**FORMULAIRE L-Form-I-09**

**Demande d’un numéro d’ordre pour obtenir une intervention de l’assurance obligatoire dans le coût des prestations relatives aux implants permettant l’ancrage d’une prothèse externe**

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

* A envoyer dans les 30 jours calendriers après l’implantation au:
* Secrétariat de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs, Service des Soins de santé (INAMI, 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 Email : ……………………………………….……………………………………………..

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

***Identification du bénéficiaire***

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

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

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

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

Sexe : …………………………………………………………………………………………………..

Mutualité : ………………………………………………………………………………………………

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

***Engagements :***

Le bénéficiaire a été sélectionné, préalablement à l’intervention, par l’équipe multidisciplinaire, comme stipulé au point 2. de la condition de remboursement L-§29.

Le médecin spécialiste implanteur qui signe cette demande d’un numéro d’ordre, confirme que le bénéficiaire répond aux critères suivants :

Le bénéficiaire a une amputation majeure d’un membre sur plus de 2/3 de la longueur du fémur ou plus de la moitié de la longueur de l’humérus, et l’utilisation d’une prothèse à fût n’est techniquement pas possible.

OU

Le bénéficiaire a une amputation transfémorale ou transhumérale, et une utilisation normale et à long terme de sa prothèse à fût n’est pas possible suite à des problèmes dermatologiques récurrents qui ne peuvent pas être remédiés par le prothésiste, par un traitement dermatologique ou par une intervention chirurgicale.

ET

L’état général du bénéficiaire permet l’implantation selon les instructions d’utilisation du dispositif et de suivre le traitement de revalidation.

Le bénéficiaire n’a pas plus de 65 ans et en cas d’implantation au niveau du fémur, son poids corporel (prothèse comprise) est inférieur à 100kg.

Le bénéficiaire s’engage à suivre le programme de rééducation qui lui a été soumis avant implantation.

Le membre de l’équipe multidisciplinaire confirme de plus que la décision pour l’implantation a été prise lors d’une concertation multidisciplinaire :

* + Date de la concertation multidisciplinaire : ……./……./……….

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

Nom, prénom, signature et cachet ***du médecin spécialiste implanteur***: