**FORMULAIRE F-Form-I-07**

**Notification pour obtenir une intervention de l’assurance obligatoire dans le coût du** **matériel pour assistance ventriculaire (prestations 172793-172804, 172815-172826, 172830-172841, 172852-172863, 172874-172885 et 172896-172900)**

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

* A envoyer dans les deux mois après implantation au médecin-conseil de l’organisme assureur du bénéficiaire et au Collège des médecins-directeurs
* Ce formulaire (parties 1 et 2) doit également être conservé dans le dossier médical du bénéficiaire.
* L’implantation d’un 2ième dispositif chez le même bénéficiaire doit être notifiée via le même formulaire que le 1er dispositif. Ceci ne s’applique pas aux remplacements.

**Partie 1**

***Identification de l’établissement hospitalier/médecin spécialiste***

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

*[ ]*  ULg = CHU Liège

*[ ]*  KUL = Gasthuisberg

*[ ]* UCL = St-Luc

*[ ]* ULB = Erasme

*[ ]*  UZ Gent

*[ ]* UI Antwerpen

*[ ]* OLV Aalst

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

Nom et prénom du médecin spécialiste : …………………………………………………

N° INAMI du médecin spécialiste : …………………………………………………………

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

Téléphone (secrétariat du service) : ………………………………………………………

***Identification du bénéficiaire***

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

Prénom : ……………………………………………………………………………………..

Numéro d’identification au Registre National : …………………………………………..

Date de naissance : ……………………………………………………………………...

Sexe : …………………………………………………………………………………………

Organisme assureur : ………………………………………………………………………..

**Partie 2**

***Date de l’intervention*** : ……./……./……….

***Dispositif(s) implanté(s):***

Nombre des dispositifs : *[ ]*  1 *[ ]*  2

Données concernant le(s) dispositif(s) : …….

***Données concernant le bénéficiaire :***

1. Type de cardiopathie (ischemic, valvular, viral, idiopathic) :
2. Indication : *[ ]*  BTT *[ ]*  BTD
3. Bénéficiaire sur liste d’attente : *[ ]*  oui (BTT) *[ ]*  non

***Prestation(s) attestée(s):***

|  |  |
| --- | --- |
| Primo-implantation | Remplacement |
| *[ ]  172793-172804* Matériel d’assistance univentriculaire utilisé pour une primo-implantation en cas de « bridge-to-transplant » ou « bridge-to-decision » du type paracorporel | *[ ]  172852-172863* Renouvellement de l’ensemble du matériel d’assistance univentriculaire utilisé en cas de « bridge-to-transplant » ou « bridge-to-decision » du type paracorporel |
| *[ ]  172815-172826* Matériel d’assistance biventriculaire utilisé pour une primo-implantation en cas de « bridge-to-transplant » ou « bridge-to-decision » du type paracorporel  | *[ ]  172874-172885* Renouvellement de l’ensemble du matériel d’assistance biventriculaire utilisé en cas de « bridge-to-transplant » ou « bridge-to-decision » du type paracorporel |
| *[ ]  172830-172841* Matériel d’assistance ventriculaire utilisé pour une primo-implantation en cas de « bridge-to-transplant » ou « bridge-to-decision » du type implantable | *[ ]  172896-172900* Renouvellement de l’ensemble du matériel d’assistance ventriculaire utilisé en cas de « bridge-to-transplant » ou « bridge-to-decision » du type implantable |

En annexe:

- rapport médical circonstancié

- le cas échéant preuve d’inscription sur la liste d’attente Eurotransplant (BTT)

***Engagement***

Je déclare que les critères prévus à la condition de remboursement F-§22 de la liste sont respectés chez le bénéficiaire susmentionné;

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

Nom, prénom, signature et cachet du médecin spécialiste  responsable du programme de soins pathologie cardiale T: