CIRCULAIRE AUX ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS - Service gastro-entérologie

CIRC. HOP. 2016/5

Institut National d'Assurance Maladie • Invalidité

**INAMI**

|  |
| --- |
|  **Service des Soins de santé**  |
|  |
|  **Correspondant :** Direction médicale  |
|  **Tél.:** 02/739 77 00 | - **Fax** : 02/739 71 74 |   |  |
|  **E-mail:** implant@inami.fgov.be |
|   |  Bruxelles, le 10 mars 2016 |
|  |  |

**Concerne : Adaption de la liste des prestations** **des implants et dispositifs médicaux invasifs relatives aux cathéters pour l’ablation par radiofréquence d’un œsophage de Barrett: remboursement à partir du 1er avril 2016.**

Madame, Monsieur,

La Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs (CRIDMI) a approuvé le projet de remboursement concernant les cathéters pour l’ablation par radiofréquence d’un œsophage de Barrett lors de sa réunion du 3 décembre 2015.

Le 1er mars 2016, la Ministre des Affaires sociales a pris une décision concernant ce projet.

Nous vous invitons à prendre connaissance de cette nouvelle réglementation (annexe 1).

Cette nouvelle réglementation entrera en vigueur le **1er avril 2016**.

Afin de faire partie de la liste des des établissements hospitaliers reconnus par l’INAMI, veuillez compléter et signer le formulaire de candidature E-FORM-II-01 (annexe 2). Veuillez les renvoyer à l’adresse suivante:

INAMI

Service des soins de santé

A l’attention de Mme Isabelle Hayon

Bureau T580

Avenue de Tervueren 211

1150 Bruxelles

Nous vous demandons de bien vouloir les envoyer également par e-mail à l’adresse implant@inami.fgov.be

Via ce document, vous confirmez que votre réseau répond à toutes les conditions.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. De Ridder,

Directeur général

|  |
| --- |
| **NOTIFICATIE VAN DE BESLISSING VAN DE MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN BETREFFENDE HET DOSSIER: Aanpassing van de Lijst – “ HALO ” (2014/005)** |
| E. Heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel  |  E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive |
|  |  |
| De volgende wijzingen worden aangebracht:  | Les modifications suivantes sont apportées: |

|  |  |
| --- | --- |
| 1° In het hoofdstuk “E.1. Ingreep op de slokdarm” wordt het opschrift “E.1.4. Andere” aangevuld met de volgende verstrekkingen en hun vergoedingsmodaliteiten: | 1° Au chapitre “ E.1.Intervention de l’œsophage” l’intitulé “E.1.4. Autres” est complété par les prestations suivantes et leurs modalités de remboursement: |
|  |  |
| “172616-172620 Geheel van verbruiksmateriaal gebruikt tijdens een circumferentiële radiofrequentie ablatie van circulair aangetast weefsel over een lengte van ≥ 30 mm in de Barrett slokdarm | "172616-172620 Ensemble du matériel de consommation utilisé lors d’une ablation par radiofréquence circonférentielle des tissus circulaires affectés sur une longueur de ≥ 30 mm dans l’œsophage de Barrett |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| *Vergoedingscategorie:* II.D.a | *Nominatieve lijst : /* |
| *Vergoedings- basis**€ 3000* | *Veiligheidsgrens (%)**/* | *Persoonlijk aandeel (%)**0,00%* |
| *Plafondprijs* */* | *Veiligheidsgrens (€)**/* | *Persoonlijk aandeel (€)**/* |
|  | *Vergoedings-bedrag**€ 3000* |
| *Vergoedingsvoorwaarde: E-§10;* |  |
|  |  |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| *Catégorie de remboursement : II.D.a* | *Liste nominative :**/* |
| *Base de remboursement* *€ 3000* | *Marge de sécurité (%)* */*  | *Intervention personnelle (%) 0,00%* |
| *Prix plafond**/* | *Marge de sécurité (€)* */*  | *Intervention personnelle (€)**/* |
|  | *Montant du remboursement* *€ 3000* |
| *Condition de remboursement: E-§10;* |  |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| 172631-172642 Geheel van verbruiksmateriaal gebruikt tijdens een focale radiofrequentie ablatie van aangetast weefsel over een lengte ≤ 20 mm in de Barrett slokdarm | 172631-172642 *Ensemble de matériel de consommation utilisé lors d’une ablation par radiofréquence focale des tissus affectés sur une longueur de ≤ 20 mm dans l’œsophage de Barrett* |
|  |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| *Vergoedingscategorie:* II.D.a | *Nominatieve lijst : /* |
| *Vergoedings- basis**€ 1500* | *Veiligheidsgrens (%)**/* | *Persoonlijk aandeel (%)**0,00%* |
| *Plafondprijs* */* | *Veiligheidsgrens (€)**/* | *Persoonlijk aandeel (€)**/* |
|  | *Vergoedings-bedrag**€ 1500* |
| *Vergoedingsvoorwaarde: E-§10;* |  |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| *Catégorie de remboursement : II.D.a* | *Liste nominative :**/* |
| *Base de remboursement* *€ 1500* | *Marge de sécurité (%)* */*  | *Intervention personnelle (%) 0,00%* |
| *Prix plafond**/* | *Marge de sécurité (€)* */*  | *Intervention personnelle (€)**/* |
|  | *Montant du remboursement* *€ 1500* |
| *Condition de remboursement: E-§10;* |  |

 |
|  |  |
| 172653-172664 Geheel van verbruiksmateriaal gebruikt tijdens een focale radiofrequentie ablatie van aangetast weefsel over een lengte > 20 mm in de Barrett slokdarm | 172653-172664 *Ensemble de matériel de consommation utilisé lors d’une ablation par radiofréquence focale des tissus affectés sur une longueur de > 20 mm dans l’œsophage de Barrett* |
|  |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| *Vergoedingscategorie:* II.D.a | *Nominatieve lijst : /* |
| *Vergoedings- basis**€ 2000* | *Veiligheidsgrens (%)**/* | *Persoonlijk aandeel (%)**0,00%* |
| *Plafondprijs* */* | *Veiligheidsgrens (€)**/* | *Persoonlijk aandeel (€)**/* |
|  | *Vergoedings-bedrag**€ 2000* |
| *Vergoedingsvoorwaarde: E-§10”* |  |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| *Catégorie de remboursement : II.D.a* | *Liste nominative :**/* |
| *Base de remboursement* *€ 2000* | *Marge de sécurité (%)* */*  | *Intervention personnelle (%) 0,00%* |
| *Prix plafond**/* | *Marge de sécurité (€)* */*  | *Intervention personnelle (€)**/* |
|  | *Montant du remboursement* *€ 2000* |
| *Condition de remboursement: E-§10”* |  |

 |
|  |  |
| 2° De vergoedingsvoorwaarde E-§10 wordt ingevoegd, luidend als volgt: | 2° La condition de remboursement E-§10 est insérée, rédigée comme suit : |
|  |  |
| Gelinkte verstrekking(en) :172616-172620172631-172642172653-172664 | Prestation(s) liée(s)172616-172620172631-172642172653-172664 |
|  |  |
| “E-§10 | “E-§10 |
|  |  |
| Teneinde een tegemoetkoming van de verplichte verzekering te kunnen genieten voor de verstrekkingen betreffende katheters voor radiofrequentie ablatie bij dysplastische Barrett slokdarm, moet aan volgende voorwaarden worden voldaan: | Afin de pouvoir bénéficier d’une intervention de l’assurance obligatoire pour les prestations relatives aux cathéters pour l’ablation par radiofréquence de dysplasies d’un œsophage de Barrett, il doit être satisfait aux conditions suivantes: |
|  |  |
| **1. Criteria betreffende de verplegingsinrichting** | **1. Critères concernant l’établissement hospitalier** |
|  |  |
| De verstrekkingen 172616-172620, 172631-172642 en 172653-172664 kunnen enkel in aanmerking komen voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering indien ze zijn uitgevoerd in een verplegingsinrichting die aan de volgende criteria voldoet: | Les prestations 172616-172620, 172631-172642 et 172653-172664 ne peuvent faire l’objet d’une intervention de l’assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond au critère suivant:  |
| **1.1** | **1.1** |
| De verplegingsinrichting biedt de volledige behandeling voor Barrett slokdarm bij hooggradige dysplasie en oppervlakkig slokdarmcarcinoom aan. In de verplegingsinrichting die de radiofrequentie ablatie voor Barrett dysplasie uitvoert, moet ook expertise aanwezig zijn in mucosectomie. | L’établissement offre la prise en charge complète de l’œsophage de Barrett avec dysplasie de haut grade et du carcinome superficiel de l’œsophage. L’établissement hospitalier qui effectue le traitement par ablation par radiofréquence pour dysplasie de Barrett, doit également disposer d’expertise en mucosectomie. |
|  |  |
| De verplegingsinrichting waar de radiofrequentie ablatie wordt uitgevoerd, dient te beschikken over een multidisciplinair team dat bestaat uit minstens een gastro-enteroloog, een chirurg met ervaring in de slokdarmchirurgie, een radioloog, een oncoloog en/of een gastro-enteroloog met een bijzondere bekwaamheid in de oncologie en een geneesheer-specialist in de anatomopathologie; allen met aantoonbare ervaring in de diagnose en/of de behandeling van Barrett slokdarm. | L’établissement hospitalier dans lequel l’ablation par radiofréquence est exécutée doit disposer d’une équipe multidisciplinaire constituée d’au moins un gastro-entérologue, d’un chirurgien expérimenté en chirurgie de l’œsophage, d’un radiologue, d’un oncologue et/ou d’un gastro-entérologue ayant une formation spéciale en oncologie et d’un médecin-spécialiste en anatomopathologie; tous pouvant attester avoir acquis de l’expérience dans le diagnostic et/ou le traitement de l’œsophage de Barrett. |
|  |  |
| Voor het verwerven van de initiële expertise dient de gastro-enteroloog minimaal dertig mucosectomieën langs endoscopische weg onder supervisie verricht te hebben, een opleiding in radiofrequentie ablatie gevolgd te hebben en minimaal twintig radiofrequentie ablaties onder supervisie te hebben uitgevoerd. | Pour acquérir l’expertise initiale, le gastro-entérologue doit avoir réalisé au moins trente mucosectomies par voie endoscopique sous supervision, avoir suivi une formation en ablation par radiofréquence et avoir réalisé au moins vingt ablations par radiofréquence sous supervision. |
|  |  |
| Om voldoende expertise te behouden, dient de verplegingsinrichting waar de radiofrequentie ablatie wordt uitgevoerd per periode van drie jaar bij minstens twintig rechthebbenden een radiofrequentie ablatie uit te voeren. | Afin de maintenir une expertise suffisante, l’établissement hospitalier dans lequel l’ablation par radiofréquence est exécuté, doit exécuter des ablations par radiofréquence chez minimum vingt bénéficiaires par période de trois ans. |
|  |  |
| De verplegingsinrichting waar de radiofrequentie ablatie wordt uitgevoerd, dient te beschikken over een hoge-resolutie endoscoop van de laatste generatie en apparatuur voor endoscopische resectie en radiofrequentie ablatie van hooggradige dysplasie en oppervlakkig carcinoom in Barrett slokdarm. | L’établissement hospitalier dans lequel l’ablation par radiofréquence est exécutée doit disposer d’un endoscope à haute résolution de dernière génération et d’un appareil destiné aux résections endoscopiques et à l’ablation par radiofréquence de la dysplasie de haut grade et du carcinome superficiel de l’œsophage de Barrett. |
|  |  |
| De verplegingsinrichting waar de radiofrequentie ablatie wordt uitgevoerd, dient alle rechthebbenden met Barrett slokdarm met hooggradige dysplasie prospectief te registreren via het Kankerregister, met opname van de volgende gegevens: indicatie, anatomopathologische stadiëring, type behandeling, resultaat, complicaties. | L’établissement hospitalier dans lequel l’ablation par radiofréquence est exécutée doit enregistrer de façon prospective via le Registre du Cancer tous les bénéficiaires atteints d’un œsophage de Barrett avec dysplasie de haut grade, en introduisant les données suivantes: indication, stade anatomopathologique, type de traitement, résultat, complications. |
|  |  |
| Een samenwerkingsovereenkomst kan ook gesloten worden tussen gastro-enterologische diensten van meerdere verplegingsinrichtingen, die samen voldoen aan alle criteria. De radiofrequentie ablatie wordt uitgevoerd in één verplegingsinrichting binnen het samenwerkingsverband. | Une convention de collaboration peut également être établie entre des services de gastro-entérologie de plusieurs établissements hospitaliers qui ensemble satisfont aux critères. L’ablation par radiofréquence est effectuée dans un établissement de cette association. |
|  |  |
| **1.2.** **Kandidatuurformulier voor de verplegingsinrichting** | **1.2. Candidature de l’établissement hospitalier** |
|  |  |
| Elke verplegingsinrichting of elk samenwerkingsverband van verplegingsinrichtingen kan zich te allen tijde kandidaat stellen bij de Dienst voor Geneeskundige verzorging op basis van het formulier E-FORM-II-01 aan de hand waarvan het certificeert dat alle voornoemde bepalingen gerespecteerd zijn. | Chaque établissement hospitalier ou chaque convention de collaboration peut poser sa candidature à tout moment auprès du Service de soins de santé sur base du formulaire E-FORM-II-01 qui certifie que toutes les dispositions susmentionnées ont été respectées. |
|  |  |
| Op basis van dit formulier stelt het Verzekeringscomité op voorstel van de Commissie een lijst op van de verplegingsinrichtingen en samenwerkingsverbanden, die gecertifieerd hebben aan de hiervoor bedoelde voorwaarden te beantwoorden. | Sur la base de ce formulaire, le Comité de l’Assurance sur proposition de la Commission dresse une liste d’établissements hospitaliers et de conventions de collaborations qui ont certifié répondre aux conditions susmentionnées. |
|  |  |
| De verplegingsinrichting waar de radiofrequentie ablatie wordt uitgevoerd, voldoet niet meer aan de voorwaarden indien de samenstelling van het multidisciplinaire team niet meer wordt gerespecteerd. Vanaf het ogenblik dat dit vastgesteld wordt, verliest de verplegingsinrichting het recht om voornoemde verstrekkingen aan te rekenen totdat opnieuw aan de voorwaarden is voldaan. Wijzigingen in de samenstelling van het samenwerkingsverband gedurende het jaar worden spontaan meegedeeld aan de leidend ambtenaar van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging. | L’établissement hospitalier où l’ablation par radiofréquence est exécutée ne satisfait plus aux conditions dès le moment où la composition de l’équipe multidisciplinaire n’est plus respectée. Dès ce constat, l’établissement hospitalier perd le droit de facturer les prestations susmentionnées jusqu’à ce que les conditions soient de nouveau satisfaites. Les modifications à la composition de l’association pendant l’année sont communiquées spontanément au fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé. |
|  |  |
| **2. Criteria betreffende de rechthebbende** | **2. Critères concernant le bénéficiaire** |
|  |  |
| De verstrekkingen 172616-172620, 172631-172642 en 172653-172664 kunnen enkel in aanmerking komen voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering indien het hulpmiddel aan de volgende criteria voldoet: | Les prestations 172616-172620, 172631-172642 et 172653-172664 ne peuvent faire l’objet d’une intervention de l’assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants: |
|  |  |
| * De rechthebbende lijdt aan Barrett slokdarm met dysplasie van het HGIN type volgens de modified Vienna classificatie.
 | * Le bénéficiaire souffre d’un œsophage de Barrett avec dysplasie de type HGIN, suivant la classification de Vienne modifiée.
 |
| OF | OU |
| * De rechthebbende lijdt aan residuele Barrett mucosa in de slokdarm na behandeling met mucosectomie/submucosale dissectie van een carcinoom van het type T1 volgens de modified Vienna classificatie.
 | * Le bénéficiaire souffre d’une muqueuse de Barrett résiduelle dans l’œsophage après traitement par mucosectomie/dissection sous-muqueuse d’un carcinome de type T1 suivant la classification de Vienne modifiée.
 |
|  |  |
| **3. Criteria betreffende het hulpmiddel** | **3. Critères concernant le dispositif** |
|  |  |
| Niet van toepassing | Pas d’application |
|  |  |
| **4. Aanvraagprocedure en formulieren** | **4. Procédure de demande et formulaires** |
|  |  |
| **4.1. Eerste implantatie** | **4.1 Première implantation** |
|  |  |
| Voorafgaand aan elke nieuwe behandeling dient het Multidisciplinair Oncologisch Consult te beslissen over de indicatie en de modaliteiten van de behandeling van elke rechthebbende met Barrett slokdarm met hooggradige dysplasie. | Préalablement à tout nouveau traitement, la Consultation Oncologique Multidisciplinaire décidera de l’indication et des modalités du traitement de chaque bénéficiaire atteint de l’œsophage de Barrett avec dysplasie de haut grade. |
|  |  |
| De histologische diagnose wordt gesteld door twee ervaren geneesheer-specialisten in de anatomopathologie, waarvan één geneesheer-specialist behoort tot de verplegingsinrichting of het samenwerkingsverband en de andere een geneesheer-specialist in de anatomopathologie is van een andere verplegingsinrichting of een verplegingsinrichting behorend tot een ander samenwerkingsverband. | Le diagnostic histologique sera établi par deux médecins-spécialistes en anatomopathologie expérimentés, dont un médecin-spécialiste fait partie de l’établissement hospitalier ou de l’association et l’autre étant médecin-spécialiste en anatomopathologie dans un autre établissement hospitalier ou dans un établissement hospitalier d’une autre association. |
|  |  |
| De indicaties, de klinische evaluatie en de resultaten van het histologisch onderzoek dienen te worden vermeld in het medisch dossier van de rechthebbende. | Les indications, l’évaluation clinique et les résultats de l’examen histologique doivent figurer dans le dossier médical du bénéficiaire. |
|  |  |
| Vόὀr elke behandelingssessie dient opnieuw het bewijs te worden geleverd dat er sprake is van Barrett slokdarm. Tevens dient de uitgebreidheid van de endoscopische of histologische residuele Barrett boven de gastro-oesofagale-junctie te worden gedocumenteerd. De documenten waaruit blijkt dat aan bovenvermelde voorwaarden is voldaan, moeten in het medisch dossier van de rechthebbende aanwezig zijn. | Avant chaque séance de traitement, il convient d’apporter la preuve qu’il est question d’œsophage de Barrett. Il convient également de documenter l’étendue endoscopique ou histologique du Barrett résiduel en amont de la jonction gastro-oesophagienne. Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions susmentionnées doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire. |
|  |  |
| **4.2. Volgende ingrepen** | **4.2. Interventions ultérieures** |
|  |  |
| Bij een volgende ingreep dient de procedure beschreven onder punt 4.1. toegepast te worden. | En cas d’une intervention ultérieure, la procédure décrite au point 4.1 doit être appliquée. |
|  |  |
| **4.3. Derogatie van de procedure** | **4.3 Dérogation à la procédure** |
|  |  |
| Niet van toepassing | Pas d’application |
|  |  |
| **5. Regels voor attestering** | **5. Règles d’attestation** |
|  |  |
| **5.1. Cumul en non-cumulregels** | **5.1 Règles de cumul et de non-cumul** |
|  |  |
| Niet van toepassing | Pas d’application |
|  |  |
| **5.2. Andere regels** | **5.2. Autres règles** |
|  |  |
| Per te behandelen letsel kunnen in totaal maximaal vijf verstrekkingen voor radiofrequentie ablatie worden vergoed. Daarvan kan verstrekking 172616-172620 maximaal twee keer worden vergoed en de verstrekkingen 172631-172642 en 172653-172664 maximaal vier keer, te verdelen over beide verstrekkingen. | Par lésion à traiter, un maximum de cinq prestations pour ablation par radiofréquence peut être remboursé. De ces cinq prestations, la prestation 172616-172620 peut être remboursée au maximum deux fois et les 172631-172642 et 172653-172664 au maximum quatre fois, à répartir entre les deux prestations. |
|  |  |
| **6. Resultaten en statistieken** | **6. Résultats et statistiques** |
| Op vraag van de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en invasieve medische hulpmiddelen of de Technisch geneeskundige Raad zal het Kankerregister een analyse van de verzamelde gegevens aan de Commissie Tegemoetkoming implantaten en invasieve medische hulpmiddelen en de Technisch Geneeskundige Raad toelichten. | A la demande de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs ou du Conseil Technique Médical le Registre du Cancer présentera une analyse des données susmentionnées devant la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs et le Conseil Technique Médical. |
|  |  |
| **7. Varia** | **7. Divers** |
|  |  |
| Niet van toepassing” | Pas d’application” |

**FORMULAIRE E-Form-II-01**

**Candidature afin de figurer sur la liste des établissements hospitaliers pour les prestations relatives aux cathéters pour l’ablation par radiofréquence de dysplasies d’un œsophage de Barrett**

*(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 premier établissement hospitalier additionnel :***

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 du premier établissement hospitalier***  ***additionnel***:

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

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

***Identification du deuxième établissement hospitalier additionnel :***

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 du deuxième établissement hospitalier***  ***additionnel***:

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

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

*En cas de > 3 hôpitaux :*

*ajouter les données sur l’identification et le responsable*

***Identification et composition de l’équipe :***

* *Gastro-entérologue :*

Nom :…………………………………………………………………………………………

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

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

Numéro INAMI :……………………………………………………………………………..

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

* *Chirurgien expérimenté en chirurgie de l’oesophage:*

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

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

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

Numéro INAMI :………………………………………………………………………………

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

* *Radiologue:*

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

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

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

Numéro INAMI :……………………………………………………………………………….

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

* *Oncologue et/ou d’un gastro-entérologue ayant une formation spéciale en oncologie:*

Nom :…………………………………………………………………………………………

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

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

Numéro INAMI :……………………………………………………………………………..

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

* *Médecin-spécialiste en anatomopathologie:*

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

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

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

Numéro INAMI :………………………………………………………………………………

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

**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):…………………………………………………..

***Engagements***

L’établissement hospitalier déclare marquer son accord sur toutes les dispositions de la condition de remboursement E§10, point 1 (Critères concernant l’établissement hospitalier) de la liste.

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

**Les soussignés confirment avoir pris connaissance des dispositions de la condition de remboursement E§10 de la liste et d’en accepter toutes les conditions** :

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

Nom, prénom, signature et cachet de chaque médecin-spécialiste :