**FORMULAIRE F-Form-I-08**

**Demande d’un numéro d’ordre pour obtenir une intervention de l’assurance obligatoire dans le coût de la prestation 172734-172745 relative au stent valvulaire percutané implantable en position aortique et accessoires, comme stipulé dans la condition de remboursement F-§09**

*(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d’imprimerie)*

* A envoyer dans les 60 jours calendriers après l’implantation au:
* Secrétariat de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs, Service des Soins de santé (copie) (INAMI, Avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles)

***Identification du coordinateur (du réseau) et de l’établissement hospitalier dans lequel il travaille***

Nom de l’établissement hospitalier : ………………………………………………………...........

N° d’identification INAMI de l’établissement hospitalier : 710\_ \_ \_ \_ \_

Nom et prénom du coordinateur***(du réseau)***:

……………..…………………………………………………………………………………………..

N° INAMI du coordinateur***(du réseau)***: ………………..……………………………………………

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*** : ……./……./……….

***Le nombre annuel d’interventions accordées à l’établissement hospitalier / le réseau***

Le nombre d’interventions 172734-172745 accordées pour l’année en cours 20…. : …….

Le nombre d’interventions déjà demandées pour l’année en cours: ……

***Engagements :***

Le bénéficiaire a été sélectionné, préalablement à l’intervention, par l’équipe multidisciplinaire, comme stipulé au point 1.4. de la convention.

Le membre de l’équipe multidisciplinaire qui signe cette demande d’un numéro d’ordre, confirme que le bénéficiaire répond aux critères suivants :

* Symptomatique du fait d’une sténose sévère de la valve aortique, comme définis par les directives ESC les plus récentes;
* Risque opératoire élevé ou patient ne pouvant pas entrer en ligne de compte pour une opération, tel qu’évalué par l’équipe multidisciplinaire, en tenant compte de tous les éléments du dossier médical;
* Faisabilité technique d’une implantation percutanée d’une valve aortique;
* Une estimation de l’espérance de vie générale suffisante après l’intervention au moyen du dispositif

Le membre de l’équipe multidisciplinaire confirme de plus que :

* la décision pour l’implantation a été prise lors d’une concertation multidisciplinaire :
	+ Date de la concertation multidisciplinaire : ……./……./……….

La condition de remboursement F-§09 prévoit une composition minimale de:

* 1 cardiologue interventionnel et 1 chirurgien cardiaque qui effectueront l’intervention
* 1 cardiologue interventionnel et 1 chirurgien cardiaque supplémentaires. Dans le cas d’un réseau, ceux-ci viennent d’un autre établissement hospitalier que celui des médecins qui effectueront l’intervention
* 1 cardiologue avec une expérience en échocardiographie transœsophagienne
* 1 cardiologue avec une expérience en insuffisance cardiaque
* 1 gériatre si le bénéficiaire a 75 ans ou plus
* l’implantation est effectuée dans un établissement hospitalier comme stipulé dans l’intitulé 1.3. e) de la condition de remboursement F-§09 de la convention
* L’intervention est effectuée par des médecins spécialistes qui ont été impliqués dans la concertation multidisciplinaire.

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

Nom, prénom, signature et cachet ***du membre de l’équipe multidisciplinaire***: