psychiatrische aandoening of fysische handicap die het adequate gebruik van een implant zou verhinderen

Contra-indicaties (exclusiecriteria) voor sacrale zenuwstimulatie :

- a) Elke contra-indicatie van sacrale neuromodulatie voor (begeleidende) urinaire aandoeningen
- b) Aangeboren anorectale misvormingen
- c) Afwezigheid van een circumferentieel intacte uitwendige sfincter al dan niet na vroeger heelkundig herstel (beperkte defecten zijn geen contra-indicatie)
- d) Tijdens de zwangerschap
- e) Progressieve zenuwziekten

Contra-indicaties (exclusiecriteria) voor artificiële anale sfincter en dynamische graciloplastie :

- a) Tijdens de zwangerschap
- b) Progressieve zenuwziekten

In geval van sacrale zenuwstimulatie met beperkt defect van circumferentieel uitwendige sfincter, bedraagt de graad van het defect:....

E-Form-I-01
Versie 2

Gedaan te (*plaats*)

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

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

F-Form-I-05

Versie 2

FORMULIER F-Form-I-05

Aanvraag voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de kosten van de verstrekking betreffende het gebruik van één of meerdere dilatatiekatheters, fenestratie of septatie materiaal, occlusiemateriaal, implantaten en toebehoren naar aanleiding van de verstrekking 589455-589466 van de nomenclatuur, en waarvoor een akkoord van het College van geneesheren-directeurs vereist is

(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)

- Te versturen naar het College van geneesheren-directeurs (RIZIV, ter attentie van de voorzitter van het College van geneesheren-directeur, Team individuele dossiers, Lokaal T554, Tervurenlaan 211 in 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 :

Postcode:

Verzekeringsinstelling:

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

Aanvraag tot verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekking 159471-159482**1. Verslag**

Diagnose: cardiaal:

.....

.....

.....

Diagnose: niet cardiaal:

.....

.....

.....

Cardiale interventies:

.....

.....

.....

Lengte:..... Gewicht:..... BSA:.....

Indicatie voor catheterisatie (*gelieve indicatie aan te kruisen*):

- Interventies aortaboog
- Interventies longbloedvaten (boven sinotubulaire junctie)
- Interventies RVOT (tot aan AP stam)
- Intracardiale interventies (fenestraties maken – sluiten, Rashkind,)
- Varia: andere Re hart (stent VCI – VCS, ...)
- Varia: andere Li hart (coronaire fistel, stent VP, ...)

Premedicatie – anesthesie:.....

Toegangsweg:.....

Catheterverloop:.....

Hartcatheterisatiegegevens:

| Plaats | Druk mm Hg | | | O ₂ saturatie % |
|--------|------------|-------|------|----------------------------|
| | Syst | Diast | Mean | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

F-Form-I-05
Versie 2

Angiocardiografie:.....
.....
.....
.....
.....

Procedure (inclusief de beschrijving van het gebruikte materiaal):.....
.....
.....
.....
.....

Verwikkelingen:.....

Tijd scopie:..... Dosis scopie:.....

Besluit:
.....
.....
.....
.....
.....

2. Gebruikte katheter(s), materiaal en implantaten (type en prijs)

De verstrekking 159471-159482 mag niet gecumuleerd worden met de verstrekkingen 159390-159401,159412-159423, 159434-159445 en 159456-159460.

Voor notificatie-plichtige producten dient het notificatienummer vermeld te worden.

2.1. Dilatatiemateriaal

Hieronder wordt verstaan:

- balloncatheters (elke catheter met een ballon inclusief "vasculaire" ballon, "coronaire" ballon, "meetballon", ...)
- conische dilatator sheats: type Mullins sheat
- cutting balloon
- blade septectomie catheter

| Dilatatiemateriaal | Prijs (incl. BTW) |
|--------------------|-------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

2.2. Punctiemateriaal

Hieronder wordt verstaan:

- Brockenbrough naald
- fulguratiecatheter: Cerablade, ...
- steerable elektrische catheter (zoals bij electrofysiologisch onderzoek)

| Punctiemateriaal | Prijs (incl. BTW) |
|------------------|-------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

2.3. Stents (klassiek/covered)

| Stents | Prijs (incl. BTW) en notificatienummer |
|--------|--|
| | |
| | |
| | |

2.4. Occlusiemateriaal

Hieronder wordt verstaan:

- totale occlusie: coils, foam, partikels
- prothese: cf ASD, VSD, ODB
- flow restrictors: gefenestreerd ASD device,

| Occlusiemateriaal | Prijs (incl. BTW) en notificatienummer |
|-------------------|--|
| | |
| | |
| | |
| | |

2.5. Ander materiaal

| Ander materiaal | Prijs (incl. BTW) |
|-----------------|-------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Gedaan te (plaats)

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

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

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-directeurs vereist is

(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)

- Te versturen 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-1-06
Versie 2

| 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/app/pimplants/PublicationList.aspx?lang=enl). 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

FORMULIER G-Form-I-04

Aanvraag voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de kosten van de proeftherapie medullaire neurostimulatie voor chronische kritieke niet-opereerbare ischemie van de onderste ledematen

(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)

- Te sturen aan 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-specialisten en RIZIV nr: :

| | Naam en voornaam | RIZIV nummer |
|-----------|------------------|--------------|
| Chirurg 1 | | |
| Chirurg 2 | | |
| Internist | | |

E-mailadres :

Telefoon (secretariaat dienst) :

Identificatie van de rechthebbende

Naam :

Voornaam :

Identificatienummer van het Rijksregister :

Geboortedatum :

Geslacht :

Verzekeringsinstelling :

Ischemisch lidmaat:

- Links
- Rechts
- Beide

Anamnese:

1) Diabetes: ja / neen - sinds:.....jaren
 - insuline/incretinomimetica behandeling sinds:
 jaren

2) Vorige beperkte amputaties van het betrokken ischemisch lidmaat:

.....

.....

.....

3) Vorige revascularisaties van het ischemisch lidmaat waarvoor medullaire neurostimulatie wordt voorgesteld (*in detail: niveau, vene-vaat prothese, Fogarty, fibrinolyse, lumbale sympathectomie, teen amputatie ...*):

Interventie.....
Datum (DD/MM/YYYY).....

Interventie.....
Datum (DD/MM/YYYY).....

Interventie.....
Datum (DD/MM/YYYY).....

Interventie.....
Datum (DD/MM/YYYY).....

Interventie.....
Datum (DD/MM/YYYY).....

Interventie.....
Datum (DD/MM/YYYY).....

Interventie.....
Datum (DD/MM/YYYY).....

Interventie.....
Datum (DD/MM/YYYY).....

Klinische gegevens1) Rust pijn: ja neen sinds.....maanden2) Trofische letsels
(kleuren foto van
het trofisch letsel
bijvoegen)- beperkte necrose: ja neen

niveau:

- lokale infectie: ja neen- ischemisch ulcus: ja neen

Diameter (mm):

niveau:

aspect:

3) Intensiteit van de pijn (VAS – schaal)

(aanduiden met een kruisje “ x “)

Afwezig, geen pijn

Onverdraagbare pijn

4) Gebruik van pijnstillers:

| Medicatie | Dosis per inname | Aantal keren/dag | Aantal dagen/week |
|-----------|------------------|------------------|-------------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |

5) Loopafstand: Meter

6) Invloed van de pijn op dagelijks leven

(score: 0 = onmogelijk; 10 = normaal)

- Dagelijkse activiteiten (huishouden, toilet, ...):
- Sociaal leven:
- Ontspanning (sport, lezen, ...):
- Rust:
- Opstijgen van trap (+/- 20 treden):

G-Form-I-04
Versie 2

7) Nachtrust:

- kwaliteit: zeer goed goed bevredigend slecht zeer slecht
 - inslaapproblemen: nooit soms dikwijls elke nacht
 - wakker worden van de pijn: nooit soms dikwijls elke nacht

Vasculair onderzoek

- 1) Doppler: enkel perfusie druk: rechts: links:
 mmHg mmHg
 enkel/arm index: _____
 (registratie van Doppler curve bijvoegen)

- 2) Arteriografie (ischemisch lidmaat)
- | | |
|---------------------|-----------|
| - arteria iliaca: | % stenose |
| - art. fem. com.: | % |
| - art. fem. sup.: | % |
| - art. fem. prof.: | % |
| - arteria poplitea: | % |
| - art. tib. ant.: | % |
| - art. tib. post. | % |
| - art. interossea: | % |

(kopij van het protocol en van de arteriografie beelden bijvoegen)

- 3) Reden van "inoperabiliteit":

.....
 (geen bruikbare vena safena, geen distale vaten,...)

- 4) Tc- pO_2 bij rust - voet in lighouding : Rechts: _____ mmHg Links: _____ mmHg
 bij rust - voet in hangende positie : _____ mmHg _____ mmHg

(kopij van de Tc- pO_2 curve bijvoegen)**Criteria voor toekenning van neurostimulatie**

- Kritieke ischemie van de onderste ledematen met rustpijnen sinds ten minste één maand, met of zonder beperkt gangreen (max. 2 tenen of oppervlakkige necrose van de hiel), met of zonder arterieel ulcus (minder dan 3 cm en oppervlakkig), zonder actieve infectie op het vlak van de trofische letsels;

- Positieve resultaten van een testperiode van minimaal 15 dagen met een percutaan geïmplanteerde elektrode of chirurgische lead. De testperiode wordt uitgevoerd in één van de volgende gevallen:
 - de Tc- PO2 waarde aan de voet in lighouding ligt tussen 10 mm Hg en 30 mm Hg of is gelijk aan 10 mm Hg;
 - de Tc- PO2 waarde aan de voet in lighouding is lager dan 10 mm Hg, maar stijgt tot 20 mm Hg of meer bij de voet in hangende positie.
- De resultaten van de proeftherapie worden als positief beschouwd als de pijn met ten minste 50% is verminderd en als de pijnmedicatie kan worden verminderd dankzij de testneurostimulatie met een duidelijke verbetering van de levenskwaliteit.
- Een duurzame revascularisatie is hoogst onwaarschijnlijk;
 - Distale perfusiedruk lager dan 50 mmHg, met een drukindex enkel/onderarm van 35% of in geval van diabetescalcinosis van de tunica media, afwezigheid van perifere pulsaties;
 - De levensverwachting bedraagt 5 jaar of meer;
 - De algemene toestand van de rechthebbende moet de implantatie van de neurostimulator en het duurzaam en optimaal gebruik van het hulpmiddel toelaten
 - Afwezigheid van contra-indicaties voor de implantatie van een neurostimulator.

Verbintenis

Ik verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende aan al de criteria voorzien in de vergoedingsvoorwaarde G-§09 van de lijst (inclusie- en exclusiecriteria) voldoet.

Gedaan te (plaats)

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

Naam, voornaam, handtekening en stempel van de eerste chirurg:

Naam, voornaam, handtekening en stempel van de tweede chirurg:

Naam, voornaam, handtekening en stempel van de internist:

G-Form-I-05
Versie 2**FORMULIER G-Form-I-05****Aanvraag voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de kosten van de medullaire neurostimulatie voor chronische kritieke niet-opereerbare ischemie van de onderste ledematen: vervanging***(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)*

- Te sturen aan 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-specialisten en RIZIV nr:

| | Naam en voornaam | RIZIV nummer |
|-----------|------------------|--------------|
| Chirurg 1 | | |
| Chirurg 2 | | |
| Internist | | |

E-mailadres :

Telefoon (secretariaat dienst) :

Identificatie van de rechthebbende

Naam :

Voornaam :

Identificatienummer van het Rijksregister :

Geboortedatum :

Geslacht :

Verzekeringsinstelling:

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

Ischemisch lidmaat:

- Links
- Rechts
- Beide

Reden van de vervanging:

- end of life
- infectie
- andere, te specificëren:.....

Anamnese:

- 1) Diabetes: ja/nee - sinds:.....jaren
 - insuline/incretinomimetica behandeling sinds:
jaren

- 2) Vorige beperkte amputaties van het betrokken ischemisch lidmaat:

.....

- 3) Vorige revascularisaties van het ischemisch lidmaat waarvoor medullaire neurostimulatie wordt voorgesteld (*in detail: niveau, vene-vaat prothese, Fogarty, fibrinolyse, lumbale sympathectomie, teen amputatie ...*):

Interventie.....
 Datum (DD/MM/YYYY).....

Interventie.....
 Datum (DD/MM/YYYY).....

Interventie.....
 Datum (DD/MM/YYYY).....

Interventie.....
 Datum (DD/MM/YYYY).....

Interventie.....
 Datum (DD/MM/YYYY).....

Interventie.....
 Datum (DD/MM/YYYY).....

Interventie.....
 Datum (DD/MM/YYYY).....

Interventie.....
 Datum (DD/MM/YYYY).....

G-Form-I-05
Versie 2**Klinische gegevens**1) Rust pijn: ja neen sinds.....maanden2) Trofische letsels
(kleuren foto van
het trofisch letsel
bijvoegen)- beperkte necrose: ja neen

niveau:

- lokale infectie: ja neen- ischemisch ulcus: ja neen

Diameter (mm):

niveau:

aspect:

3) Intensiteit van de pijn (VAS – schaal) (aanduiden met een kruisje “ x “)

Afwezig, geen pijn _____ Onverdraagbare pijn

4) Gebruik van pijnstillers:

| Medicatie | Dosis per inname | Aantal keren/dag | Aantal dagen/week |
|-----------|------------------|------------------|-------------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |

5) Loopafstand: meter

6) Invloed van de pijn op dagelijks leven (score: 0 = onmogelijk; 10 = normaal)

- Dagelijkse activiteiten (huishouden, toilet, ...):
- Sociaal leven:
- Ontspanning (sport, lezen, ...):
- Rust:
- Opstijgen van trap (+/- 20 treden):

7) Nachtrust:

- kwaliteit: zeer goed goed bevredigend slecht zeer slecht
 - inslaapproblemen: nooit soms dikwijls elke nacht
 - wakker worden van de pijn: nooit soms dikwijls elke nacht

Vasculair onderzoek

1) Doppler: enkel perfusie druk:

rechts:links:

mmHg

mmHg

enkel/arm index:

(registratie van Doppler curve bijvoegen)

2) Arteriografie (ischemisch lidmaat)

- arteria iliaca: % stenose
 - art. fem. com.: %
 - art. fem. sup.: %
 - art. fem. prof.: %
 - arteria poplitea: %
 - art. tib. ant.: %
 - art. tib. post.: %
 - art. interossea: %

(kopij van het protocol en van de arteriografie beelden bijvoegen)

3) Reden van "inoperabiliteit":

*(geen bruikbare vena safena, geen distale vaten,...)*4) Tc-
pO₂

bij rust - voet in lighouding :

Rechts:

_____ mmHg

Links:

mmHg

bij rust - voet in hangende positie :

_____ mmHg

mmHg

*(kopij van de Tc-pO₂ curve bijvoegen)***Criteria voor toekenning van neurostimulatie**

- Kritieke ischemie van de onderste ledematen met rustpijnen sinds ten minste één maand, met of zonder beperkt gangreen (max. 2 tenen of oppervlakkige necrose van de hiel), met of zonder arterieel ulcus (minder dan 3 cm en oppervlakkig), zonder actieve infectie op het vlak van de trofische letsels;

G-Form-I-05
Versie 2

- Positieve resultaten van een testperiode van minimaal 15 dagen met een percutaan geïmplanteerde elektrode of chirurgische lead. De testperiode wordt uitgevoerd in één van de volgende gevallen:
 - de Tc- PO2 waarde aan de voet in lighouding ligt tussen 10 mm Hg en 30 mm Hg of is gelijk aan 10 mm Hg;
 - de Tc- PO2 waarde aan de voet in lighouding is lager dan 10 mm Hg, maar stijgt tot 20 mm Hg of meer bij de voet in hangende positie.

De resultaten van de proeftherapie worden als positief beschouwd als de pijn met ten minste 50% is verminderd en als de pijnmedicatie kan worden verminderd dankzij de testneurostimulatie met een duidelijke verbetering van de levenskwaliteit.

- Een duurzame revascularisatie is hoogst onwaarschijnlijk;
- Distale perfusiedruk lager dan 50 mmHg, met een drukindex enkel/onderarm van 35% of in geval van diabetescalcinosis van de tunica media, afwezigheid van perifere pulsaties;
- De levensverwachting bedraagt 5 jaar of meer;
- De algemene toestand van de rechthebbende moet de implantatie van de neurostimulator en het duurzaam en optimaal gebruik van het hulpmiddel toelaten
- Afwezigheid van contra-indicaties voor de implantatie van een neurostimulator.

Verbintenis

Ik verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende aan al de criteria voorzien in de vergoedingsvoorwaarde G-§09 van de lijst (inclusie- en exclusiecriteria) voldoet.

Gedaan te (plaats)

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

Naam, voornaam, handtekening en stempel van de eerste chirurg:

Naam, voornaam, handtekening en stempel van de tweede chirurg:

Naam, voornaam, handtekening en stempel van de internist:

FORMULIER L-Form-I-05

Aanvraag voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de kosten van een prothese ter vervanging van de botcortex waarvoor een akkoord van het College van geneesheren-directeurs vereist is

(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)

- Te versturen naar het College van geneesheren-directeurs – RIZIV, ter attentie van de voorzitter van het College van geneesheren-directeur, Team individuele dossiers, Lokaal T554, Tervurenlaan 211 in 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 :...../...../.....

Registratienummer in de database Orthopride (indien van toepassing):

.....

L-Form-I-05
Versie 2

Identificatie van de ziekenhuisapotheker

Naam en Voornaam :

RIZIV-nummer :

Email-adres :

*

L-Form-I-05
Versie 2

1. Elementen die het voorwerp uitmaken van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering via de lijst

| Verstrekking | Identificatiecode (indien opgenomen op een nominatieve lijst) | Notificatiecode | Kenmerk | Verdeler | Prijs (BTW inbegrepen) | Terugbetaling |
|--------------|--|-----------------|---------|----------|------------------------------|---------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

2. Onderdelen op maat

Met "onderdelen op maat" wordt er bedoeld: de elementen die speciaal vervaardigd zijn volgens het voorschrift van een implanterend geneesheer-specialist waarin, onder zijn verantwoordelijkheid, de specifieke kenmerken van het ontwerp zijn aangegeven, en die uitsluitend bestemd zijn om voor een bepaalde rechthebbende te worden gebruikt. De elementen die volgens methoden van continue fabricage of van seriefabricage worden vervaardigd, worden niet beschouwd als onderdelen op maat, zelfs niet als een aanpassing nodig is.

| Benaming | Verdeler | Prijs (BTW inbegrepen) * |
|----------|----------|--------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

* Voor buitenlandse facturen wordt de BTW manueel toegevoegd. Deze BTW wordt door het ziekenhuis rechtstreeks gestort aan de administratie van de BTW.

L-Form-I-05
Versie 2

Indien elementen op maat gebruikt zijn, is het verplicht volgende documenten als bijlage bij dit aanvraagformulier te voegen, zoals vermeld in de vergoedingsvoorwaarde L-§18 van de lijst :

- een omstandig medisch verslag dat aantoont dat het gebruik van elementen op maat nodig is en een motivatie die de onmogelijkheid verduidelijkt om een klassieke gewrichtsprothese te gebruiken;
- het formulier L-Form-I-06 dat de noodzakelijke gegevens herneemt ter evaluatie van het dossier;
- de conformiteitsverklaring opgesteld door de fabrikant van de prothese, stipulerend dat deze wel degelijk op maat werd gemaakt;
- een gedetailleerde factuur van de verdeler van de prothese.

3. Modulaire onderdelen

| Benaming | Verdeler | Notificatie code | Prijs (BTW inbegrepen) |
|----------|----------|------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Indien modulaire onderdelen gebruikt zijn, is het verplicht volgende documenten als bijlage bij dit formulier te voegen:

- een omstandig medisch verslag dat aantoont dat er een botonderbreking is op het metafysaire en/of diafysaire niveau en dat het gebruik van modulaire onderdelen nodig is;
- de factuur.

L-Form-I-05
Versie 2

4. Andere elementen

| Benaming | Verdeler | Notificatie code | Prijs (BTW inbegrepen) |
|----------|----------|------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Het is verplicht om de factuur (facturen) als bijlage bij dit formulier te voegen.

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

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

Handtekening van de ziekenhuisapotheker

L-Form-I-06
Versie 2**FORMULIER L-Form-I-06**

Aanvraag voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de kosten van een gewrichtsprothese op maat waarvoor een akkoord van het College van geneesheren-directeurs vereist is

(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)

- Te versturen naar het College van geneesheren-directeurs – RIZIV, ter attentie van de voorzitter van het College van geneesheren-directeurs, Team individuele dossiers, Lokaal T554, Tervurenlaan 211 in 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 :/...../.....**Registratienummer in de database Orthopride** (indien van toepassing)

.....

L-Form-I-06
Versie 2**Bijkomende informatie betreffende de rechthebbende/ hulpmiddel**

Lichaamslengte (cm) :

Lichaamsgewicht (kg) :

Te behandelen lichaamszijde : Rechts / Links (Schrappen wat niet past)

Toestand beenderen :

Primair / Revisie (Schrappen wat niet past)

Medische indicatie :

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

Beschrijving van de gewrichtsprothese :

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

Referentie van het hulpmiddel zoals vermeld op de factuur :

Andere nuttige informatie:

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

Om een tegemoetkoming van de verplichte verzekering te kunnen genieten, moet u ook de volgende elementen bezorgen, zoals vermeld in de vergoedingsvoorwaarde L§-18 van de lijst:

- een omstandig medisch verslag dat aantoonst dat het gebruik van elementen op maat nodig is en een motivatie die de onmogelijkheid verduidelijkt om een klassieke gewrichtsprothese te gebruiken;
- de conformiteitsverklaring opgesteld door de fabrikant van de prothese, stipulerend dat deze wel degelijk op maat werd gemaakt;
- een gedetailleerde factuur van de verdeler van de prothese.

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

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

L-Form-I-07
Versie 2**FORMULIER L-Form-I-07****Notificatie voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de kosten van een driedimensionele externe fixator***(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)*

- Te versturen aan het College van geneesheren-directeurs

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 :

Ziekenfonds :

Datumingreep:/...../.....

Criterium te bevestigen door een geneesheer-specialist in orthopedie

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in orthopedie, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende aan een van de volgende inclusiecriteria (zoals vermeld in de vergoedingsvoorwaarde L-§24 van de lijst) voldoet:

Het criterium aankruisen:

1. Skeletale dysplasie

- Achondroplasie
- Pseudo-achondroplasie
- Metafysaire chondrodysplasie
- Chondro-ectodermale dysplasie
- Hereditaire multiple exostosen
- Ziekte van Ollier
- Fibreuze dysplasie

2. Metabole botaandoeningen

- Fosfaatdiabetes
- Rachitis
- Mucopolysaccharidose

3. Tibia Vara

- Ziekte van Blount

4. Congenitale deformiteiten

- Proximale femorale focale deficiëntie
- Fibulaire hemimelie
- Tibiale hemimelie
- Artrogrypose

5. Verworven multiplanaire afwijkingen ten gevolge van:

- Infectie
- tumoren
- Brandwonden

6. Multiplanaire asafwijkingen veroorzaakt door:

- Trauma (epifysiolyse - malunion)

Op basis van dit criterium verklaar ik dat deze rechthebbende in aanmerking komt voor een verzekeringstegemoetkoming.

Gedaan te (*plaats*)

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

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

B-Form-I-02
Version 2**FORMULAIRE B-Form-I-02****Notification pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au neurostimulateur implanté en cas de maladie de Parkinson***(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)*

- A envoyer au médecin-conseil dans les 90 jours calendriers après l'implantation.

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 :

Mutualité :

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

Conformément aux dispositions de la condition de remboursement B-§03 de la liste, la (les) prestation(s) mentionnée(s) ci-dessous est (sont) demandée (s) pour ce bénéficiaire.

L'équipe mouvements anormaux (EMA) confirme que le bénéficiaire est sévèrement gêné dans les activités de sa vie journalière (AVJ) et satisfait aux critères d'inclusion et d'exclusion prévus dans la liste (*veuillez cocher*)

- Il s'agit d'un bénéficiaire qui a pris pendant au moins 3 ans une médication orale antiparkinsonnienne et dont la maladie ne peut plus être traitée par médicaments.

Le bénéficiaire ne présente pas :

- épisode aigu dépressif/mixte/psychotique/(hypo)maniaque ou délirium qui n'est pas attribuable à une médication dopaminergique antiparkinsonnienne;
- troubles induits par une substance, rendant impossible l'usage correct de l'appareil ou le suivi médical systématique;
- autre trouble psychiatrique grave rendant impossible l'usage correct de l'appareil ou le suivi médical systématique, ou qui pourrait s'aggraver par le fait même de l'implantation;
- démence

Prestation(s) demandée(s) (A cocher)

Neurostimulateur non- rechargeable

- 151454-151465 Premier(s) neurostimulateur(s) non-rechargeable(s) implanté(s) en cas de maladie de Parkinson, pour stimulation unilatérale (un canal)
- 151476-151480 Premier(s) neurostimulateur(s) non-rechargeable(s) implanté(s) en cas de maladie de Parkinson, pour stimulation bilatérale (deux canaux)
- 151535-151546 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas de maladie de Parkinson, pour stimulation unilatérale (un canal)
- 151550-151561 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas de maladie de Parkinson, pour stimulation bilatérale (deux canaux)
- 151616-151620 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas de maladie de Parkinson, pour stimulation unilatérale (un canal), en cas de remplacement anticipé
- 151631-151642 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas de maladie de Parkinson, pour stimulation bilatérale (deux canaux), en cas de remplacement anticipé

Neurostimulateur rechargeable

- 151690-151701 Premier(s) neurostimulateur(s) rechargeable(s) implanté(s) en cas de maladie de Parkinson
- 151734-151745 Neurostimulateur rechargeable de remplacement implanté en cas de maladie de Parkinson
- 151771-151782 Neurostimulateur rechargeable de remplacement implanté en cas de maladie de Parkinson, en cas de remplacement anticipé

B-Form-I-02
Version 2

Electrode

- 151815-151826 Electrode implantée pour neurostimulation en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels
- 151830-151841 Electrode de remplacement implantée pour neurostimulation en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels
- 151852-151863 Electrode en cas de stimulation d'essai négative en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels

Extension

- 151874-151885 Extension implantée pour neurostimulation en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels
- 151896-151900 Extension de remplacement implantée pour neurostimulation en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels

Programmateur patient

- 151911-151922 Programmateur patient pour neurostimulation en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels
- 151933-151944 Programmateur patient de remplacement pour neurostimulation en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels

Chargeur

- 151955-151966 Chargeur pour neurostimulateur rechargeable en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels
- 151970-151981 Chargeur de remplacement pour neurostimulateur rechargeable en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels

Neurostimulateur

Hémisphère cérébral concerné* : Droit – Gauche (*Biffez la mention inutile*)

Nom et code d'identification de l'appareil implanté:

Date de l'implantation :/...../.....

En cas de remplacement

Date de la première implantation :/...../.....

* Les prestations 151454-151465, 151476-151480 et 151690-151701 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par hémisphère cérébral.

B-Form-I-02
Version 2

Raison du remplacement:

- end of life
- infection
- autre, à spécifier:.....

L'équipe mouvements anormaux (EMA) confirme que les documents et enregistrements vidéos desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions sont conservés dans le dossier du bénéficiaire et seront envoyés au médecin-conseil si celui-ci les demande.

Établi à (*lieu*)

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

Nom, prénom, signature et cachet des membres présents à la réunion EMA :

B-Form-I-03
Version 2**FORMULAIRE B-Form-I-03****Notification pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au neurostimulateur implanté en cas de tremblements essentiels***(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)*

- A envoyer au médecin-conseil dans les 90 jours calendriers après l'implantation.

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 :

Mutualité :

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

Conformément aux dispositions de la condition de remboursement B-§03 de la liste, la (les) prestation(s) mentionnée(s) ci-dessous est (sont) demandée (s) pour ce bénéficiaire.

L'équipe mouvements anormaux (EMA) confirme que le bénéficiaire est sévèrement gêné dans les activités de sa vie journalière (AVJ) et satisfait aux critères d'inclusion et d'exclusion prévus dans la liste (*veuillez cocher*)

- Il s'agit d'un bénéficiaire traité par médicament qui souffre de tremblements essentiels

Le bénéficiaire ne présente pas :

- épisode aigu dépressif/mixte/psychotique/(hypo)maniaque ou délirium qui n'est pas attribuable à une médication dopaminergique antiparkinsonienne;
- troubles induits par une substance, rendant impossible l'usage correct de l'appareil ou le suivi médical systématique;
- autre trouble psychiatrique grave rendant impossible l'usage correct de l'appareil ou le suivi médical systématique, ou qui pourrait s'aggraver par le fait même de l'implantation;
- démence

Prestation(s) demandée(s) (A cocher)

Neurostimulateur non-rechargeable

- 151491-151502 Premier(s) neurostimulateur(s) non-rechargeable(s) implanté(s) en cas de tremblements essentiels, pour stimulation unilatérale (un canal)
- 151513-151524 Premier(s) neurostimulateur(s) non-rechargeable(s) implanté(s) en cas de tremblements essentiels, pour stimulation bilatérale (deux canaux)
- 151572-151583 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas de tremblements essentiels, pour stimulation unilatérale (un canal)
- 151594-151605 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas de tremblements essentiels, pour stimulation bilatérale (deux canaux)
- 151653-151664 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas de tremblements essentiels, pour stimulation unilatérale (un canal), en cas de remplacement anticipé
- 151675-151686 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas de tremblements essentiels, pour stimulation bilatérale (deux canaux), en cas de remplacement anticipé

Neurostimulateur rechargeable

- 151712-151723 Premier(s) neurostimulateur(s) rechargeable(s) implanté(s) en cas de tremblements essentiels
- 151756-151760 Neurostimulateur rechargeable de remplacement implanté en cas de tremblements essentiels
- 151793-151804 Neurostimulateur rechargeable de remplacement implanté en cas de tremblements essentiels, en cas de remplacement anticipé

B-Form-I-03
Version 2**Electrode**

- 151815-151826 Electrode implantée pour neurostimulation en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels
- 151830-151841 Electrode de remplacement implantée pour neurostimulation en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels
- 151852-151863 Electrode en cas de stimulation d'essai négative en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels

Extension

- 151874-151885 Extension implantée pour neurostimulation en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels
- 151896-151900 Extension de remplacement implantée pour neurostimulation en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels

Programmateur patient

- 151911-151922 Programmateur patient pour neurostimulation en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels
- 151933-151944 Programmateur patient de remplacement pour neurostimulation en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels

Chargeur

- 151955-151966 Chargeur pour neurostimulateur rechargeable en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels
- 151970-151981 Chargeur de remplacement pour neurostimulateur rechargeable en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels

NeurostimulateurHémisphère cérébral concerné* : Droit – Gauche (*Biffez la mention inutile*)Nom et code d'identification de l'appareil implanté:.....
.....

Date de l'implantation :/...../.....

En cas de remplacement

Date de la première implantation:/...../.....

* Les prestations 151491-151502, 151513-151524 et 151712-151723 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par hémisphère cérébrale.

Raison du remplacement:

- end of life
- infection
- autre, à spécifier:.....

L'équipe mouvements anormaux (EMA) confirme que les documents et enregistrements vidéos desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions sont conservés dans le dossier du bénéficiaire et seront envoyés au médecin-conseil si celui-ci les demande.

Établi à (*lieu*)

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

Nom, prénom, signature et cachet des membres présents à la réunion EMA :

B-Form-I-04
Version 2**FORMULAIRE B-Form-I-04**

Formulaire de demande d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé pour la prestation 170892-170903/ 170914-170925 : Premier neurostimulateur non-rechargeable pour stimulation du nerf vague dans le cas d'épilepsie rebelle (ou remplacement d'un neurostimulateur non-rechargeable pour lequel l'assurance obligatoire soins de santé n'est pas intervenue)

(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)

- A envoyer AVANT IMPLANTATION 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 :

Date de naissance :

Numéro d'identification au Registre National :

Sexe :

Adresse :

.....

Identification de l'organisme assureur du bénéficiaire

Dénomination de l'organisme assureur :

Adresse :

.....

Neurostimulateur

Date de l'implantation précédente (à compléter uniquement s'il s'agit d'un remplacement d'un dispositif non remboursé):/...../.....

Données médicales

1. Type de crises : partielles/généralisées

2. Traitement pharmacologique

a. Traitement actuel :

| MEDICAMENT | DOSE/J | DATE de DEBUT de ce TRAITEMENT (médicament seul ou combinaison)* |
|------------|--------|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

b. Traitements antérieurs :

| MEDICAMENT | DOSE/J | DEPUIS LE...* | JUSQU'AU...* |
|------------|--------|---------------|--------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

* : si la date n'est pas connue, veuillez le spécifier et si possible mettre une date approximative

3. Le bénéficiaire a déjà eu une chirurgie de résection pour traitement de l'épilepsie réfractaire:
oui/non

Si oui : spécifier la date d'intervention :

4. Le patient est-il traité par DBS pour son épilepsie : oui/non

Si oui, précisez la date de primo-implantation :.....

B-Form-I-04
Version 2

5. Evaluation préchirurgicale (résumé des examens):

- a. Enregistrement vidéo-EEG de longue durée avec enregistrement des crises

- b. IRM à haute résolution du cerveau

- c. FDG-PET du cerveau

- d. Évaluation neuropsychologique incluant les éléments suivants :
 - i. QI

 - ii. Mémoire

 - iii. fonctions exécutives frontales

- e. Évaluation psychiatrique

6. Conclusion de la discussion multidisciplinaire:

Le bénéficiaire est éligible pour une chirurgie de l'épilepsie pour traiter l'épilepsie réfractaire : oui/non

Si le bénéficiaire n'est pas éligible, expliquez pourquoi (sur base d'éléments cliniques, anatomiques, psychiatriques,...) :

- Épilepsie bitemporale
- Zone épileptogène proche des zones fonctionnelles
- Épilepsie mésiotemporale chez un patient n'ayant pas de problème de mémoire
- test de WADA non concluant
- Autre :...

7. L'équipe multidisciplinaire certifie que le patient répond à toutes les conditions de remboursement (cfr. critères d'inclusion et d'exclusion B-§08, point 2)

Établi à (*lieu*)

le (*date*)

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

B-Form-I-05
Version 2**FORMULAIRE B-Form-I-05**

Formulaire pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au remplacement d'un neurostimulateur non-rechargeable du nerf vague implanté en cas d'épilepsie réfractaire

(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)

➤ A envoyer **APRES IMPLANTATION** 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 :

Mutualité :

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

Conformément aux dispositions de la condition de remboursement B-§08 de la liste, la (les) prestation(s) mentionnée(s) ci-dessous est (sont) demandée (s) pour ce bénéficiaire.

Prestation demandée à cocher

Neurostimulateur non-rechargeable

- 170936-170940/170951-170962: Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté pour stimulation du nerf vague en cas d'épilepsie réfractaire
- 170973-170984/170995-171006: Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté pour stimulation du nerf vague en cas d'épilepsie réfractaire, en cas de remplacement anticipé

Nom du dispositif remplacé:

N° d'identification du dispositif remplacé ::

Date de l'implantation du dispositif remplacé :

Nom du dispositif de remplacement:

N° d'identification du dispositif de remplacement:

Raison du remplacement :

- End-of life
- Infection
- Autre :...

L'équipe multidisciplinaire confirme que les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions sont conservés dans le dossier du bénéficiaire et seront envoyés au Collège des médecins-directeurs si celui-ci les demande.

Établi à (*lieu*) :

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

Signature et cachet de l'épileptologue :

B-Form-I-07
Version 2

FORMULAIRE B-Form-I-07

Formulaire de demande d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé pour la prestation 171496-171500, 171555-171566, 171614-171625, 171673-171684, 171710-171721, 171754-171765 et 171791-171802:

(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)

- A envoyer AVANT IMPLANTATION 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'implantation précédente (à compléter uniquement s'il s'agit d'un remplacement d'un dispositif non remboursé):/...../.....

Données médicales

1. Type de crises : focales/généralisées
2. Diagnostic d'épilepsie fait en :... (compléter l'année)
Diagnostic d'épilepsie réfractaire fait en :... (compléter l'année)
3. Fréquence et sévérité (selon la National Hospital Seizure Severity Scale NHS3) des crises :

4. Traitement pharmacologique

a. Traitement actuel :

| MEDICAMENT | DOSE/J | DATE de DEBUT de ce TRAITEMENT (médicament seul ou combinaison)* |
|------------|--------|---|
| | | |
| | | |
| | | |

b. Traitements antérieurs :

| MEDICAMENT | DOSE/J | DEPUIS LE...* | JUSQU'AU...* |
|------------|--------|---------------|--------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

* : * : si la date n'est pas connue, veuillez le spécifier et si possible mettre une date approximative

5. Nombre d'hospitalisations dans le courant de la dernière année: ...
Nombre de consultations dans le courant de la dernière année :...
Nombre de visite aux urgences dans le courant de la dernière année : ...
6. Le bénéficiaire a déjà eu une chirurgie de l'épilepsie pour traitement de l'épilepsie réfractaire: oui/non
Si oui : spécifier la date d'intervention :
7. Evaluation préchirurgicale (veuillez compléter, pour chaque test, avec un résumé des examens et une conclusion):
 - a. Enregistrement vidéo-EEG de longue durée avec enregistrement des crises

B-Form-I-07
Version 2

- b. IRM à haute résolution du cerveau

- c. FDG-PET du cerveau

- d. Évaluation neuropsychologique incluant les éléments suivants(veuillez compléter, pour chaque test, avec un résumé des examens et une conclusion) :
 - i. QI

 - ii. Mémoire

 - iii. fonctions exécutives frontales

- e. Évaluation psychiatrique (veuillez compléter avec un résumé des examens et une conclusion)
 - i. inventaire de dépression de Beck

 - ii. QoLIE-31

 - iii. Autres commentaires par rapport à l'évaluation psychiatrique :

8. Conclusion de la discussion multidisciplinaire:

Le bénéficiaire est éligible pour une chirurgie de l'épilepsie pour traiter l'épilepsie réfractaire :
oui/non

Si le bénéficiaire n'est pas éligible, expliquez pourquoi (sur base d'éléments cliniques, anatomiques, psychiatriques,...) :

- Épilepsie bitemporale
- Zone épileptogène proche des zones fonctionnelles
- Epilepsie mésiotemporale chez un patient n'ayant pas de problème de mémoire
- test de WADA non concluant
- Autre :...

9. Le patient est-il traité par VNS : oui/non
Si oui, précisez la date de primo-implantation :.....

10. Zone qui sera stimulée après implantation:

- Noyau thalamique antérieur
- Autre :

11. L'équipe multidisciplinaire certifie que le patient répond à toutes les conditions de remboursement (cfr. critères d'inclusion et d'exclusion B§09, point 2)

Établi à (*lieu*)

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

Nom, prénom, signature et cachet de tous les membres de l'équipe multidisciplinaire

B-Form-I-08
Version 2**FORMULAIRE B-Form-I-08**

Formulaire de demande d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé pour la prestation 171511-171522, 171533-171544, 171570-171581, 171592-171603, 171636-171640, 171651-171662, 171695-171706, 171732-171743, 171776-171780 et 171813-171824.

(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)

- A envoyer APRES IMPLANTATION 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 :

Neurostimulateur de remplacement

Nom du neurostimulateur remplacé:

N° d'identification du neurostimulateur remplacé :

Date de l'implantation précédente :/...../.....

Nom du neurostimulateur de remplacement:

N° d'identification du neurostimulateur de remplacement :

Date de l'intervention pour le remplacement :/...../.....

Electrode de remplacement

Nom de l'électrode remplacée:

N° d'identification de l'électrode remplacée :

Date de l'implantation précédente :/...../.....

Nom de l'électrode de remplacement:

N° d'identification de l'électrode de remplacement :

Date de l'intervention pour le remplacement :/...../.....

Extension de remplacement

Nom de l'extension remplacée:

N° d'identification de l'extension remplacée :

Date de l'implantation précédente :/...../.....

Nom de l'extension de remplacement:

N° d'identification de l'extension de remplacement :

Date de l'intervention pour le remplacement :/...../.....

Programmateurs patient

Nom du programmeur patient remplacé:

N° d'identification du programmeur patient remplacé :

Date de la délivrance précédente :/...../.....

Nom du programmeur patient de remplacement:

N° d'identification du programmeur patient de remplacement :

Date du remplacement :/...../.....

B-Form-I-08
Version 2**Données médicales**

1. Fréquence et sévérité (selon la National Hospital Seizure Severity Scale NHS3) des crises :

| | ACTUEL | LORS de la PREMIERE IMPLANTATION pour STIMULATION CEREBRALE PROFONDE |
|-----------|--------|--|
| FREQUENCE | | |
| SEVERITE | | |

2. Traitement pharmacologique

- a. Traitement lors de la première implantation pour stimulation cérébrale profonde :

| MEDICAMENT | DOSE/J | DEPUIS LE...* | JUSQU'AU...* |
|------------|--------|---------------|--------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- b. Traitement actuel :

| MEDICAMENT | DOSE/J | DATE de DEBUT de ce TRAITEMENT (médicament seul ou combinaison)* | RAISON de la modification du traitement (si différent du traitement repris au point a.) |
|------------|--------|--|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

* : si la date n'est pas connue, veuillez le spécifier et si possible mettre une date approximative

3. Hospitalisations/consultations/urgences

| | AU COURS de la DERNIERE ANNEE | AU COURS de l'ANNEE PRECEDANT la PREMIERE IMPLANTATION pour STIMULATION CEREBRALE PROFONDE |
|------------------------------|-------------------------------|--|
| NOMBRE d'HOSPITALISATIONS/AN | | |
| NOMBRE de CONSULTATIONS/AN | | |

B-Form-I-08
Version 2

| | | |
|-------------------------------------|--|--|
| NOMBRE de visite aux URGENCES/AN | | |
|-------------------------------------|--|--|

4. Qualité de vie :

| | | |
|----------|--------|--|
| | ACTUEL | LORS de la PREMIERE IMPLANTATION pour STIMULATION CEREBRALE PROFONDE |
| QOLIE-31 | | |

5. Evaluation neuropsychologique (veuillez compléter avec un résumé des examens et une conclusion):

- i. QI
- ii. Mémoire
- iii. fonctions exécutives frontales

6. Évaluation psychiatrique (veuillez compléter avec un résumé des examens et une conclusion) :

- i. inventaire de dépression de Beck
- ii. Autres commentaires par rapport à l'évaluation psychiatrique :

7. Raison du remplacement :

- End of life
- Infection
- Autre :....

Établi à (lieu)

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

Nom, prénom, signature et cachet de tous les membres de l'équipe multidisciplinaire

C-Form-I-01
Version 2**FORMULAIRE C-Form-I-01**

Demande d'intervention pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire dans le coût d'un implant cochléaire¹ (prestation 152935-152946 ou 152950-152961) 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)

- A envoyer 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 à 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 comprenant une aide auditive complète (parties implantables et non implantables) pour la stimulation électrique intra-cochléaire multiélectrodes, pour les bénéficiaires de moins de huit ans (152935-152946) ou à partir de leur huitième anniversaire (152950-152961)»

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

Type de l'appareil demandé :
Code d'identification :
Oreille gauche :
Oreille droite :

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

oui

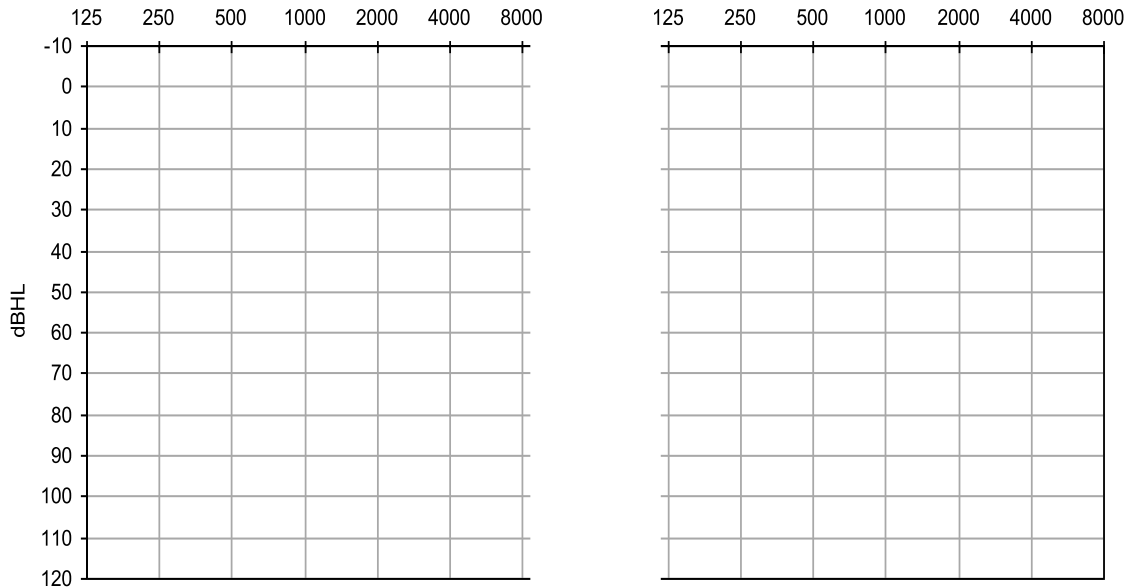
non (si la réponse est non, mentionner la date de la dernière demande :
...../...../.....)

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

C-Form-I-01
Version 2

RAPPORT AUDIOLOGIQUE

1.1. Audiométrie tonale et/ou comportementale liminaire au casque : avec / sans appareils auditifs^{2,3} :



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

Conclusion : La perte auditive de la meilleure 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/Droite |dB |
|---|---------------|---------|

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

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

oui

non

² Cf. 2.2.1.1 de la condition de remboursement C-§01 de la liste

³ En l'absence d'audition pour une ou plusieurs fréquences, 120 dB HL doivent être utilisés pour le calcul

1.4. Résultats d'une audiométrie vocale, avec et sans appareil auditif :

- avec appareil auditif :

- sans appareil auditif :

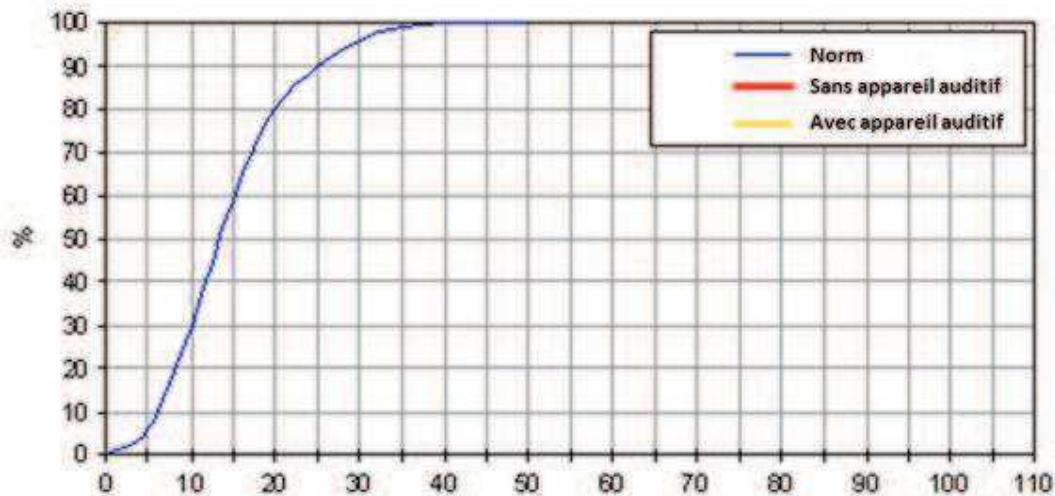
Au cas où cet examen ne serait pas réalisable, la raison doit en être clairement mentionnée.

.....

1.5. Audiométrie vocale en champ libre, avec et sans appareils auditifs⁴ :

Cochez ce champ si un audiogramme vocal a été effectué avec et sans appareil auditif et donnez l'audiogramme vocal⁵ de la meilleure oreille :

- Listes CVC : - Score mot / phonème⁶



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

⁴ Cf. 2.3 de la condition de remboursement C-§01 de la liste

⁵ 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.

⁶ Biffez la mention inutile

C-Form-I-01
Version 2

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 psychologique⁷

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 %.

⁷ Cf. avis psychologique en annexe qui décrit spécifiquement le contexte familial ainsi que les possibilités de rééducation du bénéficiaire.

C-Form-I-01

Version 2

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.⁸

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 :⁹

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.

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <i>Il n'est pas question de tels problèmes</i> |
| <input type="checkbox"/> | <i>Il est bien question de ces problèmes et le rapport est joint en annexe</i> |

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

OUI ¹⁰

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.

⁸ Cf. 2.1, condition de remboursement C-§01 de la liste,

⁹ Cf. 2.4, condition de remboursement C-§01 de la liste; le responsable est mentionné nominativement

¹⁰ Biffez la mention inutile

C-Form-I-01
Version 2

Engagements

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*)/...../.....

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

FORMULAIRE C-Form-I-02

Demande d'intervention pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire dans le coût d'un implant cochléaire contralatéral¹ (prestation 152972-152983 ou 152994-153005) 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)

- A envoyer au Collège des médecins-directeurs (INAMI, à l'attention du président du Collège des médecins-directeurs, Equipe dossiers individuels, Local T554, Avenue de Tervueren 211 à 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 comprenant une deuxième aide auditive complète (parties implantables et non implantables) pour la stimulation électrique intracochléaires multiélectrodes placés chez le patient simultanément ou de façon séquentielle avec le placement d'une aide auditive décrite sous la prestation 152935-152946 pour les bénéficiaires de moins de huit ans et sous la prestation 152935-152946 ou 152950-152961 pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire »

C-Form-I-02
Version 2

Attention : si l'implantation de l'oreille droite et de l'oreille gauche sont simultanées, deux demandes doivent être transmises au médecin-conseil.

- demande d'intervention pour prestation 152935-152946 ou 152950-152961 (aide auditive complète)
- demande d'intervention pour prestation 152972-152983 ou 152994-153005 (deuxième aide auditive complète)

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

Type de l'appareil demandé :
Code d'identification :
Oreille gauche :
Oreille droite :

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,.

RAPPORT AUDIOLOGIQUE

Date d'implantation de la première oreille :

- Enfants avant leur 12^{ème} anniversaire
- Enfants avant leur 18^{ème} anniversaire souffrant d'ossification bilatérale imminente => **le rapport médical circonstancié le prouvant doit être joint en annexe à la demande.**

Date d'implantation de la deuxième oreille :

- En cas d'implantation bilatérale de façon séquentielle, un programme de rééducation a été/ est suivi intensivement et avec succès => **le rapport médical circonstancié le prouvant doit être joint en annexe à la demande.**

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.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

C-Form-I-02

Version 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.²

2. Proposition de programme de rééducation pour le bénéficiaire avec mention de l'établissement hospitalier ou centre.

Centre :

Proposition de programme de rééducation :

.....

3. Après l'implantation, un **suivi logopédique de longue durée** aura lieu sous la responsabilité de :³

Nom :

Adresse du centre :

.....

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.

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <i>Il n'est pas question de tels problèmes</i> |
| <input type="checkbox"/> | <i>Il est bien question de ces problèmes et le rapport est joint en annexe</i> |

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

OUI⁴

NON⁴

5. La présente demande émane du médecin spécialiste implanteur, basée sur les données d'un établissement hospitalier ou d'un centre 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.

² Cf. 2.1, condition de remboursement C-§01 de la liste

³ Cf. 2.4, condition de remboursement C-§01 de la liste ; le responsable est mentionné nominativement

⁴ Biffez la mention inutile

Engagements :

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

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

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

C-Form-I-03
Version 2**FORMULAIRE C-Form-I-03**

Demande d'intervention pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire dans le coût d'un implant cochléaire¹ (prestation 152935-152946 ou 152950-152961) ou d'un implant cochléaire contralatéral² (152972-152983 ou 152994-153005) chez un bénéficiaire avec neuropathie évolutive pour lequel un accord du Collège des médecins-directeurs est nécessaire

(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)

- A envoyer au Collège des médecins-directeurs directeurs (INAMI, à l'attention du président du Collège des médecins-directeurs, Equipe dossiers individuels, Local T554, Avenue de Tervuren 211 à 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 :

¹ Comprendre ici un « Kit comprenant une aide auditive complète (parties implantables et non implantables) pour la stimulation électrique intra-cochléaire multiélectrodes, pour les bénéficiaires de moins de huit ans ou à partir de leur huitième anniversaire»

² Comprendre ici un «Kit comprenant une deuxième aide auditive complète (parties implantables et non implantables) pour la stimulation électrique intracochléaires multiélectrodes placés chez le patient simultanément ou de façon séquentielle avec le placement d'une aide auditive décrite sous la prestation 152935-152946 pour les bénéficiaires de moins de huit ans et sous la prestation 152935-152946 ou 152950-152961 pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire»

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

Type de l'appareil demandé :
Code d'identification :
Oreille gauche :
Oreille droite :

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 audiologique et tous les éléments prévus à l'intitulé 2.2 « Indications » de la condition de remboursement C-§01 de la liste.

Date d'implantation de la première oreille :/...../.....

Date d'implantation de la deuxième oreille :/...../.....

RAPPORT AUDIOLOGIQUE

1.1. Test BERA sans appareils auditifs³:

- Potentiels évoqués désynchronisés
- Potentiels microphoniques cochléaires anormaux

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

oui

non

1.3. 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.

.....

1.4. Audiométrie **vocale en champ libre, avec et sans appareils auditifs⁴ :**

Cochez ce champ si un audiogramme vocal a été effectué avec et sans appareil auditif et donnez l'audiogramme vocal⁵ de la meilleure oreille :

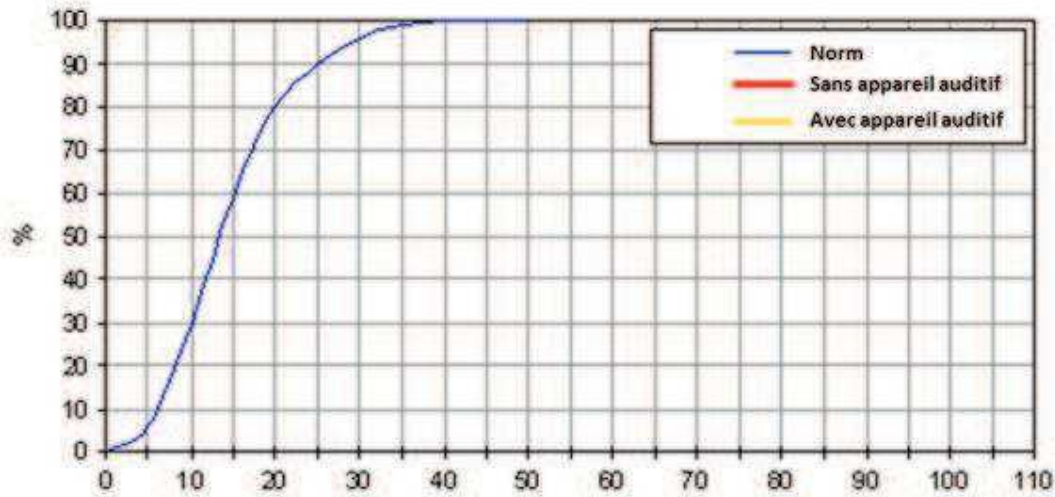
- Listes CVC : - Score mot / phonème⁶

³ Cf. 2.2.1 de la condition de remboursement C-§01 de la liste

⁴ Cf. 2.3 de la condition de remboursement C-§01 de la liste

⁵ 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.

⁶ Biffez la mention inutile



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

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 psychologique⁷

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 %.

⁷ Cf. avis psychologique en annexe qui décrit spécifiquement le contexte familial ainsi que les possibilités de rééducation du bénéficiaire.

C-Form-I-03

Version 2

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.⁸

2.2. Proposition de programme de rééducation pour le bénéficiaire avec mention du centre.

Centre :

Proposition de programme de rééducation :

.....

2.3. Après l'implantation, un **suivi logopédique de longue durée** aura lieu sous la responsabilité de :⁹

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.

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <i>Il n'est pas question de tels problèmes</i> |
| <input type="checkbox"/> | <i>Il est bien question de ces problèmes et le rapport est joint en annexe</i> |

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

OUI ¹⁰

NON ⁹

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.

⁸ Cf. 2.1, condition de remboursement C-§01 de la liste

⁹ Cf. 2.4, condition de remboursement C-§01 de la liste; le responsable est mentionné nominativement

¹⁰ Biffez la mention inutile

Engagement :

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

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

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

C-Form-I-04
Version 2**FORMULAIRE C-Form-I-04**

Demande d'intervention pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire dans le coût d'un remplacement de la partie interne d'un implant cochléaire (prestation 153090 – 153101 ou 153112 - 153123) pour lequel un accord du Collège des médecins-directeurs est nécessaire

(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)

- A envoyer 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 à 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 :

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

Conformément aux dispositions prévues à l'intitulé 4.2, 4.3.1 et 5.2.3 de la condition de remboursement C-§01 de la liste, un remplacement de la partie interne d'un implant cochléaire est demandé pour le (la) bénéficiaire susmentionné(e) :

Type de l'appareil demandé :

Code d'identification :

Oreille gauche :

Oreille droite :

1. Première oreille

- 1.1. Date du dernier implant cochléaire dans la 1^{ère} oreille pour lequel une intervention de l'assurance obligatoire a été obtenue via la prestation 683690-683701, 152935-152946 ou 152950-152961 (IC total) ou 153090 - 153101 (remplacement partie interne) :/...../.....

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

- 1.2. Raisons du remplacement :

.....

- 1.3. Date du dernier implant cochléaire dans la 1^{ère} oreille pour lequel une intervention n'a pas été obtenue via la prestation 683690-683701, 152935-152946 ou 152950-152961 (IC total) ou 153090-153101(remplacement partie interne) :/...../.....

C-Form-I-04
Version 2**2. Deuxième oreille**

- 2.1. Date du dernier implant cochléaire dans la 2^{ème} oreille pour lequel une intervention a été obtenue via la prestation 685333-685344, 691891-691902, 152972-152983 ou 152994-153005 (IC total) ou 153112-153123 (remplacement partie interne) :/...../.....

Les documents de la 2^{ème} implantation démontrant que cette implantation répondait aux critères de la condition de remboursement sont fournis en annexe.

- 2.2. Raisons du remplacement :

.....

- 2.3. Date du dernier implant cochléaire dans la 2^{ème} oreille pour lequel une intervention n'a pas été obtenue via la prestation 685333-685344, 691891-691902, 152972-152983 ou 152994-153005 (IC total) ou 153112-153123 (remplacement partie interne) :/...../.....

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.

Établi à (lieu)

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

Nom, prénom, signature et cachet du médecin spécialiste O.R.L.

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 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».

C-Form-I-06
Version 4**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

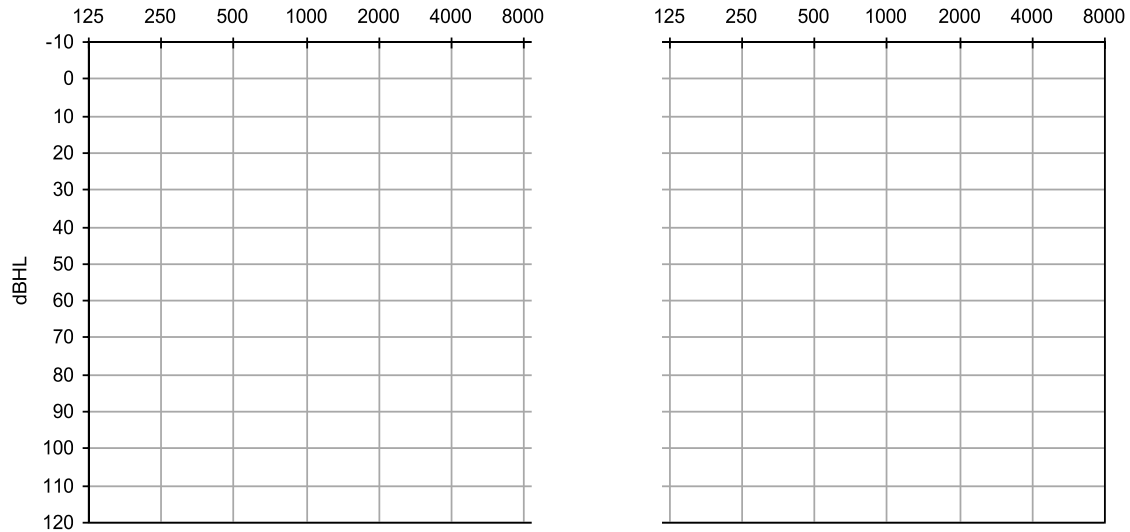
non (si la réponse est non, mentionner la date de la dernière demande :
...../...../.....)

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

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

C-Form-I-06

Version 4

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.

.....

.....

.....

.....

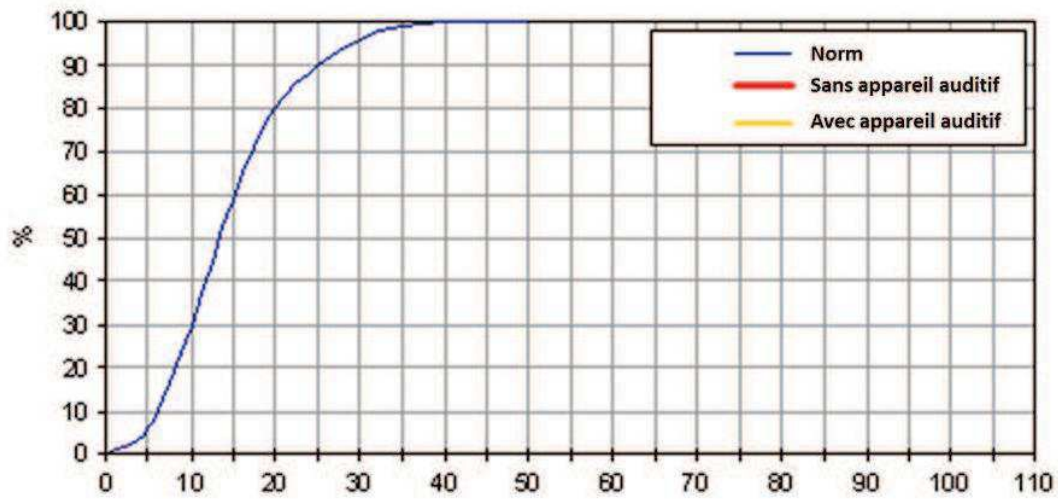
.....

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

C-Form-I-06
Version 4

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 4

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.

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <i>Il n'est pas question de tels problèmes</i> |
| <input type="checkbox"/> | <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

C-Form-I-06
Version 4

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)

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 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
Version 2**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 audiologique 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.

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 audiolgique
- 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
Version 2

...

Conclusion :

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

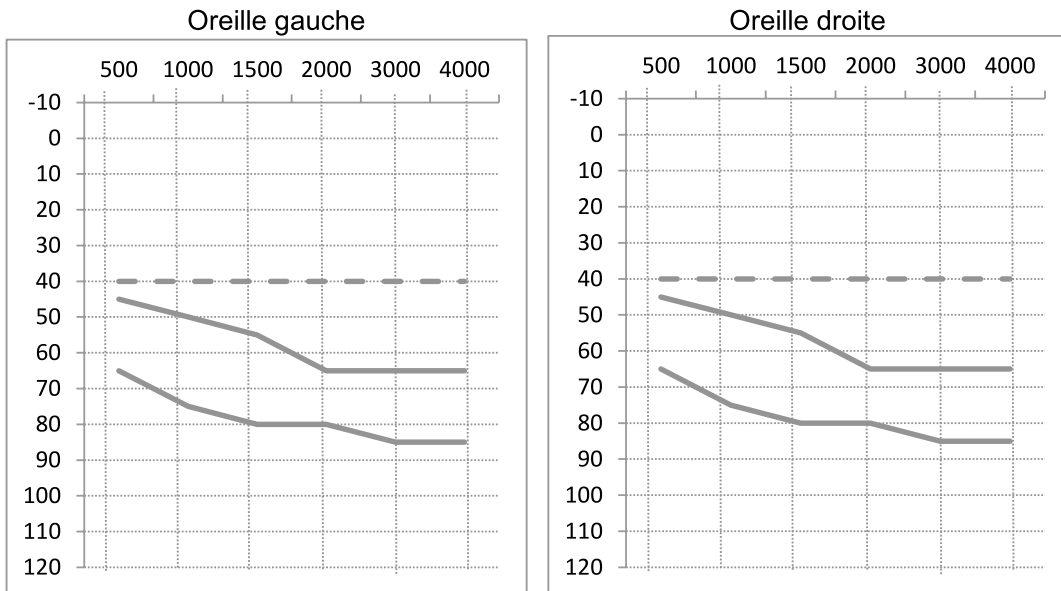
- Parce qu'il n'en a retiré aucun avantage pendant la période d'essai.**
- Parce qu'il y a une raison médicale clairement motivée, sans période d'essai**

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**

| |
|-----------------------------|
| 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.

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.

C-Form-I-08
Version 2**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 172373-172384¹) pour lequel un accord du Collège des médecins-directeurs est nécessaire

(Veuillez remplir ce formulaire en caractère d'imprimerie)

- A envoyer 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 »

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
Version 2

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

FORMULAIRE E-Form-I-01

Demande d'intervention pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire dans le coût des prestations relatives au traitement de l'incontinence fécale, pour lequel un accord du Collège des médecins-directeurs est nécessaire

(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)

- À envoyer 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 à 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 bénéficiaire¹

Nom :

Prénom :

Numéro d'identification au Registre National :

Date de naissance :

Sexe :

Organisme assureur :

Demande de remboursement pour le traitement de l'incontinence fécale par implantation

1. Numéro d'ordre du dossier :

(! Réserve à l'administration !)

¹ Afin de garantir l'anonymat du bénéficiaire, ainsi que la totale impartialité du comité de décision, l'identité du bénéficiaire ainsi que celle du médecin spécialiste ne seront révélées que lorsqu'on aura décidé si le bénéficiaire pouvait être pris en considération pour un traitement par implantation)

E-Form-I-01
Version 2**2. Description du problème :****2.1. Incontinence fécale :**

| | | |
|----------------------------|---|-----|
| Incontinence aux gaz | 0 | /4 |
| Incontinence aux liquides | 0 | /4 |
| Incontinence aux solides | 0 | /4 |
| Port d'une protection | 0 | /4 |
| Altération du style de vie | 0 | /4 |
| | | |
| Wexner score total | 0 | /20 |

2.2. Cause de l'incontinence fécale :

- traumatique
- obstétrique
- neurogène
- idiopathique
- congénitale
- après chirurgie abdomino-périnéale
- autre

2.3. Durée de l'incontinence fécale : années**2.4. Thérapie(s) déjà prescrite(s) :**

- Lavement
- Médication
- Biofeedback
- Diète
- Chirurgie
- Autre

3. Questionnaire concernant le fonctionnement intestinal actuel :

Complété ?

 Oui Non

QoL score : /10

4. Type d'implantation :**4.1. Première implantation ?** Neurostimulation sacrée

Type d'implant : Stimulateur - Programmeur - Extension -

 Graciloplastie dynamique

Type d'implant : Stimulateur - Programmeur – Electrode

 Sphincter ABS

Type d'implant : Acticon – PAS prosthetic anal sphincter

4.2. Renouvellement ? Neurostimulation sacrée

Type d'implant : Stimulateur - Programmeur - Extension

 Graciloplastie dynamique

Type d'implant: Stimulateur - Programmeur - Electrode

 Sphincter ABS

Type d'implant: Acticon – PAS prosthetic anal sphincter

4.2.1. Même type d'implant ?

 Oui Non

4.2.2. Dans la négative : type de l'implant précédent :

 Neurostimulation sacrée

Type d'implant: Stimulateur - Programmeur - Extension

 Graciloplastie dynamique

Type d'implant: Stimulateur - Programmeur – Electrode

 Sphincter ABS

Type d'implant: Acticon – PAS prosthetic anal sphincter

E-Form-I-01
Version 2**5. Examens diagnostiques :****5.1. Manométrie ano-rectale :**Pression basale au repos mm Hg
('Normal range' entre et mm HG)Pression maximale volontaire mm Hg
('Normal range' entre et mm HG)Sensation de remplissage du rectum ml (sensation initiale)
ml (volume maximum supportable)**5.2. Echographie endo-anaïe :**

Présence / absence de défaut du sphincter interne / externe ?

| | Présence défaut | Absence défaut |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sphincter interne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sphincter externe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5.3. PNTML (facultatif) :

| | Normale | Ralentie | Absente |
|--------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Droite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gauche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5.4. Colpocystodéfécographie :Rx transit baryté MRI **5.5. Mauvaise position:**

- Incontinence
- Vidange rectale incomplète
- Intussusception
- Prolapsus externe
- Rectocèle / Elytrocèle
- Anisme
- Autre

5.6. EMG du sphincter anal (optionnel – max 7 à 10 lignes) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Stimulation test SNS : (seulement en cas de neuromodulation sacrée)

Oui Non

Baseline (14 jours) : du / / au / /

Test (14 jours) : du / / au / /

Positif (amélioration de l'incontinence d'au moins 50 %) ?

Oui Non

14 jours après retrait de l'électrode : du / / au / /

Aggravation ? :

Oui Non

7. Discussion thérapeutique (max 7 à 10 lignes)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

E-Form-I-01
Version 2

Engagements

Le soussigné déclare que le bénéficiaire susmentionné satisfait aux critères suivants, comme mentionné à la condition de remboursement E-§04 de la liste:

Indications (critères d'inclusion) pour le sphincter anal artificiel, la graciloplastie dynamique ou la stimulation du nerf sacré :

- a) Incontinence fécale démontrée sur base d'un agenda (2 épisodes / semaine en moyenne) depuis plus de trois mois (sauf dans le cas de reconstruction périnéale après amputation abdomino-périnéale du rectum)
- b) Pas d'autre possibilité de reconstruction chirurgicale
- c) Effet insuffisant (échec) des traitements médicaux
- d) Effet insuffisant du biofeedback
- e) Pas de prolapsus rectal externe
- f) Pas de maladie intestinale chronique, telle que l'IBD (maladie inflammatoire de l'intestin)
- g) Pas de diarrhée chronique (si la diarrhée est la cause principale de l'incontinence)
- h) Pas de stomie définitive
- i) Pas de contre-indications anatomiques au placement d'une électrode ou d'une prothèse
- j) Pas de diathèse hémorragique
- k) Pas de troubles psychiatriques ou d'handicaps physiques qui pourraient gêner l'utilisation adéquate de l'implant

Contre-indications (critères d'exclusion) pour la stimulation du nerf sacré :

- a) Toute contre-indication à la stimulation du nerf sacré pour cause d'affections urologiques (concomitantes)
- b) Malformations anorectales congénitales
- c) Absence d'un sphincter anal externe circulaire intact, après reconstruction chirurgicale préalable ou non (seuls des défauts mineurs sont acceptables)
- d) Durant la grossesse
- e) Maladie neurologique progressive

Contre-indications (critères d'exclusion) pour le sphincter anal artificiel et la graciloplastie dynamique :

- a) Durant la grossesse
- b) Maladie neurologique progressive

Dans le cas d'une stimulation du nerf sacré avec défaut mineur du sphincter anal externe circulaire, le degré de défaut est :....

E-Form-I-01
Version 2

Établi à (*lieu*)

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

Nom, prénom, signature et cachet du médecin-spécialiste :

FORMULAIRE F-Form-I-05

Demande d'intervention pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire dans le coût de la prestation relative à l'utilisation d'un ou plusieurs cathéters de dilatation, de matériel de fenestration ou de septation, de matériel d'occlusion, d'implants et d'accessoires, à l'occasion de la prestation 589455-589466 de la nomenclature, pour lequel un accord du Collège des médecins-directeurs est nécessaire

(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)

- A envoyer 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 à 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 :

Code postal :

Organisme assureur :

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

Demande d'intervention de l'assurance pour la prestation 159471-159482**1. Rapport**

Diagnostic: cardiaque:

.....

.....

.....

Diagnostic: non cardiaque:

.....

.....

.....

Interventions cardiaques:

.....

.....

.....

Longueur:..... Poids:..... BSA:.....

Indication pour cathéterisme (veuillez cocher l'indication):

- Interventions crosse de l'aorte
- Interventions vaisseaux sanguins pulmonaires (au-dessus de jonction sino-tubulaire)
- Interventions RVOT (jusqu'au tronc AP)
- Interventions intracardiaques (faire-fermer des fenestrations, Rashkind,)
- Divers: autre cœur droite (tuteur VCI – VCS, ...)
- Divers: autre cœur gauche (fistule coronaire, tuteur VP, ...)

Prémédication – anesthésie:.....

Voie d'accès:.....

Positionnement du cathéter:.....

Données de cathéterisme cardiaque:

| Lieu | Pression mm Hg | | | O ₂ saturation % |
|------|----------------|-------|------|-----------------------------|
| | Syst | Diast | Mean | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Angiocardiographie:.....
.....
.....
.....

Procédure (y compris la description du matériel utilisé):.....
.....
.....
.....

Complications:.....

Durée scopie:..... Dose scopie:.....

Conclusion:
.....
.....
.....
.....

2. Cathéter(s) utilisé(s), matériel et implants (type et prix)

La prestation 159471-159482 ne peut pas être cumulée avec les prestations 159390-159401, 159412-159423, 159434-159445 et 159456-159460.

Pour les produits qui doivent être notifiés, le numéro de notification doit être mentionné.

2.1. Matériel de dilatation

Sont compris :

- cathéters à ballon (tout cathéter avec ballon, y compris ballon "vasculaire", ballon "coronaire", "ballon de mesure", ...)
- dilatator sheats coniques : type Mullins sheat
- cutting balloon
- blade septectomie catheter

| Matériel de dilatation | Prix (TVAc) |
|------------------------|-------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

2.2. Matériel de ponction

Sont compris :

- aiguille Brockenbrough
- cathéter de fulguration : Cerablade, ...

- cathéter électrique steerable (comme lors d'un examen électrophysiologique)

| Matériel de ponction | Prix (TVAc) |
|----------------------|-------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

2.3. Stents (classique/covered)

| Stents | Prix (TVAc) et numéro de notification |
|--------|---------------------------------------|
| | |
| | |
| | |

2.4. Matériel d'occlusion

Sont compris :

- occlusion totale : coils, foam, particules
- prothèse: cf ASD, VSD, ODB
- flow restrictors: fenestrated ASD device

| Matériel d'occlusion | Prix (TVAc) et numéro de notification |
|----------------------|---------------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

2.5. Autre matériel

| Autre matériel | Prix (TVAc) |
|----------------|-------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Établi à (*lieu*)

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

Nom, prénom, signature et cachet du médecin-spécialiste :

G-Form-I-06
Version 2**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 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-1-06
Version 2

| 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 2

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)

FORMULAIRE G-Form-I-04**Demande d'intervention pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire dans le coût d'une thérapie d'essai pour neurostimulation médullaire pour ischémie critique et inopérable des membres inférieurs***(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)*

- A envoyer 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_ _ _ _ _

Noms et prénoms des médecins spécialistes et N° INAMI:

| | Nom et prénom | Numéro INAMI |
|--------------|---------------|--------------|
| Chirurgien 1 | | |
| Chirurgien 2 | | |
| Interniste | | |

Adresse E-mail :

Téléphone (secrétariat du service) :

Identification du bénéficiaire

Nom :

Prénom :

Numéro d'identification au Registre National :

Date de naissance :

Sexe :

Organisme assureur :

G-Form-I-04
Versie 2

Membre ischémique:

- Gauche
- Droite
- Les 2

Antécédents:

1) Diabète: oui / non - Traité depuis:.....années
 - Insulinoréquant/traitement incretinomimétique depuis:
 années

2) Amputations précédentes limitées du membre ischémique concerné:

3) Revascularisations antérieures du membre ischémique pour lequel une neurostimulation médullaire est proposée : *(détailler niveau, prothèse-veine, Fogarty, fibrinolyse, sympathectomie lombaire, amputation d'orteil...)*:

Intervention.....
 Date (DD/MM/YYYY).....

Intervention.....
 Date (DD/MM/YYYY).....

Intervention.....
 Date (DD/MM/YYYY).....

Intervention.....
 Date (DD/MM/YYYY).....

Intervention.....
 Date (DD/MM/YYYY).....

Intervention.....
 Date (DD/MM/YYYY).....
 Intervention.....
 Date (DD/MM/YYYY).....

Intervention.....
 Date (DD/MM/YYYY).....

G-Form-I-04
Versie 2**Données cliniques:**1) Douleur au repos : oui non Depuis :mois2) Lésions trophiques
(joindre une photo
couleur de la
lésion)- nécrose limitée: oui non niveau:- infection locale: oui non- ulcère ischémique: oui non Diamètre (mm):

Niveau:

Aspect:

3) Intensité de la douleur (échelle VAS) (indiquer avec une croix "x")

Absence de douleur _____ Douleur intolérable

4) Consommation d'antalgiques :

| Médication | Dose par prise | Nombre de fois/jour | Nombre de jours/semaine |
|------------|----------------|---------------------|-------------------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |

5) Périmètre de marche : mètres

6) Influence de la douleur sur les activités habituelles (score: 0 = impossible; 10 = normal)

- Activités quotidiennes (ménage, toilette, ...) :
- Activités sociales :
- Détente (sport, lecture, ...) :
- Repos :
- Monter des escaliers (+/- 20 marches) :

G-Form-I-04
Versie 2

7) Sommeil nocturne

- qualité: excellent bon satisfaisant mauvais très mauvais
 - difficultés d'endormissement: jamais parfois souvent chaque nuit
 - être réveillé par la douleur : jamais parfois souvent chaque nuit

Examens vasculaires1) Doppler: pression perfusion
cheville:droite:gauche:

mmHg

mmHg

Indice cheville / bras:

*(joindre une copie de la courbe Doppler)*2) Arteriographie (membre
ischémique)

- artère iliaque: % sténose
 - artère fémorale commune: %
 - artère fémorale superficielle: %
 - artère fémorale profonde: %
 - artère poplitée: %
 - artère tibiale antérieure: %
 - artère tibiale postérieure: %
 - artère péronnière: %

(joindre une copie du protocole et des clichés d'artériographie)

3) Raison de l'inopérabilité:

.....

*(absence de veine saphène utilisable, absence de vaisseau distal,...)*4) Tc-
pO₂

au repos – pied en position

Droite:

_____mmHg

Gauche:

couchée:

mmHg

au repos – pied en position

_____mmHg

pendante:

mmHg

*(joindre une copie van de la courbe tc-pO₂)***Critères pour l'octroi de la neurostimulation**

- Ischémie critique des membres inférieurs avec douleur au repos depuis au moins 1 mois, avec ou sans gangrène limitée (max. 2 orteils ou nécrose superficielle du talon), avec ou sans ulcère artériel (inférieur à 3 cm et superficiel), sans infection active au niveau des lésions trophiques;

- Résultats positifs d'une période de test de minimum 15 jours avec électrode implantée par voie percutanée. La période de test est réalisée dans un des cas suivants:
 - la valeur Tc-PO2 au niveau du pied en position couchée se situe entre 10 mm Hg et 30 mm Hg ou est égale à 10 mm Hg ;
 - la valeur Tc-PO2 au niveau du pied en position couchée est inférieure à 10 mm Hg, mais remonte à 20 mmHg ou plus avec le pied en position pendante.

Les résultats de la thérapie d'essai sont considérés comme positifs si la douleur est diminuée d'au moins de 50% et si on peut réduire la prise d'antalgiques grâce à la neurostimulation d'essai avec une amélioration manifeste de la qualité de vie.

- Une revascularisation durable est hautement improbable;
- Une pression de perfusion distale inférieure à 50 mmHg, avec un index de pression cheville / bras inférieur à 35 % ou en cas de calcinose diabétique de la média, absence de pulsations périphériques;
- L'espérance de vie est de 5 ans ou plus;
- L'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation du neurostimulateur ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif
- Absence de contre indications à l'implantation d'une neurostimulateur.

Engagement :

Je déclare que le bénéficiaire susmentionné correspond bien à tous les critères prévus à la condition de remboursement G-§09 de la liste (critères d'inclusion et critères d'exclusion).

Établi à (*lieu*)

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

Nom, prénom, signature et cachet du premier chirurgien:

Nom, prénom, signature et cachet du deuxième chirurgien:

Nom, prénom, signature et cachet de l'interniste:

G-Form-I-05
Versie 2**FORMULAIRE G-Form-I-05****Demande d'intervention pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire dans le coût d'une neurostimulation médullaire pour ischémie critique et inopérable des membres inférieurs: remplacement***(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)*

- A envoyer 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_ _ _ _ _

Noms et prénoms des médecins spécialistes et N° INAMI :

| | Nom et prénom | Numéro INAMI |
|--------------|---------------|--------------|
| Chirurgien 1 | | |
| Chirurgien 2 | | |
| Interniste | | |

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 la première intervention :/...../.....

Membre ischémique:

- Gauche
- Droite
- Les 2

Raison du remplacement:

- end of life
- infection
- autre, à spécifier:.....

Antécédents:

- 1) Diabète: oui / non - Traité depuis:.....années
 - Insulinoréquant/traitement incretinomimétique depuis :
 années

2) Amputations précédentes limitées du membre ischémique concerné:

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

3) Revascularisations antérieures du membre ischémique pour lequel une neurostimulation médullaire est proposée : (*détailler niveau, prothèse-veine, Fogarty, fibrinolyse, sympathectomie lombaire, amputation d'orteil...*):

Intervention.....
Date (DD/MM/YYYY).....

Intervention.....
Date (DD/MM/YYYY).....

Intervention.....
Date (DD/MM/YYYY).....

Intervention.....
Date (DD/MM/YYYY).....

Intervention.....
Date (DD/MM/YYYY).....

Intervention.....
Date (DD/MM/YYYY).....

Intervention.....
Date (DD/MM/YYYY).....

Intervention.....
Date (DD/MM/YYYY).....

G-Form-I-05
Versie 2**Données cliniques**1) Douleur au repos : oui non Depuis :mois2) Lésions trophiques
(joindre une photo
couleur de la lésion)

- nécrose limitée: oui non niveau:
 - infection locale: oui non
 - ulcère ischémique: oui non Diamètre (mm):
 Niveau:
 Aspect:

3) Intensité de la douleur (échelle VAS) (indiquer avec une croix " x ")

Absence de douleur _____ Douleur intolérable

4) Consommation d'antalgiques :

| Médication | Dose par prise | Nombre de fois/jour | Nombre de jours/semaine |
|------------|----------------|---------------------|-------------------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |

5) Périmètre de marche : mètres

6) Influence de la douleur sur les activités habituelles (score: 0 = impossible; 10 = normal)

- Activités quotidiennes (ménage, toilette, ...) :
- Activités sociales :
- Détente (sport, lecture, ...) :
- Repos :
- Monter des escaliers (+/- 20 marches) :

7) Sommeil nocturne :

- qualité: excellent bon satisfaisant mauvais très mauvais
 - difficultés d'endormissement: jamais parfois souvent chaque nuit
 - être réveillé par la douleur : jamais parfois souvent chaque nuit

Examens vasculaires1) Doppler: pression perfusion
cheville:droite:gauche:

mmHg

mmHg

Indice cheville / bras:

*(joindre une copie de la courbe Doppler)*2) Arteriographie (membre
ischémique)

- artère iliaque:

% sténose

- artère fémorale
commune:

%

- artère fémorale
superficielle:

%

- artère fémorale
profonde:

%

- artère poplitée:

%

- artère tibiale antérieure:

%

- artère tibiale
postérieure.

%

- artère péronnière:

%

(joindre une copie du protocole et des clichés d'artériographie)

3) Raison de l'inopérabilité:

.....

*(absence de veine saphène utilisable, absence de vaisseau distal,...)*4) Tc-
pO₂

au repos – pied en position

Droite:

_____mmHg

Gauche:

couchée:

mmHg

au repos – pied en position

mmHg

pendante:

mmHg

*(joindre une copie van de la courbe tc-pO₂)***Critères pour l'octroi de la neurostimulation**

- Ischémie critique des membres inférieurs avec douleur au repos depuis au moins 1 mois, avec ou sans gangrène limitée (max. 2 orteils ou nécrose superficielle du talon), avec ou sans ulcère artériel (inférieur à 3 cm et superficiel), sans infection active au niveau des lésions trophiques;

G-Form-I-05
Versie 2

- Résultats positifs d'une période de test de minimum 15 jours avec électrode implantée par voie percutanée. La période de test est réalisée dans un des cas suivants:
 - la valeur Tc-PO2 au niveau du pied en position couchée se situe entre 10 mm Hg et 30 mm Hg ou est égale à 10 mm Hg ;
 - la valeur Tc-PO2 au niveau du pied en position couchée est inférieure à 10 mm Hg, mais remonte à 20 mmHg ou plus avec le pied en position pendante.
- Les résultats de la thérapie d'essai sont considérés comme positifs si la douleur est diminuée d'au moins de 50% et si on peut réduire la prise d'antalgiques grâce à la neurostimulation d'essai avec une amélioration manifeste de la qualité de vie.
- Une revascularisation durable est hautement improbable;
 - Une pression de perfusion distale inférieure à 50 mmHg, avec un index de pression cheville / bras inférieur à 35 % ou en cas de calcinose diabétique de la média, absence de pulsations périphériques;
 - L'espérance de vie est de 5 ans ou plus;
 - L'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation du neurostimulateur ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif
 - Absence de contre indications à l'implantation d'une neurostimulateur.

Engagement

Je déclare que le bénéficiaire susmentionné correspond bien à tous les critères prévus à la condition de remboursement G-§09 de la liste (critères d'inclusion et critères d'exclusion).

Établi à (lieu)

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

Nom, prénom, signature et cachet du premier chirurgien:

Nom, prénom, signature et cachet du deuxième chirurgien:

Nom, prénom, signature et cachet de l'interniste:

FORMULAIRE L-Form-I-05

Demande pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire dans le coût d'une prothèse de remplacement du cortex osseux pour lequel un accord du Collège des médecins-directeurs est nécessaire

(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)

- A envoyer 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 à 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 :/...../.....

Numéro d'encodage dans la base de données Orthoprïde (si d'application) :

.....

L-Form-I-05
Version 2

Identification du pharmacien hospitalier

Nom et prénom :

N° INAMI :

Adresse Email :

*

1. Eléments faisant l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire via la liste

| Prestation | Code d'identification (si repris sur une liste nominative) | Code notification | Référence | Distributeur | Prix (TVAC) | Remboursement |
|------------|---|-------------------|-----------|--------------|-------------|---------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

2. Eléments sur mesure

On entend par "éléments sur mesure" des éléments fabriqués spécifiquement suivant la prescription écrite du médecin spécialiste implantateur indiquant, sous la responsabilité de ce dernier, les caractéristiques de conception spécifiques et destiné à n'être utilisé que pour un bénéficiaire déterminé. Les éléments fabriqués suivant des méthodes de fabrication continue ou en série ne sont pas considérés comme éléments sur mesure même s'ils nécessitent une adaptation.

| Intitulé | Distributeur | Prix (TVAC) * |
|----------|--------------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

* Pour les factures établies à l'étranger, la TVA est ajoutée manuellement. Cette TVA est acquittée directement par l'hôpital à l'administration de la TVA.

L-Form-I-05
Version 2

En cas d'utilisation d'éléments sur mesure, les documents suivants doivent obligatoirement être repris en annexe au présent formulaire, comme mentionné à la condition de remboursement L-§18 de la liste :

- un rapport médical circonstancié justifiant l'utilisation d'éléments sur mesure et une motivation expliquant l'impossibilité d'utiliser une prothèse articulaire classique;
- le formulaire L-Form-I-06, reprenant les données nécessaires à l'évaluation du dossier;
- la déclaration de conformité, établie par le fabricant de la prothèse, stipulant que celle-ci a bien été fabriquée sur mesure;
- une facture détaillée émanant du distributeur de la prothèse.

3. Eléments modulaires

| Intitulé | Distributeur | Code notification | Prix (TVAC) |
|----------|--------------|-------------------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

En cas d'utilisation d'éléments modulaires, les documents suivants doivent obligatoirement être repris en annexe au présent formulaire :

- un rapport médical circonstancié démontrant l'interruption osseuse au niveau métaphysaire et/ou diaphysaire, et justifiant l'utilisation d'éléments modulaires ;
- la facture.

4. Autres éléments

| Intitulé | Distributeur | Code de notification | Prix (TVAC) |
|----------|--------------|----------------------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

La ou les facture(s) doi(ven)t obligatoirement être jointe(s) en annexe du présent formulaire.

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

Nom, prénom, signature et cachet du médecin spécialiste

Signature du pharmacien hospitalier

L-Form-I-06
Version 2**FORMULAIRE L-Form-I-06**

Demande pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire dans le coût d'une prothèse articulaire sur mesure pour laquelle un accord du Collège des médecins-directeurs est nécessaire

(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)

- A envoyer 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 à 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 :/...../.....

Numéro d'encodage dans la base de données Orthopride (si d'application) :

.....

Informations supplémentaires concernant le bénéficiaire/dispositif :

Taille (cm) :

Poids(kg) :

Côté du corps à traiter : Droit / Gauche (biffer la mention inutile)

Etat des os :

Primaire / Révision (biffer la mention inutile)

Indication médicale :

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

Description de la prothèse articulaire :

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

Référence du dispositif comme mentionné sur la facture :

Autre information utile :

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

Pour pouvoir prétendre à une intervention de l'assurance obligatoire, vous devez également fournir les éléments suivants, comme mentionné à la condition de remboursement L-§18 de la liste :

- un rapport médical circonstancié justifiant l'utilisation d'éléments sur mesure et une motivation expliquant l'impossibilité d'utiliser une prothèse articulaire classique ;
- la déclaration de conformité, établie par le fabricant de la prothèse, stipulant que celle-ci a bien été fabriquée sur mesure;
- une facture détaillée émanant du distributeur de la prothèse.

Établi à (*lieu*)

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

Nom, prénom, signature et cachet du médecin spécialiste:

L-Form-I-07
Version 2**FORMULAIRE L-Form-I-07****Notification pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire dans le coût d'un fixateur externe tridimensionnel***(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie)*

- A envoyer au Collège des médecins-directeurs

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 :

Mutualité :

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

Critère à confirmer par un médecin-spécialiste en orthopédie

Le soussigné, docteur en médecine, spécialiste en orthopédie, déclare que le bénéficiaire susmentionné correspond bien à l'un des critères d'inclusion suivants, comme mentionné à la condition de remboursement L§24 de la liste:

Cocher le critère :

1. Dysplasie du squelette :

- Achondroplasie
- Pseudoachondroplasie
- Chondrodysplasie métaphysaire
- Dysplasie chondroectodermique
- Maladie des exostoses multiples héréditaire
- Maladie d'Ollier
- Dysplasie fibreuse

2. Pathologies osseuses métaboliques :

- Diabète phosphaté
- Rachitisme
- Mucopolysaccharidose

3. Tibia Vara :

- Maladie de Blount

4. Déformations congénitales :

- Déficit focal au niveau du fémur proximal (PFFD)
- Hémimélie fibulaire
- Hémimélie tibiale
- Arthrogrypose

5. Déformations multiplanaires acquises suite à :

- Infection
- tumeur
- Brûlures

6. Déviation axiale multiplanaire suite à : un trauma

- Un trauma (épiphysiolyse - calvicieux)

Sur base de ce critère, je déclare que ce bénéficiaire entre en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire.

Établi à (*lieu*)

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

Nom, prénom, signature et cachet du médecin spécialiste: