**FORMULIER F-Form-II-03**

**Kandidatuur om te worden opgenomen op de lijst van de samenwerkingen voor de verstrekkingen 172491-172502 en 172513-172524 betreffende één of meerdere implantaten en toebehoren voor de percutane herstelling van de coaptatie van de mitralisklepbladen in patiënten met een symptomatische ernstige mitralisklepregurgitatie met een hoog risico of een contra-indicatie voor chirurgie, zoals bepaald in de vergoedingsvoorwaarde F-§19.**

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

* Te versturen naar het secretariaat van de Commissie voor Tegemoetkoming van Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen (implant@riziv-inami.fgov.be)

***Identificatie van de verplegingsinrichtingen die deelnemen aan de samenwerking [[1]](#footnote-1)***

Naam van de verplegingsinrichting 1: ………………………………………………………

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

Naam en voornaam van de directeur van de verplegingsinrichting (zoals gedefinieerd in de Wet op de ziekenhuizen[[2]](#footnote-2)): ……………………………………………………………

E-mailadres:…………………………………………………………………………………..

Naam en voornaam van de hoofdarts (zoals gedefinieerd in de Wet op de ziekenhuizen):………………………………………………………………………………….

E-mailadres:…………………………………………………………………………………..

Naam van de verplegingsinrichting 2: ………………………………………………………

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

Naam en voornaam van de directeur van de verplegingsinrichting (zoals gedefinieerd in de Wet op de ziekenhuizen2): ……………………………………………………………

E-mailadres:…………………………………………………………………………………..

Naam en voornaam van de hoofdarts (zoals gedefinieerd in de Wet op de ziekenhuizen):………………………………………………………………………………….

E-mailadres:…………………………………………………………………………………..

Naam van de verplegingsinrichting 3: ………………………………………………………

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

Naam en voornaam van de directeur van de verplegingsinrichting (zoals gedefinieerd in de Wet op de ziekenhuizen2): ……………………………………………………………

E-mailadres:…………………………………………………………………………………..

Naam en voornaam van de hoofdarts (zoals gedefinieerd in de Wet op de ziekenhuizen):………………………………………………………………………………….

E-mailadres:…………………………………………………………………………………..

***Identificatie van de contactpersoon en zijn/haar plaatsvervanger, en de verplegings­inrichting waar hij/zij werkt:***

Naam en voornaam van de contactpersoon: ……………………………………………

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

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

Telefoon (dienstsecretariaat): ………………………………………………………………

Naam en voornaam van de plaatsvervangende contactpersoon: ….………………………………………………

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

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

Telefoon (dienstsecretariaat): ………………………………………………………………

***Identificatie van de ziekenhuisapotheker en zijn/haar plaatsvervanger verantwoordelijk voor de facturatie van de implantaten:***

Naam en voornaam van de ziekenhuisapotheker: .………………………………………………

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

Naam en voornaam van de plaatsvervangende ziekenhuisapotheker: ….………………………………………………

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

***Identificatie van de verplegingsinrichting waar de ingrepen zullen plaatsvinden:***

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

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

Indien de verplegingsinrichting over meerdere sites verspreid is, de site opgeven waar de ingrepen zullen worden uitgevoerd: …………………………………………………......

***De ervaring in valvulaire pathologie van de samenwerking***

Voor het kalenderjaar 2023, moet de samenwerking ervaring hebben op het gebied van de behandeling van valvulaire pathologie, aangetoond door een jaarlijks gemiddelde van minimum 720 geboekte verstrekkingen 229596-229600, 229515-229526, 172734-172745, 172756-172760, 181952-181963, 172491 – 172502 en 172513 – 172524[[3]](#footnote-3), uitgevoerd in de samenwerking, berekend als het gemiddelde over de jaren 2019 tot 2021.

Het aantal geboekte verstrekkingen wordt gecontroleerd bij de beoordeling van de kandidatuurstelling op basis van de geboekte data die beschikbaar zijn binnen het RIZIV in de docP.

***Identificatie[[4]](#footnote-4) van de artsen-specialisten die kunnen deelnemen aan een multidisciplinair overleg, zoals bepaald in punt 2.1.2 van de vergoedingsvoorwaarde F-§19***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Verplegingsinrichting | Naam | RIZIV nummer | Specialisatie[[5]](#footnote-5) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***Identificatie van de maximaal drie interventionele cardiologen die de implantaties zullen uitvoeren, zoals bepaald in punt 2.1.3 van de vergoedingsvoorwaarde F-§19.***

* Deze artsen-specialisten staan ook vermeld in bovenstaande lijst en nemen deel aan de bespreking in het multidisciplinaire team.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Verplegingsinrichting | Naam | RIZIV nummer |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

***Verbintenissen [[6]](#footnote-6)***

**De directeurs van de verplegingsinrichting en de hoofdartsen bevestigen kennis genomen te hebben van de bepalingen en de criteria die werden opgenomen in de vergoedingsvoorwaarde F-§19 en daarvan alle voorwaarden te aanvaarden.**

**De directeur** van de verplegingsinrichting 1: ……………………………

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

Naam, voornaam en handtekening:

**De hoofdarts** van de verplegingsinrichting 1: ……………………………

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

Naam, voornaam en handtekening:

**De directeur** van de verplegingsinrichting 2: ……………………………

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

Naam, voornaam en handtekening:

**De hoofdarts** van de verplegingsinrichting 2: ……………………………

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

Naam, voornaam en handtekening:

**De directeur** van de verplegingsinrichting 3: ……………………………

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

Naam, voornaam en handtekening:

**De hoofdarts** van de verplegingsinrichting 3: ……………………………

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

Naam, voornaam en handtekening:

In geval van een wijziging aan de samenstelling van een samenwerking moeten alle samenwerkingen, die betrokken zijn door die aanpassing, een brief voorzien aan het secretariaat van de Commissie voor Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen dat zij kennis genomen hebben van deze aanpassing, getekend door elke directeur en elke hoofdarts van de betrokken verplegingsinrichtingen. Indien van toepassing, dient een nieuw kandidatuurformulier ingediend te worden door de nieuwe samenwerking.

1. Pas het document elektronisch aan om additionele verplegingsinrichtingen toe te voegen [↑](#footnote-ref-1)
2. Wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 7 november 2008 [↑](#footnote-ref-2)
3. 229596-229600 N2100: operatie op het hart of op de grote intrathoracale bloedvaten die de plastiek of het plaatsen van een kunstklep omvat met extracorporele circulatie

   229515-229526 N2700: operatie op het hart of op de grote intrathoracale bloedvaten die het plaatsen omvat van meer dan één kunstklep of van een valvulaire homogreffe of van een kunstklep en een myocard-revascularisatie met extra corporele circulatie

   172734-172745: Percutaan implanteerbare klepstent in aortapositie inclusief het plaatsingssysteem

   172756-172760: Percutaan implanteerbare klepstent in aortapositie inclusief het plaatsingssysteem, na overschrijding van het toegekende jaarlijks aantal verstrekkingen 172734-172745

   181952-181963: Percutaan implanteerbare klepstent in aortapositie inclusief het plaatsingssysteem, indien niet is voldaan aan de voorwaarden voor de verstrekkingen 172734-172745 en 172756-172760

   172491-172502: Eén of meerdere implantaten en toebehoren voor de percutane herstelling van de coaptatie van de mitralisklepbladen in patiënten met een symptomatische ernstige mitralisklepregurgitatie met een hoog risico of een contra-indicatie voor chirurgie

   172513-172524: Eén of meerdere implantaten en toebehoren voor de percutane herstelling van de coaptatie van de mitralisklepbladen in patiënten met een symptomatische ernstige mitralisklepregurgitatie met een hoog risico of een contra-indicatie voor chirurgie, na overschrijding van het toegekende jaarlijks aantal verstrekkingen 172491-172502 [↑](#footnote-ref-3)
4. Pas het document elektronisch aan om additionele leden van het team toe te voegen [↑](#footnote-ref-4)
5. Interventionele cardioloog, cardiothoracale chirurg, cardioloog met ervaring in transoesophageale echocardiographie, cardioloog met ervaring in hartfalen, geriater [↑](#footnote-ref-5)
6. De directeurs en de hoofdartsen van elke deelnemende verplegingsinrichting moeten het formulier tekenen. Pas het document elektronisch aan om additionele verplegingsinrichtingen toe te voegen [↑](#footnote-ref-6)