**FORMULAIRE L-Form-II-04**

**Candidature afin de figurer sur la liste des établissements hospitaliers pour les prestations relatives à la reconstruction de larges défauts osseux, comme spécifié dans la condition de remboursement L-§17**

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

* A envoyer au secrétariat de la Commission de Remboursement des Implants et des Dispositifs Médicaux Invasifs (implant@riziv-inami.fgov.be )

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

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

Nom et numéro[[1]](#footnote-1) du/des site(s) sur le(s)quel(s) l'implantation a lieu : ………………………………………………………………………………………………

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

Nom et prénom du directeur de l’établissement hospitalier (tel que défini dans la Loi sur les hôpitaux[[2]](#footnote-2)) :………………………………………………………………………….

Adresse Email :……………………………………………………………………………….

Nom et prénom du médecin en chef (tel que défini dans la Loi sur les hôpitaux) : …………………………………………………………………………………….…………..

Adresse Email :……………………………………………………………………..…………

***Identification du médecin spécialiste en chirurgie orthopédique*  :**

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

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

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

***Expérience du médecin spécialiste en chirurgie orthopédique :***

Le médecin spécialiste en chirurgie orthopédique a une expertise en reconstruction de large défauts osseux démontrée et maintenue de manière continue par :

a) minimum 5 prestations 284152-284163, 284874-284885, 286370-286381, 288470-288481, 288492-288503, 289936-289940, 290290-290301 ou 291211-291222 en tant que chirurgien principal ;

 ou

b) minimum 10 prestations 284152-284163, 284874-284885, 286370-286381, 288470-288481, 288492-288503, 289936-289940, 290290-290301 ou 291211-291222 en tant que chirurgien principal ou aide opératoire.

Dans les 2 cas, l’expertise est démontrée par la somme des prestations attestées et prestées durant les années x-3 et x-2.

Le nombre de prestations prestées sera vérifié sur la base des données prestées disponibles au sein de l’INAMI dans le doc P[[3]](#footnote-3) (utilisation des codes normes 0 et 5 pour le chirurgien principal ; 1 et 2 pour l’aide opératoire)

***Engagements :***

**Le directeur de l’établissement hospitalier et le médecin en chef confirment avoir pris connaissance des dispositions et des critères de la condition de remboursement L-§17** **et en accepter toutes les conditions.**

*Le directeur de l’établissement hospitalier  :*

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

Nom, prénom et signature :

*Le médecin en chef de l’établissement hospitalier:*

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

Nom, prénom et signature

1. Tel que fixé par le SPF Santé publique, sécurité de la chaine alimentaire et environnement [↑](#footnote-ref-1)
2. Loi relative aux hôpitaux et à d’autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, publiée au Moniteur Belge le 7 novembre 2008 [↑](#footnote-ref-2)
3. Tel que prévu à l’article 206, § 1er, alinéas 1er à 4 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 exécuté par les articles 348 et 350 de l’arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. [↑](#footnote-ref-3)