**FORMULIER L-Form-II-02**

**Kandidatuur om te worden opgenomen op de lijst van de verplegingsinrichtingen voor de verstrekkingen betreffende de magnetische verlengbare staven**

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

* Te versturen naar: RIZIV, Dienst Geneeskundige verzorging

Secretariaat van de Commissie voor Tegemoetkoming van Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen

Tervurenlaan 211

1150 Brussel

***Identificatie van de verplegingsinrichting:***

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

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

Administratief adres (adres waarnaar de briefwisseling dient te worden gestuurd):

Straat en nummer ………………….……………..………………………………………..

Postcode en gemeente : …………………………………………………………………..

***Identificatie van de verantwoordelijke namens de inrichtende macht van de verplegingsinrichting***

Naam en voornaam: ………………………………………………………..………………

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

***Identificatie van de ziekenhuisapotheker***

Naam en voornaam: ………………………………………………………..………………

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

***Administratie (Contactpersonen in geval van eventuele administratieve vragen):***

* Eerste contactpersoon :

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

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

Tel.:………………………………………………………Fax………………………….……..

INSZ-nummer (Rijksregisternummer):………………………………………………..……

* Tweede contactpersoon:

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

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

Tel.:………………………………………………………Fax………………………..…..

INSZ-nummer (Rijksregisternummer):…………………………………………….…

***Ervaring van de verplegingsinrichting***

De verplegingsinrichting is:

* een gespecialiseerd centrum voor neuromusculaire ziektes waar de orthopedische chirurgen ervaring in de behandeling van pediatrische scoliose hebben. Deze wordt aangetoond door minimum 5 geattesteerde verstrekkingen 282052-282063 bij kinderen (minder dan 18 jaar) voor het jaar x-2.
* een inrichting die actief samenwerkt met een gespecialiseerd centrum voor neuromusculaire ziektes waar de orthopedische chirurgen ervaring in de behandeling van pediatrische scoliose hebben. Deze wordt aangetoond door minimum 5 geattesteerde verstrekkingen 282052-282063 bij kinderen (minder dan 18 jaar) voor het jaar x-2.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jaartal** | **Verstrekker (naam + RIZIV-nr) die de verstrekking 282052 282063 heeft uitgevoerd** | **Geboortedatum van de rechthebbende** |
| 20…….. (x-2) |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

***Verbintenissen***

De verplegingsinrichting verklaart akkoord te gaan met alle bepalingen van de vergoedingvoorwaarde L-§30 van de lijst.

De verplegingsinrichting garandeert meer bepaald:

* een gespecialiseerd centrum voor neuromusculaire ziektes te zijn of actief samen te werkenmet één van deze centra
* dat de orthopedische chirurg die de ingreep uitvoert ervaring in de behandeling van pediatrische scoliose heeft.

De verplegingsinrichting en de revalidatie-inrichtingen verbinden zich ertoe:

* het secretariaat van de Commissie elke wijziging in de samenstelling van het team mee te delen;
* alle afgevaardigden van het RIZIV of van de verzekeringsinstellingen toe te laten de bezoeken af te leggen die zij nodig achten i.v.m. de uitvoering van deze vergoedingsvoorwaarde;

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

**De ondertekenaars bevestigen kennis genomen te hebben van de bepalingen van de vergoedingsvoorwaarde L-§30 van de lijst en daarvan alle voorwaarden te aanvaarden:**

Naam, voornaam en handtekening van de verantwoordelijke namens de inrichtende macht van de verplegingsinrichting:

Naam, voornaam, handtekening en de verantwoordelijke namens de inrichtende macht van elk revalidatie-inrichting: