

**Overeenkomst tussen het Verzekeringscomité van de Dienst Geneeskundige Verzorging van het RIZIV en erkende verplegingsinrichtingen voor de vergoeding van de totale uni- of bilaterale borstreconstructie (versie 24-10-2016)**

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op het artikel 22, 6°bis;

Op voorstel van de Nationale Commissie Artsen–Ziekenfondsen (hierna NCAZ), uitgebracht op 4 juli 2016 en 26 oktober 2016 en van de Overeenkomstencommissie ziekenhuizen-verzekeringsinstellingen, uitgebracht op 14 juli 2016 en 25 oktober 2016;

en na advies van de Technische Geneeskundige Raad, geformuleerd op 13 juli 2016;

wordt overeengekomen wat volgt, tussen:

enerzijds,

- a) het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, verder in de tekst aangeduid als « het Verzekeringscomité », eerste contractant,

en anderzijds,

- b) de verantwoordelijke namens de inrichtende macht van het ziekenhuis « naam van het ziekenhuis », beantwoordend aan de criteria vastgesteld in artikel 6, tweede contractant;
- c) de artsen-specialisten in de plastische, reconstructieve en esthetische heelkunde verbonden aan het ziekenhuis « naam van het ziekenhuis », beantwoordend aan de criteria vastgesteld in artikel 7, vertegenwoordigd door het diensthoofd van de afdeling plastische, reconstructieve en esthetische chirurgie, derde contractant:

## **DOEL VAN DE OVEREENKOMST**

### **Artikel 1**

Deze overeenkomst voorziet in een verzekeringstegemoetkoming voor de totale uni- of bilaterale borstreconstructie door middel van een micro-chirurgische vrije perforatorflap en bepaalt de voorwaarden en modaliteiten van tussenkomst, zodat de volgende doelstellingen worden gerealiseerd:

- de eigen bedragen voor de patiënten beperken tot een redelijk bedrag;
- het aanrekenen van de zogenaamde esthetische supplementen bij deze ingrepen wordt onmogelijk, ook in tweepersoonskamers;
- de honorering van het team plastisch chirurgen wordt aangepast aan de duurtijd en de complexiteit van de operatie en de intensiteit van de postoperatieve opvolging;
- waarborgen dat tenminste bij gemiddeld 40 % van de ingrepen geen supplementen worden aangerekend.

**DE VERSTREKKINGEN VOOR AUTOLOGE BORSTRECONSTRUCTIE: OMSCHRIJVING,  
VERGOEDINGSVOORWAARDEN EN TARIEVEN**

**Artikel 2**

De autologe borstreconstructie omvat 3 fasen:

Fase 1: De microchirurgische transplantatie van weefsel

Fase 2: Hermodelleren van de ipsi- en heterolaterale zijde, inclusief tepelreconstructie

Fase 3: Tatoeage van tepel en tepelhof.

**Artikel 3 – Fase 1**

**a) Omschrijving**

252652-252663	Unilaterale borstreconstructie door middel van reconstructieve chirurgie na operatie door middel van een micro-chirurgische vrije perforatorflap (met inbegrip van het sluiten van de donorsite)
252674-252685	Bilaterale borstreconstructie door middel van reconstructieve chirurgie na operatie door middel van een micro-chirurgische vrije perforatorflap, (met inbegrip van het sluiten van de donorsite)
252696-252700	Unilaterale borstreconstructie door middel van reconstructieve chirurgie na operatie door middel van een micro-chirurgische vrije perforatorflap (met inbegrip van het sluiten van de donorsite), na akkoord van het College van Geneesheren-Directeurs voorafgaand aan de ingreep
252711-252722	Bilaterale borstreconstructie door middel van reconstructieve chirurgie na operatie door middel van een micro-chirurgische vrije perforatorflap (met inbegrip van het sluiten van de donorsite), na akkoord van het College van Geneesheren-Directeurs voorafgaand aan de ingreep

De volgende micro-chirurgische vrije perforatorflappen komen in aanmerking voor verzekeringstegemoetkoming via de prestatiecodes 252652-252663, 252674-252685, 252696-252700 en 252711-252722:

DIEP	Deep Inferior Epigastric Artery Perforator Flap
SIEP	Superficial Epigastric Artery Perforator Flap
SGAP	Superior Gluteal Artery Perforator Flap
IGAP	Inferior Gluteal Artery Perforator Flap
LAP	Lumbar Artery Artery Perforator Flap
DCIAP	Deep Circumflex Iliac Artery Perforator Flap
TUG	Transverse Upper Gracilis Artery Perforator Flap (medial thigh)
PFAP	Profunda Femoris Artery Perforator Flap (posterior thigh)
TFLAP	Tensor fascia lata Artery Perforator Flap (lateral thigh)
ALT	Antero-lateral Thigh Artery Perforator Flap

## **b) Vergoedingsvoorwaarden**

De verstrekkingen 252652-252663 en 252674-252685 komen enkel in aanmerking voor vergoeding indien de borstreconstructie wordt uitgevoerd na een mutilerende ingreep op één of beide borsten als gevolg van borstkanker of na preventieve borstverwijdering omwille van een genetische predispositie op borstkanker (mutatie). De indicatie tot ablatieve chirurgie wordt gesteld in het kader van een Multidisciplinair oncologisch consult (MOC). De beslissing tot primaire reconstructie wordt tegelijkertijd genomen in samenspraak met de plastisch chirurg. Bij secundaire en tertiaire reconstructies bevat het medisch dossier het laatst beschikbare MOC verslag en een verslag van een oncologisch consult met het oog op de ingreep.

De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekking 252652-252663 kan maximaal één keer per borst worden toegekend en is enkel verschuldigd indien voorafgaandelijk of gelijktijdig één van de verstrekkingen 227636-227640 of 227651-227662 of 227673-227684 of 227695-227706 of 227710-227721 of 227894-227905 werd vergoed.

De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekking 252674-252685 kan maximaal één keer worden toegekend en is enkel verschuldigd indien voorafgaandelijk of gelijktijdig twee van de volgende verstrekkingen, identiek of verschillend, werden vergoed: 227636-227640 of 227651-227662 of 227673-227684 of 227695-227706 of 227710-227721 of 227894-227905.

De verstrekkingen 252696-252700 en 252711-252722 komen enkel in aanmerking voor vergoeding na akkoord van het College van Geneesheren-Directeurs verkregen overeenkomstig de procedure vermeld in het punt c) en indien de borstreconstructie wordt uitgevoerd:

1. ten gevolge van de afwezigheid van borstweefsel naar aanleiding van het syndroom van Poland;
2. ten gevolge van totaal verlies van het borstweefsel:
  - na ernstig trauma;
  - na een necrose indien het rapport van de chirurg aantoont dat het een haalbare operatie betrof;
  - na totale mastectomie als behandeling voor een ernstige infectie;
  - na totale mastectomie ten gevolge van volumineuze goedaardige tumoren of de ziekte van Reclus.

De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekking 252696-252700 kan maximaal één keer per borst worden toegekend.

De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekking 252711-252722 kan maximaal één keer worden toegekend.

De verstrekkingen 252652-252663, 252674-252685, 252696-252700 en 252711-252722 kunnen niet worden gecumuleerd met de volgende verstrekkingen uit art. 14, c) NGV: 250176-250180, 250191-250202, 251856-251860, 251871-251882, 251893-251904, 251812-251823, 251834-251845, 251952-251963, 252571-252582.

## **c) Procedure**

De tussenkomst van de verzekering in de verstrekkingen 252696-252700 en 252711-252722 is enkel mogelijk na voorafgaand akkoord van het College van Geneesheren-Directeurs. Hiertoe verstuurt het ziekenhuis per post het volledig ingevulde en ondertekende gestandaardiseerde aanvraagformulier, waarvan het model wordt vastgelegd door het College van Geneesheren-Directeurs, naar de verzekeringsinstelling van de patiënte en naar het College van Geneesheren-Directeurs. Het formulier bestemd voor het College van Geneesheren-Directeurs dient te worden vergezeld van foto's waarvoor de richtlijnen zijn gebaseerd op deze van de Plastic Surgery Educational Foundation (PSEF). De door het College van Geneesheren-Directeurs genomen beslissing wordt via de post naar de verzekeringsinstelling en het ziekenhuis gestuurd. Indien de beslissing positief is mag de prestatie worden uitgevoerd en gefactureerd.

#### d) Honoraria

	Codenummer			Honoraria	Tegemoetkoming Ambulant		Tegemoetkoming Gehospitaliseerd		
	AMB	HOS			Rechthebbenden met voorkeurregeling	Rechthebbenden zonder voorkeurregeling	Rechthebbenden met voorkeurregeling	Rechthebbenden zonder voorkeurregeling	
K = 2,035887	252652	252663	= K	1.517	3.088,44	3.088,44	3.088,44	3.088,44	3.088,44
K = 2,035887	252696	252700	= K	1.517	3.088,44	3.088,44	3.088,44	3.088,44	3.088,44
K = 2,036035	252674	252685	= K	2.305	4.693,06	4.693,06	4.693,06	4.693,06	4.693,06
K = 2,036035	252711	252722	= K	2.305	4.693,06	4.693,06	4.693,06	4.693,06	4.693,06

De honoraria voor de verstrekkingen inzake borstreconstructie dekken de vergoeding voor de uitvoerende arts en de operatieve hulp, met inbegrip van alle handelingen in verband met lipofilling en liposuction.

De bepalingen met betrekking tot de anesthesiologie uit art. 12 van de Nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen blijven onverminderd van toepassing op de hierboven vermelde verstrekkingen, in functie van hun categorie (K-waarde).

#### Art. 4 - Fase 2: Remodelleren van de ipsi- en heterolaterale zijde, inclusief tepelreconstructie.

##### a) Omschrijving:

- 252733-252744 Unilaterale reconstructie van de areola en de tepel en opnieuw modelleren van één of twee borsten door een borstplastie, inclusief eventuele implantatie van een borstimplantaat of een borstweefselexpander
- 252755-252766 Bilaterale reconstructie van de areola en de tepel en opnieuw modelleren van één of twee borsten door een borstplastie, inclusief eventuele implantatie van een borstimplantaat of een borstweefselexpander
- 252770-252781 Aanvullend opnieuw modelleren van één of twee borsten door een borstplastie, inclusief eventuele implantatie van een borstimplantaat of een borstweefselexpander

##### b) Vergoedingsvoorwaarden

De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekking 252733-252744 is eenmalig en kan enkel worden toegekend indien voorafgaandelijk of gelijktijdig één van de verstrekkingen 252652-252663 of 252696-252700 werd uitgevoerd.

De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekking 252755-252766 is eenmalig en kan enkel worden toegekend indien voorafgaandelijk of gelijktijdig één van de verstrekkingen 252674-252685 of 252711-252722 werd uitgevoerd.

De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekkingen 252770-252781 is eenmalig en kan enkel worden toegekend indien voorafgaandelijk één van de verstrekkingen 252733-252744 of 252755-252766 werd vergoed.

De verstrekkingen 252733-252744, 252755-252766 en 252770-252781 mogen niet worden gecumuleerd met de verstrekkingen 251672-251683, 251716-251720, 252490-252501, 252512-252523, 252571-252582 en/of 252593-252604

### c) Honoraria

	Codenummer		Honoraria	Tegemoetkoming Ambulant		Tegemoetkoming Gehospitaliseerd	
	AMB	HOS		Rechtgebenden met voorkeurregeling	Rechtgebenden zonder voorkeurregeling	Rechtgebenden met voorkeurregeling	Rechtgebenden zonder voorkeurregeling
	K = 2,036315	252733		252744 = K 336	684,20	684,20	684,20
K = 2,036315	252755	252766 = K 391	796,20	796,20	796,20	796,20	
K = 2,036315	252770	252781 = K 168	342,10	342,10	342,10	342,10	

De honoraria voor deze verstrekkingen dekken de vergoeding voor de uitvoerende arts en de operatieve hulp, met inbegrip van alle handelingen in verband met lipofilling en liposuction.

De bepalingen met betrekking tot de anesthesiologie uit art. 12 van de Nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen onverminderd van toepassing op de hierboven vermelde verstrekkingen, in functie van hun categorie (K-waarde). Het borstimplantaat kan worden aangerekend overeenkomstig de bepalingen uit de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen.

### Art. 5 - Fase 3: Tatoeage van tepel en tepelhof.

#### a) Omschrijving:

- 252792-252803 Unilaterale tatoeage van de areolaire streek door de plastisch chirurg of onder diens supervisie
- 252814-252825 Bilaterale tatoeage van de areolaire streek door de plastisch chirurg of onder diens supervisie

#### b) Vergoedingsvoorwaarden

De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekking 252792-252803 is eenmalig en kan slechts worden toegekend indien voorafgaandelijk één van de verstrekkingen 252652-252663 of 252696-252700 werd vergoed.

De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekking 252814-252825 is eenmalig en kan slechts worden toegekend indien voorafgaandelijk één van de verstrekkingen 252674-252685 of 252711-252722 werd vergoed.

De verstrekkingen 252792-252803 en 252814-252825 kunnen niet worden gecumuleerd met de verstrekking 252615-252626

### c) Honoraria

	Codenummer		Honoraria	Tegemoetkoming Ambulant		Tegemoetkoming Gehospitaliseerd	
	AMB	HOS		Rechtgebenden met voorkeurregeling	Rechtgebenden zonder voorkeurregeling	Rechtgebenden met voorkeurregeling	Rechtgebenden zonder voorkeurregeling
	K = 1,349114	252792		252803 = K 72	97,14	97,14	97,14
K = 1,349114	252814	252825 = K 144	194,27	194,27	194,27	194,27	

## **CRITERIA WAARAAN DE VERPLEGINGSINRICHTING MOET VOLDOEN**

### **Artikel 6**

Enkel de verplegingsinrichtingen die beschikken over een erkende coördinerende borstkliniek zoals bedoeld in het Koninklijk besluit van 26 april 2007 houdende vaststelling van de normen waaraan het coördinerend gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker en het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker moeten voldoen om te worden erkend, kunnen deelnemen aan deze conventie. De verstrekkingen vermeld in de artikelen 3, 4 en 5 mogen eveneens uitgevoerd worden in een satellietborstkliniek, erkend overeenkomstig het hierboven vermelde KB van 26 april 2007, die een formeel samenwerkingsverband heeft afgesloten met de coördinerende borstkliniek van een centrum die tot deze overeenkomst is toegetreden, op voorwaarde dat de verantwoordelijke van de inrichtende macht van het centrum dat beschikt over een satellietborstkliniek deze conventie meeondertekend en dat de chirurg die de ingreep uitvoert verbonden is aan het coördinerende centrum en voldoet aan alle voorwaarden vermeld in deze overeenkomst.

Bovendien dient de verplegingsinrichting te beschikken over een interne en externe kwaliteitscontrole met een verplichte evaluatie van de patiënten tevredenheid.

De verplegingsinrichting heeft ten minste twee artsen-specialisten in de plastische, reconstructieve en esthetische heelkunde in dienst die voldoen aan de criteria vermeld in artikel 7. Het bewijs van de daadwerkelijke activiteit wordt geleverd door het overmaken van de overeenkomsten met de betrokken zorgverleners aan het RIZIV.

## **CRITERIA WAARAAN DE BEHANDELENDE ARTS SPECIALIST MOET VOLDOEN**

### **Artikel 7**

De verstrekkingen in deze overeenkomst mogen slechts worden aangerekend door de artsen die erkend zijn als geneesheer-specialist in de plastische, reconstructieve en esthetische heelkunde en die op basis van hun CV een bijzondere bekwaamheid kunnen aantonen met borstreconstructies volgens de vrije perforator methode. De bijzondere bekwaamheid dient te worden aangetoond in een verklaring op eer vanwege de chirurg waarin hij de volgende zaken preciseert:

- a) het aantal ingrepen zoals bedoeld in artikel 3 die hij/zij zelf heeft uitgevoerd
- b) het aantal ingrepen zoals bedoeld in artikel 3 die hij/zij als assistent heeft uitgevoerd

Naast het minimum aantal ingrepen vermeld in de punten a) en b) van dit artikel dient bijkomstig 1 van de volgende 2 punten te worden aangetoond en gepreciseerd:

- c) de in binnen- en/of buitenland gevolgde opleidingen inzake micro-chirurgische vrije perforatorflappen;
- d) de eventuele publicaties en/of medewerking aan publicaties omtrent de borstreconstructie (en meer bepaald de micro-chirurgische vrije perforatorflappen in een peer reviewed tijdschrift).

De verplegingsinrichting deelt ten laatste op de dag van de ondertekening aan de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV het statuut en de namen mee van de artsen-specialisten samen met hun verklaringen op eer betreffende de bijzondere bekwaamheid, zoals vermeld in artikel 7 en samen met het bewijs van daadwerkelijke activiteit zoals vermeld in artikel 6.

Elke wijziging met betrekking tot de status van deze artsen-specialisten wordt meegedeeld aan de Leidend ambtenaar van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging.

## **VERBINTENISSEN VAN DE EERSTE CONTRACTANT**

### **Artikel 8**

De Dienst verbindt zich ertoe om de inhoud van deze overeenkomst bekend te maken via de website van het RIZIV en, na evaluatie, de lijst van de contracterende verplegingsinrichtingen die voldoen aan de criteria, vermeld in artikel 6, en van de eraan verbonden plastische chirurgen die het bewijs van hun bekwaamheid, zoals vermeld in artikel 7, hebben geleverd.

## **VERBINTENISSEN VAN DE TWEEDE EN DERDE CONTRACTANT**

### **Artikel 9 – Supplementaire honoraria**

De supplementaire honoraria (niet-terugbetaalbaar door de verplichte ziekteverzekering) voor de artsen specialisten die de operatie uitvoeren en bijstaan mogen voor een patiënte op een éénpersoonskamer maximaal 100% bedragen van de honoraria vermeld in artikel 3. Er wordt opgemerkt dat deze overeenkomst niet garandeert dat de polissen van de aanvullende verzekeraars de supplementaire honoraria volledige of gedeeltelijk zullen ten laste nemen.

Overeenkomstig art. 152, § 2, 2° van de Ziekenhuiswet worden de supplementaire honoraria, bedoeld in het vorige lid, vastgelegd in de algemene regeling van het contracterende ziekenhuis. Het ziekenhuis toont eveneens aan dat in de algemene regeling de supplementaire honoraria voor de verstrekkingen die verband houden met de ingrepen bedoeld in deze overeenkomst niet werden verhoogd. De desbetreffende uittreksels worden toegevoegd in bijlage bij deze overeenkomst.

Voor de verstrekkingen gedekt door de honoraria vermeld in de artikelen 3, 4 en 5 kan er geen ander honorariumsupplement worden aangerekend buiten het maximum supplement vermeld in alinea 1, ongeacht of de reconstructie in één tijd dan wel in meerdere operatietijden wordt uitgevoerd.

### **Artikel 10 – Kamerkeuze**

Op geen enkele wijze mag druk worden uitgeoefend op de patiënte om zich te laten opnemen in een eenpersoonskamer. Het ziekenhuis voegt in bijlage aan deze overeenkomst de volgende gegevens toe van opnames voor de in deze overeenkomst bedoelde ingrepen met betrekking tot het jaar voorafgaand aan de ondertekening van deze overeenkomst:

- het aantal patiënten dat verzocht heeft om opgenomen te worden in een twee- of meerpersoonskamer
- het aantal patiënten dat verzocht heeft om opgenomen te worden in een éénpersoonskamer

De gewone kamersupplementen, zoals bedoeld in artikel 97 van de Ziekenhuiswet zijn van toepassing.

### **Artikel 11 – De geïnformeerde toestemming**

De patiënte dient, voorafgaand aan de ingreep haar geïnformeerde toestemming te geven. Zij wordt geïnformeerd over de ingreep en over de gevolgen van de keuze voor opname in een eenpersoonskamer op basis van een brochure, opgesteld door de verplegingsinrichting in overleg met het beroep, waarin alle nuttige medische en financiële informatie wordt vermeld, zodat de patiënte met kennis van zaken de ingreep kan weigeren of toestaan en kan beslissen over de kamerkeuze.

## **Artikel 12 – Bestek en opnameverklaring**

Een schriftelijk bestek en een ontwerp van opnameverklaring worden uiterlijk 7 dagen voor de ingreep aan de patiënte overhandigd. Bij het opstellen van dit bestek wordt rekening gehouden met de kamerkeuze en met bepalingen van artikel 9 ('supplementaire honoraria') van deze overeenkomst.

## **Artikel 13 - Voorschotten**

Onverminderd wat bepaald is in de Nationale overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen met betrekking tot de voorschotten voor de verblijfskosten, kunnen voorschotten op de honoraria worden gevraagd indien zij worden vermeld in het schriftelijk bestek en enkel op de bedragen ten laste van de patiënte ten belope van maximum 50% van het honorariumsupplement met een maximum van 1250 euro. Hiertoe zal de procedure uit art. 53, § 1/1 GVVU-Wet worden gevolgd.

## **EVALUATIE**

### **Artikel 14**

Deze overeenkomst zal het voorwerp uitmaken van een jaarlijkse evaluatie door een WG Ad Hoc van de NCAZ, samengesteld uit vertegenwoordigers van de contracterende partijen, leden van het College van geneesheren-directeurs en vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen, die als doel heeft de toepassing op het terrein van deze overeenkomst te beschouwen in het licht van de doelstellingen vermeld in punt 1 van deze overeenkomst. Dit houdt in: 1° het verzamelen en interpreteren van alle informatie op basis van vaststellingen, klachten, statistieken, persberichten, ... en 2° indien nodig formuleren van aanbevelingen tot bijsturing van de overeenkomst. Hierbij zullen ook de aanvullende Ziektekostenverzekeraars worden betrokken. De bevindingen van de WG worden voorgelegd aan de NCAZ, het College van geneesheren-directeurs en het Verzekeringscomité.

Na evaluatie kan het College van geneesheren-directeurs voorstellen om de lijst van uitzonderlijke aandoeningen, opgenomen in artikel 3, b) van deze overeenkomst, aan te passen in functie van ingediende aanvragen die voor terugbetaling goedgekeurd werden op basis van hun bijzonder behartigenswaardig karakter, en die een terugkerend karakter vertonen.

De eerste evaluatie zal gebeuren vóór eind 2017, op basis van de informatie van de eerste 6 maanden.

## **GESCHILLEN**

### **Artikel 15**

De NCAZ neemt kennis van alle geschillen en betwistingen met betrekking tot de autologe borstreconstructie en kan gevat worden door patiënten, verzekeringsinstellingen en ziekenhuizen om ze te beslechten.

## **GELDIGHEIDSTERMIJN VAN DE OVEREENKOMST**

### **Artikel 16**

Deze overeenkomst, behoorlijk ondertekend, heeft uitwerking op de eerste dag van de maand na die van ondertekening.



Deze overeenkomst wordt afgesloten voor een periode van onbepaalde duur. Ze kan door alle partijen worden beëindigd mits inachtneming van een opzeggingstermijn van 6 maanden die ingaat op de eerste dag van de maand volgend op de datum van verzending van de aangetekende brief.

Ze vervalt onmiddellijk vanaf het ogenblik dat het centrum niet meer beantwoordt aan de criteria vermeld in artikel 6.

Opgemaakt in drievoud, te Brussel, op .....

De verantwoordelijke namens de inrichtende macht, De Leidend Ambtenaar,

Xxxxxxx  
Xxxxx

Dr H. DE RIDDER  
Directeur-generaal

De hoofdgeneesheer van het ziekenhuis,

De arts-specialist, coördinator van de coördinerende borstkliniek,

Xxxxxxx  
Xxxxx

Xxxxxxx  
Xxxxx

Het diensthoofd van de Dienst Plastische heelkunde,

De verantwoordelijke namens de inrichtende macht van de verplegingsinrichting die beschikt over een satellietborstkliniek die verbonden is aan de hierboven vermelde coördinerende borstkliniek,

Xxxxxxx  
Xxxxx

Xxxxxxx  
Xxxxx