

**Candidature de l'hôpital pour adhérer à la déclaration d'accord :**  
**Intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans les coûts**  
**d'endoprothèses fenêtrées et multibranches**

À introduire auprès de

INAMI - Secrétariat Conseil technique des Implants local T 574  
Avenue de Tervueren 211  
1150 Bruxelles

Nom de l'hôpital : .....

.....

Numéro d'agrément général de l'hôpital : .....

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

Rue : .....

Code postal : .....

Commune : .....

**L'administrateur général (directeur général) de l'hôpital :**

Nom : .....

Adresse e-mail : .....

Tél. : ..... Fax : .....

**Agrément programme de soins**

Les endoprothèses fenêtrées ou multibranches doivent être placées dans un centre cardiaque B2-B3 :

- Date d'agrément B2/B3 : .....

**Composition de l'équipe :**

**CHIRUGIENS VASCULAIRES (minimum 2)**

→ Chirurgien vasculaire :

Nom : .....

Adresse E-mail : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Numéro INAMI : .....

Numéro NISS (n° registre national : xxxxxx-xxx-xx) : .....

Plein-temps (exprimé en 10<sup>e</sup>) : .....

Reste du temps : .....

→ Chirurgien vasculaire :

Nom : .....

Adresse E-mail : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Numéro INAMI : .....

Numéro NISS (n° registre national : xxxxxx-xxx-xx) : .....

Plein-temps (exprimé en 10<sup>e</sup>) : .....

Reste du temps : .....

→ Chirurgien vasculaire :

Nom : .....

Adresse E-mail : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Numéro INAMI : .....

Numéro NISS (n° registre national : xxxxxx-xxx-xx) : .....

Plein-temps (exprimé en 10<sup>e</sup>) : .....

Reste du temps : .....

→ Chirurgien vasculaire :

Nom : .....

Adresse E-mail : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Numéro INAMI : .....

Numéro NISS (n° registre national : xxxxxx-xxx-xx) : .....

Plein-temps (exprimé en 10<sup>e</sup>) : .....

Reste du temps : .....

**RADIOLOGUE INTERVENTIONNEL (minimum 1)**

→ Radiologue interventionnel :

Nom : .....

Adresse E-mail : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Numéro INAMI : .....

Numéro NISS (n° registre national : xxxxxx-xxx-xx) : .....

Plein-temps (exprimé en 10<sup>e</sup>) : .....

Reste du temps : .....

→ Radiologue interventionnel :

Nom : .....

Adresse E-mail : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Numéro INAMI : .....

Numéro NISS (n° registre national : xxxxxx-xxx-xx) : .....

Plein-temps (exprimé en 10<sup>e</sup>) : .....

Reste du temps : .....

**Personnes de contact pour l'aspect administratif (secrétariat, ...) :**

→ Nom : .....

Adresse E-mail : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Numéro NISS (n° registre national : xxxxxx-xxx-xx) : .....

→ Nom : .....

Adresse E-mail : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Numéro NISS (n° registre national : xxxxxx-xxx-xx) : .....

**Critères auxquels le centre doit satisfaire :**

- Entre 2005 et 2009 inclus, le centre doit avoir placé au moins 80 endoprothèses abdominales et/ou thoraciques.

**Nombre d'endoprothèses abdominales et/ou thoraciques (entre 2005 et 2009) placées par votre centre : .....**

- Entre 2005 et 2009 inclus, le centre doit avoir réalisé un minimum de 170 opérations classiques par chirurgie ouverte sur l'aorte thoracique, thoraco-abdominale ou aorte pararénale et/ou par chirurgie ouverte pour la reconstruction des artères viscérales et rénales doivent avoir été effectuées. Les codes qui entrent en lignede compte pour ce total sont les suivants :

- Opération transluminal d'un anévrisme abdominal : 589595-589606, 589610-589621, 589654-589665.
- Opération transluminal d'un anévrisme thoracique : 589632-589643
- Opération ouverte classique d'un anévrisme abdominal : 237016-237020, 237031-237042, 237053-237064, 237075-237086.
- Opération thoracique ouverte classique : 236014-236025, 236036-236040, 236051-236062.
- Endoprothèses abdominales : 687050-687061, 687072-687083, 687094-687105, 687116-687120, 687131-687142, 687153-687164, 687175-687186.
- Endoprothèses thoracique : 683432-683443, 683454-683465, 683476-683480, 683491-683502, 683513-683524, 683535-683546.

**Nombre d'opérations classiques correspondant aux critères mentionnés ci-dessus (entre 2005 et 2009) réalisées dans votre centre : .....**

**Annexe à joindre :**

- Une copie de l'agrément pour le programme de soins B2-B3.

Fait à.....le.....

**Signature des médecins-spécialistes**