**FORMULIER F-Form-I-06**

**Aanvraag voor een volgnummer voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de kosten van de hulpmiddelen voor de percutane herstelling van de coaptatie van de mitralisklepbladen ter behandeling van mitralisklepregurgitatie, zoals bepaald in de vergoedingsvoorwaarde F-§19 (verstrekkingen 172491-172502 en 172513-172524)**

*(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)*

* Binnen de 30 kalenderdagen na implantatie te versturen naar :
  + Secretariaat van de Commissie voor Tegemoetkoming van Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen, Dienst Geneeskundige Verzorging (RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel).

***Identificatie van de netwerkcoördinator en de verplegingsinrichting waar hij/zij werkt***

Naam van de verplegingsinrichting : …………………………………………………………………

Riziv identificatienr. van de verplegingsinrichting : 710\_ \_ \_ \_ \_

Naam en voornaam van de netwerkcoördinator:

…………………………………………………………………………………………………………

RIZIV nr. van de netwerkcoördinator: …………………………………………………………..…

Email-adres : ……………………………………………………………………………………………

Telefoon (secretariaat dienst) : ……………………………………………………………………….

***Identificatie van de rechthebbende***

Naam : ………………………………………………………………………………………………….

Voornaam : …………………………………………………………………………………………….

Identificatienummer van het Rijksregister : …………………………………………………………

Geboortedatum : ………………………………………………………………………………………

Geslacht : ………………………………………………………………………………………………

Verzekeringsinstelling: ………………………………………………………………………………..

***Datum van de ingreep*** : ……./……./……….

***Aantal tegemoetkomingen toegewezen aan het netwerk***

Het toegekende aantal tegemoetkomingen voor het lopende jaar 20….. : …

Het aantal tegemoetkomingen reeds aangevraagd voor dit lopende jaar: ……

Dit betreft een aanvraag voor de verstrekking:

* 172491-172502
* 172513-172524 (enkel indien overschrijding van het toegekende jaarlijks aantal verstrekkingen 172491-172502)

***Verbintenissen*:**

De rechthebbende werd voorafgaandelijk aan de ingreep geselecteerd door het multidisciplinair team, zoals bepaald in het punt 2.1 van de overeenkomst.

Het lid van het multidisciplinair team die deze aanvraag van een volgnummer ondertekent bevestigt dat de rechthebbende voldoet aan de volgende criteria:

* Symptomatisch ernstige mitralis klep regurgitatie, ondanks optimale hartfalen-behandeling, zoals gedefinieerd door de meest recente ESC richtlijnen.
* Een cardiale NYHA-score van 3 of 4.
* Hoog operatief risico zoals beoordeeld door het multidisciplinair hart-team, minstens rekening houdend met de leeftijd, LV functie, pulmonaire druk, comorbiditeiten, frailty, voorgeschiedenis van borstbestraling en cardiale chirurgie en technische/anatomische contra-indicaties voor chirurgie.
* Technische haalbaarheid beoordeeld met TEE
* Een geschatte algemene levensverwachting na de ingreep met het hulpmiddel van minstens 1 jaar.

Dit lid van het multidisciplinair team bevestigt verder dat:

* De beslissing tot implantatie werd genomen tijdens een multidisciplinair overleg:
  + Datum van het multidisciplinair overleg: ……./……./……….

De vergoedingsvoorwaarde F-§19 voorziet in minstens de volgende samenstelling:

* 1 interventioneel cardioloog en 1 cardiothoracaal chirurg die de ingreep uitvoeren
* 1 bijkomende interventioneel cardioloog en 1 bijkomende cardiothoracaal chirurg. Voor het netwerk komen deze uit een andere verplegingsinrichting dan deze van de artsen die de ingreep zullen uitvoeren
* 1 cardioloog met ervaring in transoesophageale echocardiographie
* 1 cardioloog met ervaring in hartfalen
* 1 geriater indien de rechthebbende 75 jaar of ouder is
* de implantatie uitgevoerd werd in een verplegingsinrichting zoals bedoeld in het opschrift 2.1.1. van de vergoedingsvoorwaarde F-§19 van de overeenkomst
* de opvolging van de rechthebbende zal geschieden in het netwerk zoals bedoeld in het opschrift 8. “Verbintenissen van de netwerk” van de vergoedingsvoorwaarde F-§19 van de overeenkomst.
* de documenten waaruit blijkt dat voldaan is aan de voorwaarden vermeld onder punt 3 “Criteria betreffende de rechthebbende” van de vergoedingsvoorwaarde F-§19 van de overeenkomst, de follow-up gegevens van de patiënten ingegeven in het register en het overlijden, de herhospitalisatie om cardiale redenen of complicaties te wijten aan het hulpmiddel die plaatsvinden buiten de geplande follow-up tijdstippen evenals een kopij van het volledig ingevulde formulier dienen in het dossier van de rechthebbende te worden bewaard en zullen aan de adviserend-arts worden toegezonden op diens verzoek.
* De ingreep wordt uitgevoerd door artsen-specialisten die betrokken waren bij het multidisciplinair overleg.

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

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