

# **I.N.A.M.I.**

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

## **Soins de Santé**

Circulaire OA n° 2013/449 du 20 décembre 2013

3862/69

En vigueur à partir du 1 janvier 2014

## **Nouvelle convention de rééducation conclue avec les centres pour défibrillateurs cardiaques implantables.**

### **Numéros d'identification centres.**

### **Liste défibrillateurs cardiaques en vigueur dès le 1er janvier 2014.**

1. Lors de sa séance du 2 décembre 2013, le Comité de l'assurance a approuvé une nouvelle convention de revalidation entre le Comité de l'assurance de Soins de Santé de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité et l'hôpital. Cette convention a pour objet de définir les modalités de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé relative aux défibrillateurs cardiaques implantables et aux accessoires implantés ainsi que les honoraires et les prix. Veuillez trouver le texte en **annexe 1**.

Vous trouverez ci-dessous les codes de la nomenclature que vous pouvez utiliser pour la facturation des implantations dès le 1/1/2014 pour lesquelles le Collège des médecins-directeurs a donné son accord:

704815-704826

Tranche d'enveloppe pour défibrillateur cardiaque implantable

704830-704841

Tranche d'enveloppe pour défibrillateur cardiaque de remplacement implantable

704896-704900

Tranche d'enveloppe pour électrode pour défibrillateur cardiaque (de remplacement) implantable

Sous la prestation 685812-685823 la marge de délivrance pour les produits au-dessus est attestée.

704852-704863

Défibrillateur cardiaque implantable après liquidation totale de l'enveloppe

704874-704885

Défibrillateur cardiaque de remplacement implantable après liquidation totale de l'enveloppe

704911-704922

Electrode pour défibrillateur cardiaque (de remplacement) implantable après liquidation totale de l'enveloppe

704933-704944

Marge de délivrance pour défibrillateur cardiaque implantable après liquidation totale de l'enveloppe

704955-704966

Marge de délivrance pour électrode pour défibrillateur cardiaque (de remplacement) implantable après liquidation totale de l'enveloppe

2. Seulement les demandes d'adhésion des centres à la nouvelle convention de rééducation qui ont été approuvées par le Comité de l'assurance, sont reprises en **annexe 2**. Les conventions de rééducation entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2014.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. De Ridder  
Directeur général.

Annexes :

[Ann1convention-F](#)  
[BijlAnn2-Lijst centra's defib](#)

**CONVENTION ENTRE LE COMITE DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE DE L'INSTITUT NATIONAL ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE ET LE RESPONSABLE AGISSANT AU NOM DU POUVOIR ORGANISATEUR DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER POUR SON CENTRE DE DEFIBRILLATEURS CARDIAQUES IMPLANTABLES**  
**«Hôpital» («N centre»)**

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment les articles 22, 6°, et 23, § 3 ;

Sur proposition du Collège des médecins-directeurs institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité ;

Il est convenu ce qui suit, entre,

d'une part,

- le Comité de l'assurance soins de santé désigné ci-après dans le texte par le terme « le Comité de l'assurance », premier contractant,

et, d'autre part,

- le responsable agissant au nom du pouvoir organisateur de l'établissement hospitalier « «Hôpital» » pour son centre de défibrillateurs cardiaques implantables, deuxième contractant.

**BUT DE LA CONVENTION**

**Article 1**

La présente convention a pour objet de définir l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé relative aux défibrillateurs cardiaques implantables et aux accessoires implantés ainsi que ses modalités.

**BENEFICIAIRES VISES PAR LA PRESENTE CONVENTION**

**Article 2**

1. Entrent en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé sur base de la présente convention, des bénéficiaires présentant un des troubles suivants :

**1.a. Les indications pour lesquelles l'intervention peut être envisagée à condition que l'article 19 soit respecté:**

1. Arrêt cardiaque (mentionner la date dans le résumé clinique et également s'il est survenu en milieu extrahospitalier) à la suite d'une fibrillation ventriculaire ou d'une tachycardie ventriculaire, non dues à un infarctus du myocarde aigu ou à une cause transitoire ou réversible (déséquilibre électrolytique, médicaments, traumatisme).
2. Tachycardie ventriculaire très symptomatique, non soutenue ou soutenue, chez des patients se trouvant sur la liste d'attente active pour une transplantation cardiaque, et ne séjournant pas en permanence en milieu hospitalier (la date de documentation de l'arythmie ainsi que le type d'arythmie sont à mentionner) ; cette indication peut uniquement être remboursée si elle est demandée par un centre reconnu comme centre de transplantation cardiaque.
3. Syncope ou présyncope brutale liée à la survenue d'une tachycardie ventriculaire soutenue spontanée ou d'une tachycardie ventriculaire non soutenue spontanée documentée (date à mentionner dans le résumé clinique) :

- 3.1. avec anomalies cardiaques structurales sous-jacentes
  - 3.2. sans anomalies cardiaques structurales sous-jacentes, mais non traitable autrement (mentionner spécifiquement pourquoi une thérapie médicamenteuse ou une ablation sont impossibles).
4. Syncope (date à mentionner dans le résumé clinique) sans tachyarythmie documentée chez un patient présentant des anomalies cardiaques structurales et une arythmie ventriculaire soutenue monomorphe inductible durant une investigation électrophysiologique.
  5. Affection familiale ou génétique associée à un risque connu d'arythmie ventriculaire comportant un risque démontré élevé de mort subite pour le patient sur la base des recommandations internationales (classe I et classe IIA-IIB des "ACC/AHA/HRS Guidelines for device-based therapy of cardiac rhythm abnormalities 2008")
    - 5.1. Syndrome du long QT;
    - 5.2. Syndrome de Brugada;
    - 5.3. Cardiomyopathie hypertrophique;
    - 5.4. Dysplasie arythmogène du ventricule droit;
    - 5.5. autres causes familiales (potentiellement génétiques) comportant un risque accru d'arythmies ventriculaires malignes.
  6. Sarcoïdose cardiaque démontrée avec arythmie ventriculaire soutenue inductible.
- 1.b. Les indications soumises à limitation selon l'article 19 : ce sont les indications en prévention chez les bénéficiaires ne présentant pas de co-morbidité importante et qui, sans tenir compte de leurs problèmes cardiaques rythmologiques, ont une survie espérée d'au moins quatre années :**

#### 7. Prévention primaire en cas de cardiomyopathie

- 7.1. Cardiomyopathie ischémique (après un infarctus myocardique préalable), sans ischémie revascularisable, au minimum 40 jours après l'infarctus aigu ou au minimum trois mois après revascularisation adéquate (CABG ou PCI), et :
  - avec une fraction éjection du VG  $\leq 30\%$  et classe NYHA I
  - ou avec une fraction éjection du VG  $\leq 35\%$  et classe NYHA II ou III.
- 7.2. Cardiomyopathie ischémique (après un infarctus myocardique préalable), sans ischémie revascularisable au minimum 40 jours après l'infarctus ou au minimum trois mois après une revascularisation réussie (CABG ou PCI) avec une fraction éjectée VG  $\leq 40\%$ , avec tachycardie ventriculaire spontanée non soutenue et l'inductibilité d'une arythmie ventriculaire soutenue lors d'une étude électrophysiologique.
- 7.3. Cardiomyopathie dilatée non ischémique avec fraction éjection VG  $\leq 35\%$ , classe NYHA II ou III malgré un traitement optimal pour insuffisance cardiaque depuis plus de 3 mois.
- 7.4. Cardiomyopathie dilatée non ischémique chez un patient présentant une syncope (date à mentionner dans le résumé clinique) sans tachyarythmie ventriculaire documentée et sans tachyarythmie ventriculaire inductible. La tachyarythmie ventriculaire est retenue comme étiologie probable. La motivation exige :
  - une description précise des circonstances de la syncope,
  - une description précise de l'anomalie structurale cardiaque,
  - une argumentation détaillée en faveur de la présence d'une arythmie ventriculaire maligne comme cause de la syncope et contre une cause non liée à une arythmie.

Pour toute indication sous b :

- la mesure de la fraction d'éjection du ventricule gauche doit être basée sur la mesure par angiographie et/ou par scintigraphie isotopique. Les résultats doivent se situer dans les limites susmentionnées.
- si la revascularisation n'est pas couronnée de succès, cela doit être prouvé par le protocole d'opération ou d'intervention, ou par des tests fonctionnels complémentaires.

**2. Pour toutes les indications, les critères spécifiques suivants sont d'application :**

2.1. Une motivation explicite est requise si un autre appareil qu'un VVI-ICD est implanté, basée sur les caractéristiques du patient et les évidences d'études cliniques.

2.2. La demande d'intervention financière doit mentionner si le bénéficiaire :

- a souffert de fibrillation atriale dans l'année précédant l'implantation et si oui, définir s'il s'agit de fibrillation auriculaire paroxystique, persistante ou permanente.
- présente une indication pour le pacing au niveau auriculaire, au niveau ventriculaire ou aux deux niveaux.
- est porteur d'un pacemaker. Si oui, il faut mentionner le type et la date d'implantation du pacemaker.
- souffre d'une des co-morbidités suivantes :
  - diabète
  - BPCO
  - antécédents d'AVC/ AIT / autre affection neurologique
  - maladie oncologique : à spécifier
  - insuffisance rénale (urée, créatinine).

2.3. Pour une thérapie de resynchronisation le patient doit présenter :

- Une classe NYHA II ou III insuffisance cardiaque (malgré une thérapie médicamenteuse optimale)
- Un complexe QRS compris en 120ms et 149ms avec un asynchronisme documenté ou un complexe QRS  $\geq 150$ ms
- Un LBBB (left bundle branch block) spontané ou induit par pacing (besoin de pacing attendu > 40%)

2.4. Les résultats des examens complémentaires sont mentionnés si ceux-ci ont été utilisés pour la prise de décision relative à l'implantation du défibrillateur :

- T-wave alternans
- baroreceptor-sensitivity
- heart rate variability
- monitoring holter
- examen électrophysiologique
- autre.

2.5. Pour toutes les indications sous 1.b. :

- La mesure de la fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) doit être basée sur la mesure par angiographie et/ou par scintigraphie isotopique et/ou par IRM cardiaque. Les résultats doivent se situer dans les limites susmentionnées.
- Si la revascularisation n'a pas réussi, cela doit être démontré par le protocole d'opération ou d'intervention ou par des tests fonctionnels complémentaires.

2.6. L'indication mentionnée au moment de la primo-implantation reste valable pour les remplacements. Les paramètres (NYHA, FEVG,...) doivent, si possible, être actualisés lors de la demande de remboursement des remplacements.

### 3 Les contre-indications à l'implantation d'un défibrillateur cardiaque sont :

- 3.1. Tachycardies ou fibrillations ventriculaires récidivantes très fréquentes ou incessantes qui rendent l'utilisation rationnelle d'un défibrillateur cardiaque impossible.
- 3.2. Arythmies ventriculaires justiciables d'une ablation par cathéter de radiofréquence, comme celles secondaires à des fibrillations auriculaires à conduction rapide dans le cadre d'un syndrome de Wolff-Parkinson-White, les TV infundibulaires droites, les TV ventriculaires gauches idiopathiques, les TV fasciculaires, ...
- 3.3. Maladies psychiatriques significatives susceptibles d'être aggravées par l'implantation d'un appareil ou qui compromettraient l'observation d'un suivi systématique.
- 3.4. Bénéficiaires en phase terminale, avec une espérance de vie inférieure à 1 an ou qui présentent une insuffisance cardiaque en classe fonctionnelle de la NYHA classe IV.
- 3.5. Uniquement pour les indications sous b, une contre-indication supplémentaire s'applique : une atteinte rénale avec une créatininémie  $\geq 3\text{mg}/100\text{ml}$  ou BUN (blood urea nitrogen)  $\geq 70\text{mg}/100\text{ml}$  (ou urémie  $\geq 150\text{mg}/100\text{ml}$ ).

Pour les indications dans le domaine de la prévention, il ne doit pas exister de comorbidité importante. Abstraction faite des troubles du rythme cardiaque, l'espérance de vie doit être de 4 ans au moins.

Les bénéficiaires présentant une de ces contre-indications n'entrent dès lors pas en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé sur la base de la présente convention.

Sans préjudice des dispositions reprises à l'article 2.2.3, pour les indications reprises à l'article 2, 1.b durant la période de 4 ans après l'implantation d'un CRT-P, un CRT-D ne pourra pas être remboursé ni facturé au patient.

## **LE CENTRE DE DEFIBRILLATEURS CARDIAQUES IMPLANTABLES**

### **Article 3**

- a) Le centre de défibrillateurs cardiaques implantables fait partie d'un centre cardiologique avec au minimum 6 ETP cardiologues (à savoir 6/11<sup>es</sup>), centre qui sur un même site a reçu au minimum un agrément des programmes de soins « pathologie cardiaque » B1 (diagnostic invasif), B2 (thérapie interventionnelle non chirurgicale) et E (examens électrophysiologiques approfondis).

Toutes ces fonctions doivent satisfaire à la réglementation en vigueur relative aux programmes de soins « pathologie cardiaque » tels que visés par la loi sur les hôpitaux.

- b) L'équipe du centre de défibrillateurs cardiaques implantables doit comporter au moins deux cardiologues, chacun avec une compétence et une expertise (au minimum 50 examens électrophysiologiques par an) spécifiques en matière d'électrophysiologie du cœur.

Les cardiologues précités sont responsables de l'organisation d'une disponibilité permanente, 52 semaines par an, au profit de leurs propres patients ainsi que des patients qui leur sont référencés.

Ils doivent chacun être liés au moins à 8/11<sup>es</sup> de temps au centre de défibrillateurs cardiaques implantables.

- c) L'implantation du défibrillateur cardiaque doit être effectuée dans les murs de l'hôpital par sa propre équipe cardiologique, éventuellement ensemble avec l'équipe chirurgicale, qui doit prouver le fonctionnement de l'appareil en peropératoire par l'enregistrement des signaux d'amplitude et fixer le seuil de défibrillation lors de l'implantation des électrodes.
- d) Le centre avait adhéré à la convention de rééducation fonctionnelle en matière de défibrillateurs cardiaques implantables d'application du 1<sup>er</sup> juillet 2013 au 31 décembre 2013 inclus.
- e) Le centre confirme annuellement la composition précise de l'équipe concernée par une lettre recommandée adressée au Collège des médecins-directeurs avant le 1<sup>er</sup> octobre de chaque année.
- f) Le centre confirme avoir le personnel et les capacités pour fonctionner de manière autonome pour le suivi des patients porteurs d'un ICD ainsi que pour le contrôle et la programmation des appareils lors du suivi.

## **MODALITÉS DE REMBOURSEMENT POUR LE DEFIBRILLATEUR CARDIAQUE IMPLANTABLE ET LES ACCESSOIRES**

### **Article 4**

#### **1.**

Pour entrer en ligne de compte de l'attribution des tranches mentionnées dans l'article 7, le défibrillateur cardiaque implantable doit être admis au remboursement par le Comité de l'assurance et repris sur la liste des défibrillateurs cardiaques implantables (pseudocode de nomenclature xxx1-yyy1) et des défibrillateurs cardiaques de remplacement implantables (pseudocode de nomenclature xxx2-yyy2). Les dispositions relatives au dossier de demande et à la procédure d'inscription sur la liste sont prévues aux points 2 et 3 du présent article.

#### **2.**

La demande d'inscription sur ou modification de la liste des défibrillateurs cardiaques implantables doit être introduite auprès du Conseil technique des implants par une entreprise spécialisée, dénommée ci-après demandeur, disposant elle-même des connaissances techniques et de l'infrastructure nécessaires pour assister les implanteurs et les bénéficiaires dans ce domaine 24 heures sur 24, et qui dispose d'une représentation en Belgique.

Les données suivantes sont mentionnées à cet effet sur le formulaire de demande dont le modèle figure à l'annexe 2 et qui est dûment complété, daté et signé par le demandeur :

1. a) l'identification du demandeur (dénomination, siège principal, numéro d'entreprise, statut juridique, représentation en Belgique);  
b) la connaissance technique et l'infrastructure dont l'entreprise dispose en Belgique, y compris la disponibilité pour les implanteurs;
2. le(s) code(s) de notification du(des) défibrillateur(s);
3. la marque, le type et le numéro de modèle du (des) défibrillateur(s) ;
4. une description complète et précise du défibrillateur avec mention de la catégorie sous laquelle l'inscription est demandée;
5. a) une description détaillée des caractéristiques du défibrillateur cardiaque;  
b) le résultat des tests effectués et de l'expérience clinique acquise;  
c) les garanties offertes en Belgique par la firme tant à l'établissement hospitalier qu'au patient. Ces garanties ne peuvent comporter des obligations par rapport à la firme. Elles doivent au moins satisfaire aux dispositions prévues au point 4 du présent article;
6. les informations suivantes relatives au prix de vente:
  - le prix dans le pays d'origine (TVAc);

- le prix de vente en Belgique autorisé par le Ministre de l'Economie, y compris la preuve de fixation de prix délivrée par le Service public fédéral Économie, Classes moyennes et Énergie ou, à défaut, une preuve de l'introduction d'une demande avec obligation de joindre au dossier la preuve de fixation de prix dès qu'elle est disponible;
  - le prix de vente (TVAc) en Allemagne, aux Pays-Bas et en France;
  - le prix de vente (TVAc) dans d'autres pays européens;
7. l'information sur la remboursabilité par l'assurance maladie locale en Allemagne, aux Pays-Bas et en France, et éventuellement dans d'autres pays européens;
  8. la déclaration de conformité et les certificats requis dans le cadre du marquage CE;
  9. le formulaire d'engagement, dûment complété, daté et signé.

Le dossier doit également comporter une déclaration sur l'honneur du mandataire de la firme que les données susvisées sont exactes ainsi qu'une déclaration que la firme prend sur elle, au niveau de l'appareillage, toute responsabilité civile par rapport aussi bien aux patients implantés, aux médecins de l'établissement concerné qu'à l'assurance obligatoire soins de santé.

Le modèle de dossier de demande reproduit à l'annexe 2 peut toujours être adapté par le Conseil technique des implants.

### 3.

*Procédure d'inscription sur liste :*

Le Conseil technique des implants émet son avis sur la base des données du dossier de demande complet à l'intention de la Commission de conventions fournisseurs d'implants-organismes assureurs. Cette Commission décide de la transmission de cet avis au Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité en vue d'une inscription éventuelle de l'appareil dans la liste des défibrillateurs cardiaques admis au remboursement.

Les appareils sont classés selon le type de défibrillateur cardiaque dans une des catégories suivantes:

- catégorie 1 : défibrillateur cardiaque classique single chamber
- catégorie 2 : défibrillateur cardiaque classique dual chamber
- catégorie 3 : défibrillateur cardiaque de resynchronisation
- catégorie 4 : défibrillateur cardiaque sous-cutané

Les caractéristiques par type de défibrillateur sont fixées à l'annexe 3 afin de déterminer la catégorie du défibrillateur.

Les caractéristiques fixées à l'annexe 3 peuvent toujours être adaptées par le Conseil technique des implants sur la base :

- de l'évolution du développement technologique ;
- d'une proposition du Conseil d'accord ;
- d'une proposition de la "Belgian Heart Rhythm Association (BeHRA) ".

L'appareil, avec mention de la firme, de la marque, du type et du numéro du modèle, est repris sur la liste sous la catégorie qui lui a été attribuée.

Un appareil qui n'est pas implanté en Belgique sur une période de deux ans est d'office supprimé de la liste des implants admis au remboursement.

### 4.

Les conditions de garantie du défibrillateur cardiaque implanté à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014 sont fixées à:



- 7 ans à 100 % pour les défibrillateurs cardiaques de la catégorie 1
- 5 ans à 100 % pour les défibrillateurs cardiaques de la catégorie 2
- 3 ans à 100 % pour les défibrillateurs cardiaques de la catégorie 3
- 5 ans à 100 % pour les défibrillateurs cardiaques de la catégorie 3 quand la fonction de resynchronisation n'a pas été utilisée.
- 3 ans à 100% pour les défibrillateurs cardiaques de la catégorie 4

Pour les appareils implantés avant le 1<sup>er</sup> janvier 2014, ce sont les conditions de garantie d'application à la date de l'implantation de l'appareil qui sont valables.

Pour des raisons liées au patient, une dérogation à ces périodes de garantie peut être demandée au Collège des médecins-directeurs conformément à la procédure fixée à l'article 9 de la présente convention.

## 5.

### *Electrodes*

Seules les électrodes qui ont été notifiées, qui sont placées définitivement et qui constituent un ensemble fonctionnel avec le défibrillateur cardiaque implanté peuvent donner lieu à une intervention de l'assurance.

Une électrode de resynchronisation qui a été implantée avant l'implantation d'un défibrillateur dans un centre ayant adhéré à la convention est uniquement remboursée après l'implantation de l'appareil et à la condition que celle-ci se fasse dans les 6 mois après l'implantation de l'électrode.

## 6.

Chaque dossier de demande d'inscription complet ou de modification de la liste nominative des défibrillateurs cardiaques implantables sera traité par les instances de l'INAMI dans un délai de quatre mois.

## **ENVELOPPE GLOBALE DISPONIBLE ET RÉPARTITION PAR CENTRE**

### **Article 5 Enveloppe globale disponible pour les défibrillateurs cardiaques implantables et leurs accessoires**

#### 1) Détermination de l'enveloppe globale disponible pour l'année 2014

L'enveloppe globale disponible pour l'année 2014 est calculée sur la base suivante :

- Les dépenses 2012 pour la primo-implantation, avec correction par 100 appareils pour le dépassement des 1500 primo-appareils. Les dépenses pour les upgrades sont aussi comprises. Extrapolé ceci devient 1.722 primo-appareils. Ce montant s'élève à 23.076.969,72 EURO.
- Les dépenses pour les remplacements en 2012, corrigées en fonction du trend du nombre de remplacements pour 2014. Les dépenses pour les remplacements en 2012 s'élèvent à 10.466.384,06 EURO.
- Les dépenses pour les électrodes en 2012, corrigées en fonction du trend du nombre d'électrodes pour 2014. Les dépenses pour les électrodes en 2012 s'élèvent à 3.810.446,64 EURO.

#### 2) Détermination de l'enveloppe globale disponible pour l'année 2015

L'enveloppe globale disponible pour l'année 2015 est calculée sur la base suivante :

- L'enveloppe globale disponible pour l'année 2014.
- Cette enveloppe est corrigée en fonction de :

- i. Le trend du nombre de remplacements pour 2015. Il est déterminé sur la base des années 2011, 2012 et 2013.
- ii. Le trend du nombre d'électrodes pour 2015. Il est déterminé sur la base des années 2011, 2012 et 2013.

L'enveloppe globale disponible pour 2015 sera communiquée le 1<sup>er</sup> juillet 2014.

### 3) Détermination de l'enveloppe globale disponible pour l'année 2016

L'enveloppe globale disponible pour l'année 2016 est calculée sur la base suivante :

- L'enveloppe globale disponible pour l'année 2015.
- Cette enveloppe est corrigée en fonction de :
  - i. Le trend du nombre de remplacements pour 2016. Il est déterminé sur la base des années 2012, 2013 et 2014.
  - ii. Le trend du nombre d'électrodes pour 2016. Il est déterminé sur la base des années 2012, 2013 et 2014.

L'enveloppe globale disponible pour 2016 sera communiquée le 1<sup>er</sup> juillet 2015.

### 4) Détermination de l'enveloppe globale disponible à partir de 2017

Le enveloppe globale disponible pour l'année XX est calculée sur la base suivante :

- Le enveloppe globale disponible pour l'année XX-1.
- Cette enveloppe est corrigée en fonction de :
  - i. Le trend du nombre de remplacements pour XX. Il est déterminé sur la base des années XX-4, XX-3 et XX-2.
  - ii. Le trend du nombre d'électrodes pour XX. Il est déterminé sur la base des années XX-4, XX-3 et XX-2.

L'enveloppe globale disponible pour XX sera communiquée le 1<sup>er</sup> juillet de l'année XX-1.

## **Article 6. Répartition de l'enveloppe globale pour les défibrillateurs cardiaques implantables et leurs accessoires entre les centres ayant adhéré à la convention**

### 1) Répartition de l'enveloppe globale disponible entre les centres pour l'année 2014

Tous les calculs s'effectuent sur base de la quote-part du centre par rapport au total d'appareils implantés et électrodes durant l'année 2012.

Pour chaque centre, la part de primo-implantations par rapport au total des primo-implantations est calculée comme suit:

- Le premier calcul.  
Sur base de la part des primo-implantations du centre par rapport au total des primo-implantations, une correction est effectuée vers 1600 appareils. Cette quote-part d'appareils fait partie à 25% de nombre total des appareils à attribuer.
- Le deuxième calcul.  
Sur base de la partie des primo-implantations pour l'indication 1 du centre par rapport au total des primo-implantations pour l'indication 1 une partie des appareils est attribuée par centre. Cette quote-part d'appareils fait partie à 25% du nombre total des appareils à attribuer.
- Le troisième calcul.  
A chaque centre un nombre d'appareils identiques (c'est à dire 35) est attribué. Cette quote-part d'appareils fait partie à 50% du nombre total des appareils à attribuer.
- Le quatrième calcul.

Sur le nombre des appareils attribués par centre pour les primo-implantations, des corrections sont effectuées afin que:

- o Chaque centre a, au minimum, autant d'appareils que lors de la répartition complète selon le premier calcul.
- o Chaque centre a, au maximum, une croissance de 50 % par rapport au nombre en cas de répartition complète selon le premier calcul.

Pour chaque centre, l'enveloppe partielle pour les remplacements est calculée par rapport à l'enveloppe totale des remplacements de tous les centres. Le calcul de cette enveloppe totale est fixé dans l'article 5.

Pour chaque centre, l'enveloppe partielle pour les électrodes (implantations primaires et remplacements) est calculée par rapport à l'enveloppe totale des électrodes de tous les centres. Le calcul de cette enveloppe totale est fixé dans l'article 5.

## 2) Répartition de l'enveloppe globale disponible entre les centres pour l'année 2015

Pour 2015, une clé de répartition sera définie selon des critères de qualité entre autres.

Les membres du Conseil d'accord visé à l'article 16, a), sont chargés de formuler des propositions en vue de la révision de la clé de répartition comme défini à l'article 6, 1) qui sera remplacée par une nouvelle clé de répartition pour le 1<sup>er</sup> janvier 2015, en se basant sur une *peer review* des chiffres nominatifs et détaillés qui seront disponibles via le registre à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014. Pour ce faire, les membres rédigeront pour le 1<sup>er</sup> juillet 2014 au plus tard une liste d'indicateurs de qualité pouvant être contrôlés. Les modifications du pourcentage de remplacements par rapport au total d'implantations seront prises en compte lors de la révision de la clé de répartition.

La clé de répartition calculée à l'aide des critères de qualité comme prévu à l'alinéa précédent est appliquée aux données d'implantation pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au 30 juin 2014 inclus.

L'enveloppe par centre pour 2015 sera communiquée le 1<sup>er</sup> novembre 2014 au plus tard.

En l'absence d'indicateurs pour revoir la clé de répartition pour le 1<sup>er</sup> juillet 2014, la clé de répartition historique appliquée pour l'année 2014 demeure d'application pour répartir l'enveloppe globale pour l'année 2015.

## 3) Répartition de l'enveloppe globale disponible entre les centres pour l'année 2016

La clé de répartition calculée à l'aide des critères de qualité comme prévu au point 2, deuxième alinéa, de cet article, est appliquée aux données d'implantation pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2014 au 30 juin 2015 inclus.

L'enveloppe par centre pour 2016 sera communiquée le 1<sup>er</sup> novembre 2015 au plus tard.

En l'absence d'indicateurs pour revoir la clé de répartition, la clé de répartition comme défini à l'article 6, 1) et appliquée pour l'année 2014 demeure d'application pour répartir l'enveloppe globale pour l'année 2015.

## **OCTROI DE L'ENVELOPPE AU CENTRE**

### **Article 7**

L'enveloppe par centre sera octroyée au centre sous la forme de tranches par appareil implanté et par électrode implantée.

Pour 2014, ces tranches ont été fixées par le Comité de l'assurance à 13.401,26 EUR par appareil et à 1.110,27 EUR par électrode.

## **Article 8**

Lorsque toutes les dispositions de la présente convention sont respectées, la tranche fixe défini à l'article 7 par appareil implanté et par électrode implantée est octroyé au centre jusqu'à ce que l'enveloppe totale ait été attribué au centre. La dernière tranche par appareil et par électrode peut être inférieure à la tranche fixée à l'article 7, elle représente la différence entre l'enveloppe déjà octroyée et l'enveloppe calculée pour le centre.

À partir du moment où l'enveloppe totale a été versée au centre, ce dernier peut continuer à implanter des appareils si toutes les conditions suivantes sont remplies:

- Ces appareils supplémentaires sont intégralement pris en charge par le centre qui effectue l'implantation, à l'exception de la marge de délivrance.
- Ces défibrillateurs figurent sur les listes des produits admis au remboursement.
- Les électrodes ont été notifiées.
- Les enregistrements et les demandes de remboursement s'effectuent via l'application en ligne Qermid.

Une indemnité symbolique d'un euro est accordée pour ces défibrillateurs supplémentaires.

L'enregistrement via l'application en ligne Qermid est également obligatoire dans le cadre de la traçabilité prévue par le plan sur les dispositifs médicaux. Ceci vaut également pour les implantations effectuées en dehors de la présente convention.

La gestion de son enveloppe et la possibilité d'implanter des défibrillateurs supplémentaires relèvent de la compétence exclusive du centre. Le centre doit garantir le service médical pendant toute la durée de la convention avec l'enveloppe prévue pour toutes les indications retenues. S'il est constaté que cette disposition n'est pas (plus) respectée, la convention est suspendue d'office jusqu'à la fin de l'année en cours, sans préjudice de la mesure que le Comité de l'assurance peut prendre en cas de non-respect des dispositions de la présente convention.

## **PROCEDURES MEDICO-ADMINISTRATIVES POUR LES DEMANDES INDIVIDUELLES D'INTERVENTION**

### **Article 9**

#### 1. La demande d'intervention

La demande se fera au moyen du formulaire type, repris en annexe 3, et comportera toutes les données exigées, destinées à être transmises aux membres du Conseil d'accord. Ce formulaire est généré par l'application en ligne Qermid et peut toujours être adapté par le Collège des médecins-directeurs.

La demande d'intervention pour un défibrillateur implantable doit être prescrite par un des deux cardiologues-électrophysiologues visés à l'article 3, b.

Le centre doit introduire la demande auprès du Collège des médecins-directeurs et du médecin-conseil de l'organisme assureur à l'aide du document généré par l'application en ligne dans les 30 jours après l'implantation. Le Collège se réserve le droit de juger de la recevabilité d'un dossier reçu en retard pour raison exceptionnelle.

L'intervention de l'assurance peut uniquement être octroyée si le formulaire d'enregistrement a été complété valablement via l'application en ligne.

Les modalités d'enregistrement et de validation de ces données ainsi que la façon selon lesquelles ce formulaire est transmis au Collège des médecins-directeurs sont établies par le « Belgian Heart Rhythm Association (BeHRA) », le Collège des médecins-directeurs et le Service des soins de santé.

En cas de remplacement d'un appareil implanté, la demande doit également mentionner le motif du remplacement. En plus d'un rapport médical, il est demandé de joindre une copie de l'impression de l'état de la pile.

Il convient de conserver dans le dossier médical du patient tous les éléments qui motivent l'indication d'implantation d'un défibrillateur cardiaque. Ces documents peuvent être réclamés à tout moment par le Collège des médecins-directeurs.

L'établissement s'engage à aider les bénéficiaires répondant aux critères de la présente convention, pour l'introduction de leur demande d'intervention auprès de leur organisme assureur, et ce dans le délai prévu par la réglementation.

## 2. La garantie

En cas de remplacement d'un appareil dans la période de garantie, l'appareil explanté doit être renvoyé à la firme dans les 60 jours qui suivent l'explantation de façon à respecter les conditions de remboursement par la firme (note de crédit). Si celles-ci ne sont pas respectées, le coût du nouvel appareil est à charge du centre.

Pour des raisons liées au patient, une dérogation à ces périodes de garantie peut être demandée au Collège des médecins-directeurs. Cette demande doit comporter une motivation détaillée et de la documentation. Le Collège des médecins-directeurs peut, afin d'examiner le bien-fondé de la motivation donnée, faire appel à l'avis du Conseil d'accord prévu à l'article 16.

En cas de renouvellement pour cause de dysfonctionnement du défibrillateur implantable, il est tenu compte, lors de la fixation du montant de la nouvelle intervention, des conditions de garantie mentionnées à l'article 4.

## **ENGAGEMENTS DE L'ETABLISSEMENT CONVENTIONNE**

### **Article 10**

1. L'établissement s'engage dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé à ne pas porter en compte de défibrillateurs cardiaques implantables pour des bénéficiaires qui ne répondent pas aux indications de la convention.

Si des bénéficiaires ne répondant pas à une des indications de la présente déclaration d'accord reçoivent néanmoins à leurs propres frais un défibrillateur cardiaque implantable, l'institution veille d'une part à ce que le bénéficiaire soit informé à l'avance par écrit du prix de l'appareil et de ses accessoires ainsi que de l'absence d'une base réglementaire d'intervention en la matière par l'assurance obligatoire soins de santé.

La même procédure « consentement informé » doit être suivie lors de la prescription d'un défibrillateur qui n'est pas repris sur la liste par le Comité de l'assurance.

Le bénéficiaire peut bien entendu toujours introduire auprès de son organisme assureur une demande d'intervention, et procéder à toutes les démarches juridiques utiles s'il estime ne pas avoir obtenu ce à quoi il avait réglementairement droit.

2. L'établissement s'engage, en cas de refus du Collège des médecins-directeurs pour non-introduction de la demande dans les 30 jours après l'implantation, à ne pas porter à

charge du bénéficiaire le coût du défibrillateur cardiaque implantable et de ses accessoires.

### **Article 11**

- a. L'établissement s'engage à ne pas réclamer au bénéficiaire de suppléments pour le défibrillateur cardiaque implantable et les accessoires implantés tel que fixé par l'instance compétente, sauf la marge dite de délivrance.

Le montant de la marge de délivrance pour chaque défibrillateur cardiaque implanté et pour chaque électrode implantée s'élève à 10 % de la tranche fixée par appareil et par électrode, avec un plafond de 148,74 EUR pour l'ensemble. Ce montant peut aussi être attesté pour les appareils pour lesquels l'indemnité symbolique d'un euro est accordée.

- b. La personne morale responsable de l'établissement s'engage à ce qu'aucun tarif d'honoraires ne soit porté en compte au bénéficiaire pour les prestations de santé se rapportant à l'implantation des défibrillateurs cardiaques, qui soit plus élevé que ceux qui découlent de l'application des articles 42 et 50 de la loi A.M.I. coordonnée.

### **Article 12**

En cas de défaut d'un appareil implanté ou d'un accessoire, l'établissement doit toujours faire appel à la garantie fournie par le fournisseur via la pharmacie hospitalière. À cet effet, il doit respecter les dispositions de l'article 5, alinéa 6.

En cas de négligence de l'établissement en la matière, les frais entraînés par celle-ci ne peuvent en aucun cas être portés en compte ni à l'assurance, ni au bénéficiaire.

L'établissement doit, en cas de défectuosité d'un appareil implanté ou de ses accessoires, avertir l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (département vigilance matériel). Il doit le faire en respectant les dispositions et en utilisant le formulaire figurant sur le site web de l'AFMPS, à l'adresse suivante: [http://www.fagg-afmps.be/fr/humain/produits\\_de\\_sante/dispositifs\\_medicaux/materiovigilance/comment\\_notifier/](http://www.fagg-afmps.be/fr/humain/produits_de_sante/dispositifs_medicaux/materiovigilance/comment_notifier/)

### **Article 13**

La tranche de l'enveloppe visée à l'article 8 est portée en compte à l'organisme assureur du bénéficiaire par l'hôpital en respectant toutes les règles en vigueur en la matière dans le système du tiers payant.

Dans le cas où l'établissement invoque la durée exceptionnellement longue de la procédure de traitement d'une demande d'intervention pour ne pas satisfaire, dans le délai normal, à son obligation de paiement à l'égard de la firme qui a délivré le défibrillateur cardiaque implantable, il autorise les organes de l'assurance obligatoire soins de santé, si la demande en est faite, à communiquer la chronologie de ce traitement à ce tiers.

## **ENGAGEMENTS DES ORGANES DE L'ASSURANCE OBLIGATOIRE SOINS DE SANTE**

### **Article 14**

- a. Le Collège des médecins-directeurs s'engage à traiter les demandes d'interventions dans les défibrillateurs cardiaques implantables et les accessoires implantés, dans les 30 jours après réception de la demande, y compris l'éventuelle notification de la décision à la direction médicale de l'organisme assureur concerné et à l'équipe qui a introduit la demande.

- b. Des demandes incomplètes de l'établissement ne comprenant que les éléments médicaux font l'objet, au cours du même délai, d'une appréciation de l'instance compétente afin de savoir si, sur le plan médical, elles satisfont aux conditions de la convention.

## **TRAITEMENT DES DONNÉES**

### **Article 15.**

Les données suivantes doivent pouvoir être synthétisées à partir de l'enregistrement :

1. Le nombre de centres et la composition des équipes
2. Le nombre de dossiers introduits concernant des primo-implantations, des remplacements de défibrillateurs et/ou d'électrodes et des ajouts d'électrodes. Le nombre d'approbations et de refus (avec le motif de refus) sont indiqués pour chaque type de matériel. Le traitement des dossiers se poursuit alors sur la base du nombre de dossiers (remboursés) approuvés :
  - Suivi du nombre total d'implantations, de primo-implantations et de remplacements par an,
  - Répartition des défibrillateurs implantés (totalement, primo-implantations et remplacements) et d'électrodes par centre,
  - Répartition des défibrillateurs et des électrodes par type :
    - SC, DC, CRT,...pour les défibrillateurs
    - single coil, électrodes épicaudiales, ....pour les électrodes
  - Répartition des défibrillateurs (totalement, primo-implantations et remplacements) et des électrodes par firme,
  - Nombre des défibrillateurs remplacés et raison de remplacement (période de garantie, infection ou autre),
  - Durée de vie des défibrillateurs par firme.
3. La description de la population qui reçoit le traitement :
  - Répartition par âge et par sexe (premières implantations et remplacements)
  - Répartition des indications pour la totalité et par centre entre les premières implantations et les remplacements – avec distinction entre prévention primaire et secondaire – avec répartition entre CRT et non CRT.
4. Les critères de qualité qui seront fixés par les membres du Conseil d'accord,
5. La durée de vie des défibrillateurs par firme est déterminée comme suit. Pour tous les remplacements approuvés pendant une année civile complète, les paramètres suivants sont vérifiés :
  - Date d'implantation du défibrillateur retiré
  - Date du remplacement
  - Marque et type du défibrillateur retiré
  - Raison du remplacement.

Les remplacements sous garantie et les remplacements en raison d'une infection ou d'une autre raison médicale liée au patient sont exclus.

La durée de vie moyenne pour l'ensemble des défibrillateurs remplacés est calculée pour chaque firme, elle est exprimée en jours.

## **LE CONSEIL D'ACCORD EN MATIERE DE DEFIBRILLATEURS CARDIAQUES IMPLANTABLES**

### **Article 16**

- a. Les cardiologues avec une compétence spécifique en électrophysiologie du cœur du centre de défibrillateurs cardiaques sont membres du Conseil d'accord en matière de défibrillateurs cardiaques implantables instauré au sein du Service des soins de santé.
- b. Ce Conseil d'accord est composé des membres du Collège des médecins-directeurs du Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I. et des médecins des établissements conventionnés en matière de défibrillateurs cardiaques implantables visés sous a.

La présidence en est assurée par le président du Collège des médecins-directeurs.

- c. Il se réunit à la demande du Collège des médecins-directeurs, d'au moins cinq centres ayant adhéré à la convention ainsi qu'à la demande de la Commission de conventions ou du Conseil technique des implants.

### **Article 17**

Le Conseil d'accord est l'organe où en matière de défibrillateurs cardiaques la science, les cliniciens et les médecins-responsables des organismes assureurs se réunissent pour:

- déterminer les indications de manière optimale, en tenant compte de l'état des connaissances et en fonction de l'enveloppe globale octroyée;
- prendre une décision concernant les indicateurs de qualité proposés par les membres, visés à l'article 16, a), en application de l'article 6, 2), deuxième alinéa ;
- présenter/ expliquer la synthèse des données traitées;
- établir ou adapter à la demande du Conseil technique des implants ou sur initiative propre, une classification des types de défibrillateurs et des accessoires implantés;

Cette classification repose sur les qualités utiles des appareils en fonction de leur but final : la détection et l'arrêt d'arythmies ventriculaires menaçant la vie;

- formuler à l'intention des organes de gestion tout avis demandé en matière de défibrillateurs cardiaques implantables;
- évaluer le système de l'enveloppe globale conformément aux dispositions de l'article 20.

### **Article 18**

- a. Les membres du Conseil d'accord peuvent être indemnisés pour leurs frais de déplacement par l'I.N.A.M.I.
- b. L'essence même du Conseil d'accord exige représentation active de tous les centres ayant adhéré à la convention, et en premier lieu celle de cardiophysiologistes des établissements conventionnés.

Plus de deux absences consécutives aux réunions du Conseil d'accord sont constatées par recommandé par le Président, adressé aux pouvoirs organisateurs de l'établissement.



Le Comité de l'assurance est informé dans le mois suivant la notification de ces manifestations objectives de désintérêt concernant un des éléments essentiels du concept de la présente convention type, afin de pouvoir se prononcer sur la dénonciation de celle-ci.

## **DISPOSITIONS PARTICULIERES CONCERNANT LE RAPPORT ENTRE PRÉVENTION PRIMAIRE ET PRÉVENTION SECONDAIRE**

### **Article 19**

Le Service des soins de santé suit rigoureusement le nombre de défibrillateurs qui font l'objet d'une décision favorable du Collège des médecins-directeurs et d'une intervention de l'assurance.

1. a. Les données suivantes sont collectées chaque mois pour les primo-implantations effectuées du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2013 inclus
    - pour l'ensemble des centres :
      - 1) le nombre total de premières implantations pour toutes les indications reprises à l'article 2, à l'exception de l'indication de l'article 2, 1.a., 5).
      - 2) le nombre total de premières implantations pour toutes les indications reprises à l'article 2, 1.b.
      - 3) le rapport entre 2) et 1), qui peut être de max. 40 %.
    - par centre :
      - 1) le nombre total de premières implantations pour toutes les indications reprises à l'article 2, à l'exception de l'indication de l'article 2, 1.a., 5).
      - 2) le nombre total de premières implantations pour toutes les indications reprises à l'article 2, 1.b.
      - 3) le rapport entre 2) et 1), qui peut être de max. 40 %
  - b. Les données suivantes sont collectées chaque mois pour les primo-implantations effectuées à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014 :
    - pour l'ensemble des centres:
      - 1) le nombre total de premières implantations pour toutes les indications reprises à l'article 2, à l'exception de l'indication de l'article 2, 1.a., 5.
      - 2) le nombre total de premières implantations pour toutes les indications reprises à l'article 2, 1.b. (prévention primaire).
      - 3) le rapport entre 2) et 1), qui peut être de max. 55 %.
    - par centre:
      - 1) le nombre total de premières implantations pour toutes les indications reprises à l'article 2, à l'exception de l'indication de l'article 2, 1.a., 5.
      - 2) le nombre total de premières implantations pour toutes les indications reprises à l'article 2, 1.b. (prévention primaire).
      - 3) le rapport entre 2) et 1), qui peut être de max. 55 %.
2. Cette détermination est répétée mensuellement. A chaque analyse des données, les dates déterminant le début d'un révolu ainsi que la date à laquelle la détermination du rapport sera effectuée, sont différées d'un mois.

Lorsque le Service constate qu'un centre dépasse le pourcentage maximum prévu de premières implantations dans ce centre, le centre en est informé par lettre recommandée. À partir du premier jour du mois qui suit jusqu'au dernier jour du mois suivant inclus, aucune intervention ne peut plus être octroyée à ce centre par l'assurance maladie obligatoire pour les indications reprises à l'article 2, 1.b. (prévention primaire) de la présente convention
  3. Les mesures figurant au point 2 du présent article seront effectuées selon les modes de

calcul déterminés au point 1, a), de cet article pour les données relatives aux implantations effectuées jusqu'au 31 décembre 2013.

À partir du 1<sup>er</sup> avril 2014, les centres seront informés des données calculées selon les dispositions du point 1., b). À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014, les mesures figurant au point 2 du présent article seront exécutées pour les chiffres disponibles pour 2014, selon les modes de calcul déterminés au point 1, b), du présent article.

4. Les bénéficiaires concernés peuvent entrer en ligne de compte pour une première implantation avec une intervention de l'assurance obligatoire dans un des centres qui n'ont pas encore atteint leur quota pour les indications reprises à l'article 2, 1.b. et ils doivent en être informés par le centre conventionné susvisé.
5. Lorsque le Service constate lors de la détermination mensuelle du pourcentage pour une période suivante qu'un centre ne dépasse plus le pourcentage maximum prévu (40 %) au point 2 de l'article 15 dans ce centre, le centre en est informé par lettre recommandée. À partir du premier jour du mois calendrier qui suit, une intervention de l'assurance obligatoire est de nouveau possible pour ce centre pour les indications figurant sous l'article 2, 1.b.

## **ÉVALUATION DE LA CONVENTION**

### **Article 20.**

Le système de l'enveloppe par centre sera évalué deux ans après l'entrée en vigueur de la présente convention. L'évaluation sera soumise au Conseil d'accord le 1<sup>er</sup> mai 2016 au plus tard.

## **VALIDITE DE LA CONVENTION**

### **Article 21**

- a. La présente convention, produit ses effets à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2014, et remplace la convention en vigueur. Concernant les dispositions de l'article 19, les implantations effectuées pendant la période du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2013 inclus sont également comptées.
- b. La présente convention peut toujours être résiliée par une des deux parties, par lettre recommandée à la poste, adressée à l'autre partie, en respectant le délai de résiliation de 3 mois qui prend cours le premier jour du mois suivant la date d'envoi de la lettre recommandée.
- c. Elle expire :
  - le jour où l'assurance obligatoire soins de santé prévoit une intervention pour les défibrillateurs cardiaques implantables via la nomenclature des prestations de santé ;
  - immédiatement à partir du moment où le centre ne répond plus aux dispositions de l'article 3 de la présente convention. Le pouvoir organisateur de l'hôpital porte la responsabilité de communiquer, sans délai, chaque modification dans ce sens au Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l'INAMI et bien entendu à tous ceux qui sont concernés, dont en premier lieu les patients-bénéficiaires ;
  - immédiatement sur décision du Comité de l'assurance si le centre ne respecte pas les règles de la convention de rééducation.
- d. En cas de modifications des dispositions de l'article 4 relatives à la procédure d'admission des défibrillateurs cardiaques implantables sur la liste des produits admis, aux catégories de défibrillateurs cardiaques et aux conditions de garantie, la convention reste valable. L'établissement peut dans ce cas mettre fin à la convention, par lettre recommandée à la poste adressée au Service des soins de santé, dans les 14 jours après communication de

cette modification. Cette résiliation est effective à la date d'entrée en vigueur de cette (ces) modification(s).

Fait en deux exemplaires à Bruxelles, le .....

Pour  
««Hôpital»»

Pour le Comité de l'assurance  
soins de santé de l'INAMI :

Le Fonctionnaire dirigeant,

(date et signature)  
Le responsable agissant  
au nom du pouvoir organisateur,

H. DE RIDDER,  
Directeur général

Pour prise de connaissance,

Les cardiologues-électrophysiologues  
du centre de défibrillateurs  
cardiaques implantables

«Nom»

«Nom2»

«Nom3»

«Nom4»

«Nom5»

**LIJST VAN DE GECONVENTIONEERDE REVALIDATIECENTRA INZAKE  
IMPLANTEERBARE HARTDEFIBRILLATOREN  
LISTE DES CENTRES CONVENTIONNES EN MATIERE DE DEFIBRILLATEURS  
CARDIAQUES IMPLANTABLES**

<b>Identificatie nummer Numéro d'identification</b>	<b>Benaming Dénomination</b>	<b>Cardio-elektrofysiologen Cardio- électrophysiologues</b>	<b>Datum invoeging Date d'entrée en vigueur</b>
7.87.001.57	Universitair ziekenhuis Gent De Pintelaan 185 9000 GENT	Dr. B. Drieghe Dr. F. Van Heuverswyn Dr. L. Timmers	01/01/2014
7.87.002.56	Universitair Ziekenhuis Antwerpen Wilrijkstraat 10 2650 EDEGEM	Dr. H. Miljoen Dr. J. Saenen	01/01/2014
7.87.003.55	Universitaire Ziekenhuizen KU Leuven Herestraat 49 3000 LEUVEN	Dr. H. Heidbüchel Dr. R. Willems Dr. D. Nuyens Dr. J. Ector Dr. C. Garweg	01/01/2014
7.87.004.54	C.H.U. de Liège - Sart Tilman Domaine Universitaire du Sart Tilman - Batiment B35 4000 LIEGE	Dr. Lieve Vancasteren Dr. Yves Van Belle	01/01/2014
7.87.005.53	ULB - Hôpital Erasme Route de Lennik 808 1070 ANDERLECHT	Dr. M. Jottrand Dr. N. Preumont	01/01/2014
7.87.006.52	CHU Brugmann Place Arthur Van Genuchten 4 1020 BRUXELLES	Dr. Th. Verbeet Dr. J. Castro Dr. S. Knecht	01/01/2014
7.87.007.51	Cliniques Universitaires de Mont Godinne avenue Dr. G. Therasse 1 5530 YVOIR	Dr. D. Blommaert Dr. O. Deceuninck Dr. O. Xhaet	01/01/2014
7.87.009.49	Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis Moorselbaan 164 9300 Aalst	Dr. P. Geelen Dr. P. Peytchev Dr. T. De Potter	01/01/2014
7.87.010.48	A.Z. Sint-Jan Ruddershove 10 8000 Brugge	Dr. R. Tavernier Dr. Y. Vandekerckhove Dr. M. Duytschaever Dr. M. Tahmaseb	01/01/2014
7.87.011.47	Ziekenhuisnetwerk Antwerpen – AZ Middelheim Lindendreef 1 2020 Antwerpen	Dr. D. Stockman Dr. Y. De Greef Dr. B. Schwagten	01/01/2014
7.87.013.45	C.H.R. de la Citadelle Liège Boulevard du 12e de Ligne 1 4000 LIEGE	Dr. J.M. Herzet Dr. Liliana Stefan	01/01/2014
7.87.015.43	Jessa Ziekenhuis Stadsomvaart 11 3500 HASSELT	Dr. J. Vijgen Dr. D. Dilling-Boer Dr. P. Koopman Dr. J. Schurmans	01/01/2014
7.87.016.42	Heilig Hartziekenhuis Roeselare - Menen vzw Wilgenstraat 2 8800 ROESELARE	Dr. P. Pollet Dr. W. Anne	01/01/2014

<b>Identificatie nummer Numéro d'identification</b>	<b>Benaming Dénomination</b>	<b>Cardio-elektrofysiologen Cardio- électrophysiologues</b>	<b>Datum invoeging Date d'entrée en vigueur</b>
7.87.017.41	AZ Maria Middelaes Gent Kortrijksesteenweg 1026 9000 GENT	Dr. F. Provenier Dr. B. François	01/01/2014
7.87.018.40	ZOL - Autonome Verzorgingsinstelling Schiepse Bos 6 3600 GENK	Dr. Ph. De Vusser Dr. M. Rivero-Ayerza Dr. W. Mullens Dr. H. Van Herendael Dr. M. Dupont	01/01/2014
7.87.019.39	Centre Hospitalier Regional Namur Avenue Albert 1er, 185 5000 NAMUR	Dr. J.J. Buy Dr. X. Carryn	01/01/2014
7.87.020.38	Cliniques Universitaires St. Luc Avenue Hippocrate 10 - 2288 1200 WOLUWE ST.-LAMBERT	Dr. Chr. Scavee Dr. S. Marchandise Dr. J-B. le Polain de Waroux	01/01/2014
7.87.021.37	Universitair ziekenhuis Brussel Laarbeeklaan 101 1090 JETTE	Dr. P. Brugada Dr. J-B Chierchia Dr. C. De Asmundis	01/01/2014
7.87.022.36	Imeldaziekenhuis Imeldalaan 9 2820 BONHEIDEN	Dr. Ph. Debruyne Dr. B. Vankelecom Dr. T. Rossenbacker	01/01/2014
7.87.023.35	Centre hospitalier Jolimont-Lobbes Rue Ferrer 159 7100 HAINE-SAINT-PAUL	Dr. A. de Meester de Ravestein Dr. D. Badot	01/01/2014
7.87.024.34	Hôpital St. Joseph – Ste Thérèse Rue de la Duchère 6 6060 GILLY	Dr. J. Leroy Dr. P. Hausman	01/01/2014
7.87.025.33	C.H.U. de Charleroi Boulevard Zoé Drion 1 6000 CHARLEROI	Dr. P. Gurnet Dr. I. Blankoff	01/01/2014
7.87.026.32	Clinique St Jean Boulevard du Jardin Botanique 32 1000 BRUXELLES	Dr. P. Goethals Dr. Ph. Purnode Dr. G. Paparella	01/01/2014