**FORMULAIRE L-Form-II-02**

**Candidature afin de figurer sur la liste des établissements hospitaliers pour les prestations relatives aux tiges magnétiques allongeables**

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

* À envoyer à : INAMI, Service des Soins de Santé

Secrétariat de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Avenue de Tervueren 211

1150 Bruxelles

***Identification de l’établissement hospitalier :***

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

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

Adresse administrative (adresse à laquelle la correspondance doit être envoyée) :

Rue et numéro:…………………………………………………………………………………..

Code postal et commune: ………………………………………………………………...

***Identification du responsable agissant au nom du pouvoir organisateur de l’établissement hospitalier*** :

Nom et prénom:…………………………………………………………………………………….

Adresse E-mail:……………………………………………………………………………………..

***Identification du pharmacien hospitalier***

Nom et prénom: ………………………………………………………..………………

Adresse E-mail: ………………………………………………………………………………

***Administration (Personnes à contacter pour d’éventuelles questions administratives):***

* Première personne de contact :

Nom :…………………………………………………………………………………….

Adresse E-mail :……………………………………………………………………......

Tél. :…………………………………………………Fax :……………………………..

Numéro NISS (Registre national):……………………………………………………

* Seconde personne de contact :

Nom :…………………………………………………………………………………….

Adresse E-mail :……………………………………………………………………......

Tél. :……………………………………………………Fax :…………………………..

Numéro NISS (Registre national):…………………………………………………..

***Expérience de l’établissement hospitalier***

L’établissement hospitalier est :

* un centre spécialisé pour les maladies neuromusculaires dont les chirurgiens orthopédiques ont une expérience dans le traitement de la scoliose pédiatrique. Celle-ci est démontrée par un minimum de 5 prestations 282052-282063 attestées chez des enfants (moins de 18 ans) pour l’année x-2.
* un établissement qui collabore activement avec un centre spécialisé pour les maladies neuromusculaires et dont les chirurgiens orthopédiques ont une expérience dans le traitement de la scoliose pédiatrique. Celle-ci est démontrée par un minimum de 10 prestations 282052 282063 attestées chez des enfants (moins de 18 ans) pour l’année x-2.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Année** | **Prestataire (nom + n°INAMI) ayant effectué la prestation 282052 282063** | **Date de naissance du bénéficiaire** |
| 20…….. (x-2) |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

***Engagements***

L’établissement hospitalier et les établissements de rééducation déclarent marquer leur accord sur toutes les dispositions de la condition de remboursement L-§30 de la liste.

L’établissement hospitalier garantit notamment:

* Être un centre spécialisé pour les maladies neuromusculaires ou collaborant activement avec un de ces centres
* Que le chirurgien orthopédique qui pratique l’intervention a une expérience dans le traitement de la scoliose pédiatrique.

L’établissement hospitalier s’engage :

- à communiquer au secrétariat de la Commission toute modification de la composition de l’équipe;

- à autoriser tous les représentants de l’INAMI ou des organismes assureurs à effectuer les visites qu’ils estiment nécessaires dans le cadre de l’exécution de cette condition de remboursement

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

**Les signataires confirment avoir pris connaissance des dispositions de la condition de remboursement L-§30 de la liste et en accepter toutes les conditions** :

Nom, prénom et signature du gestionnaire responsable agissant au nom du pouvoir organisateur de l’établissement hospitalier :

Nom, prénom, signature et cachet du gestionnaire responsable agissant au nom du pouvoir organisateur de chacun des établissements de rééducation