**Candidature pour figurer sur la liste des établissements hospitaliers avec les chirurgiens plasticiens habilités à exécuter les reconstructions mammaires autologues par lambeau libre microchirurgical perforant**

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

* A envoyer dûment complété, signé et accompagné des annexes demandées, à :

**INAMI, Service des Soins de Santé**

**Direction médicale**

**Avenue Galilée 5/01**

**1210 Bruxelles**

1. ***L’établissement hospitalier qui pose sa candidature***
   1. ***Identification de l’établissement***

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

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

Site : …………………………………………………………………………………………..

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

Rue et numéro:………………………………………………………………………………..

Code postal et commune: ………………………………………………………………....

* 1. ***Identification du gestionnaire responsable agissant au nom du pouvoir organisateur de l’établissement hospitalier qui pose sa candidature:***

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

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

* 1. ***Programme de soins******coordinateur de soins oncologiques spécialisé pour le cancer du sein***

Est-ce que l’établissement hospitalier dispose de ce programme de soins ?…………………………………………………………………………………………..

Formez-vous une association avec d’autres établissements hospitaliers ? : …………………………………………………………………………………………………..

Si oui, le(s)quel(s) :

**Etablissement hospitalier 1 :**

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

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

Site : …………………………………………………………………………………………..

**Etablissement hospitalier 2 :**

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

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

Site : …………………………………………………………………………………………..

* 1. ***Programme de soins oncologiques spécialisé pour le cancer du sein "clinique du sein satellite"***

Est-ce que l’établissement hospitalier dispose-t-il d’un lien avec une clinique du sein satellite ? ……………………………………………………………………………..

Si oui, laquelle ?

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

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

Site : …………………………………………………………………………………………..

Identification du gestionnaire responsable agissant au nom du pouvoir organisateur de l’établissement hospitalier avec clinique du sein satellite:

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

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

1. **Adhésion à la convention du 24/10/2016 :**
   1. Est-ce que l’établissement hospitalier adhère à la convention du 24 octobre 2016 ?

……………………………………………………………………………………...

* 1. Si oui, pouvez-vous confirmer les données administratives par rapport à l’établissement de soins et la composition de l’équipe des médecins-spécialistes en chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique liés à l’établissement hospitalier, comme mentionné sur le fichier excel en annexe ?

……………………………………………………………………………………...

Si vous avez répondu par la négative à la question 2.1., veuillez remplir les points 3, 5 et 6, ci-dessous.

Si vous avez répondu positivement à la question 2.1. et négativement à la question 2.2, veuillez remplir les points 4, 5 et 6, ci-dessous.

Si vous avez répondu positivement les deux questions, veuillez remplir les points 5 et 6, ci-dessous.

1. **Identification des médecins spécialistes** **en chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique liés à l’établissement hospitalier, et leur déclaration sur l’honneur** (à remplir uniquement en cas de non-adhésion à la convention du 24 octobre 2016)

* **Chirurgien plasticien 1** *: Le, soussigné,*

Nom :………………………………………………………………………………….

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

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

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

par la présente, déclare sur l’honneur

1. avoir exécuté lui-même/elle-même …………… reconstructions mammaires par lambeau libre microchirurgical perforant sur une période de ……. (\*)
2. avoir participé à …………… reconstructions mammaires par lambeau libre microchirurgical perforant sur une période de ……. (\*)
3. avoir suivi les formations concernant la reconstruction mammaire par lambeaux libres microchirurgicaux perforants suivantes :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. avoir collaboré aux publications concernant la reconstruction mammaire par lambeau libre microchirurgical perforant suivantes :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(\*) Veuillez indiquer le nombre de reconstructions mammaires et le nombre d’années*.

* **Chirurgien plasticien 2***: Le soussigné,*

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

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

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

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

par la présente, déclare sur l’honneur

1. avoir exécuté lui-même/elle-même …………… reconstructions mammaires par lambeau libre microchirurgical perforant sur une période de ……. (\*)
2. avoir participé à …………… reconstructions mammaires par lambeau libre microchirurgical perforant sur une période de ……. (\*)
3. avoir suivi les formations en lambeaux libres microchirurgicaux perforants suivantes :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. avoir collaboré aux publications concernant la reconstruction mammaire par lambeau libre microchirurgical perforant suivantes :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(\*) Veuillez indiquer le nombre de reconstructions mammaires et le nombre d’années*.

* **Chirurgien plasticien 3**: Le, soussigné,

Nom :………………………………………………………………………………….

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

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

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

par la présente, déclare sur l’honneur

1. avoir exécuté lui-même/elle-même …………… reconstructions mammaires par lambeau libre microchirurgical perforant sur une période de …….
2. avoir participé à …………… reconstructions mammaires par lambeau libre microchirurgical perforant sur une période de …….
3. avoir suivi les formations en lambeaux libres microchirurgicaux perforants suivantes :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. avoir collaboré aux publications concernant la reconstruction mammaire par lambeau libre microchirurgical perforant suivantes :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(\*) Veuillez indiquer le nombre de reconstructions mammaires et le nombre d’années*

* **Chirurgien plasticien 4**: Le, soussigné,

Nom :………………………………………………………………………………….

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

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

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

par la présente, déclare sur l’honneur

1. avoir exécuté **lui-même/elle-même** …………… reconstructions mammaires par lambeau libre microchirurgical perforant sur une période de ……. (\*)
2. avoir participé à …………… reconstructions mammaires par lambeau libre microchirurgical perforant sur une période de ……. (\*)
3. avoir suivi les formations en lambeaux libres microchirurgicaux perforants suivantes :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. avoir collaboré aux publications concernant la reconstruction mammaire par lambeau libre microchirurgical perforant suivantes :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(\*) Veuillez indiquer le nombre de reconstructions mammaires et le nombre d’années*

En cas de participation de chirurgiens supplémentaires, veuillez ajouter les données dans le document.

1. ***Modification de la composition de l’équipe (uniquement à remplir si une modification dans l’équipe actuelle est signalée à l’INAMI).***
   1. ***Nom et numéro INAMI des chirurgiens plasticiens qui quittent l’équipe :***

* **Chirurgien plasticien 1**:

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

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

* **Chirurgien plasticien 2**:

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

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

* 1. ***Données des chirurgiens plasticiens qui rejoignent l’équipe :***
* **Chirurgien plasticien 1** *: Le, soussigné,*

Nom :………………………………………………………………………………….

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

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

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

par la présente, déclare sur l’honneur

1. avoir exécuté lui-même/elle-même …………… reconstructions mammaires par lambeau libre microchirurgical perforant sur une période de ……. (\*)
2. avoir participé à …………… reconstructions mammaires par lambeau libre microchirurgical perforant sur une période de ……. (\*)
3. avoir suivi les formations concernant la reconstruction mammaire par lambeaux libres microchirurgicaux perforants suivantes :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. avoir collaboré aux publications concernant la reconstruction mammaire par lambeau libre microchirurgical perforant suivantes :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(\*) Veuillez indiquer le nombre de reconstructions mammaires et le nombre d’années*.

* **Chirurgien plasticien 2***: Le soussigné,*

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

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

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

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

par la présente, déclare sur l’honneur

1. avoir exécuté lui-même/elle-même …………… reconstructions mammaires par lambeau libre microchirurgical perforant sur une période de ……. (\*)
2. avoir participé à …………… reconstructions mammaires par lambeau libre microchirurgical perforant sur une période de ……. (\*)
3. avoir suivi les formations en lambeaux libres microchirurgicaux perforants suivantes :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. avoir collaboré aux publications concernant la reconstruction mammaire par lambeau libre microchirurgical perforant suivantes :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(\*) Veuillez indiquer le nombre de reconstructions mammaires et le nombre d’années*.

1. ***Personne de contact pour d’éventuelles questions administratives***

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

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

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

1. ***Annexes à joindre***
2. **Un extrait de la réglementation générale établissant que pour un patient dans une chambre individuelle les suppléments d’honoraires pour les médecins qui procèdent et assistent à l'opération** **sont limités aux montants mentionnés dans l’annexe 2 de la convention, pour les prestations définies dans les articles 3, 4, 5 et 6 (phases 1, 2 et 3, ainsi que la révision éventuelle).**
3. **Trois exemplaires signés de la convention en vue de la signature, au nom du Comité de l’assurance par le Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l’INAMI. Les exemplaires sont destinés à :**

* **L’établissement hospitalier avec clinique du sein coordinatrice;**
* **Le chef de service de l’équipe des chirurgiens plasticiens ;**
* **L’INAMI;**

**Des exemplaires supplémentaires devront être fournis en fonction du nombre de cliniques du sein satellites avec lesquelles vous avez un accord de collaboration**

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

**Les soussignés confirment avoir pris connaissance des dispositions de la convention entre le Comité de l'assurance du Service de soins de santé de l'INAMI et des établissements de soins agréés pour le remboursement de la reconstruction mammaire unilatérale ou bilatérale totale**

Nom, prénom et signature du gestionnaire responsable agissant au nom du pouvoir organisateur de l’établissement hospitalier qui pose sa candidature

Nom, prénom, signature et cachet de chaque membre de l’équipe des chirurgiens plasticiens, comme mentionné ci-dessous ou dans le tableau en annexe

Nom, prénom, signature et cachet du médecin en chef de l’établissement hospitalier qui pose sa candidature

Nom, prénom et signature du gestionnaire responsable agissant au nom du pouvoir organisateur de l’établissement hospitalier qui dispose d’une clinique du sein satellite liée à la clinique du sein coordinatrice qui pose sa candidature