**FORMULAIRE L-Form-II-01**

**Candidature afin de figurer sur la liste des établissements hospitaliers pour les prestations relatives aux implants permettant l’ancrage d’une prothèse externe**

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

* À envoyer à : INAMI, Service des Soins de Santé

Secrétariat de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs

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

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

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

***Identification du responsable agissant au nom du pouvoir organisateur de l’établissement hospitalier*** :

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

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

***Identification et composition de l’équipe multidisciplinaire de l’établissement hospitalier implanteur :***

La condition de remboursement L-§29 de la liste prévoit au minimum la composition suivante :

* 1 chirurgien orthopédique
* 1 médecin spécialiste en médecine physique et revalidation
* 1 psychiatre ou psychologue
* 1 kinésithérapeute
* 1 ergothérapeute
* 1 dermatologue
* 1 médecin spécialiste en médecine interne ayant une compétence particulière en infectiologie
* 1 orthopédiste prothésiste

Veuillez compléter le tableau 1.

La preuve de l’expertise doit être jointe en annexe.

**Identification du pharmacien hospitalier**

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

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

**Administration (Personnes à contacter pour d’éventuelles questions administratives):**

* Première personne de contact :

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

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

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

Numéro NISS (Registre national):……………………………………………………

* Seconde personne de contact :

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

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

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

Numéro NISS (Registre national):…………………………………………………..

***Etablissements de rééducation ayant signé une convention avec l’établissement hospitalier implanteur pour prendre en charge la rééducation de leurs patients***

Nom de l’établissement de rééducation :………………………………………………………...

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

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

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

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

Nom de l’établissement de rééducation :………………………………………………………...

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

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

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

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

Nom de l’établissement de rééducation :………………………………………………………...

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

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

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

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

***Identification et composition de l’équipe multidisciplinaire de l’établissement de rééducation :***

La condition de remboursement L-§29 de la liste prévoit au minimum la composition suivante :

* 1 médecin spécialiste en médecine physique et revalidation
* 1 psychiatre ou psychologue
* 1 kinésithérapeute
* 1 ergothérapeute
* 1 orthopédiste prothésiste

Veuillez compléter le tableau 2. Un tableau par établissement de rééducation doit être complété.

***Engagements***

L’établissement hospitalier et les établissements de rééducation déclarent marquer leur accord sur toutes les dispositions de la condition de remboursement L-§29 de la liste.

L’établissement hospitalier garantit notamment:

* une équipe multidisciplinaire formée à cette technique et encadrée par l’équipe multidisciplinaire de l’hôpital universitaire Sahlgrenskade Gothenburg (Suède).
* qu’il possède un programme de traitement documenté. Celui-ci décrit la procédure de sélection du patient, le trajet de soin (intervention chirurgicale, rééducation jusqu’à l’utilisation effective de la première prothèse définitive y comprise), l’entretien technique orthopédique, les suivis cliniques reprenant les possibilités en cas de complications ou d’incidents, les mesures assurant la continuité de ce soin spécialisé.
* une information au bénéficiaire concernant l’implantation, la rééducation, les instructions d’utilisation et les coûts.

L’établissement de rééducation garantit notamment :

* une équipe multidisciplinaire spécialisée dans la rééducation des amputés
* son engagement à suivre le programme de rééducation prévu, aussi lorsque que l’on fait appel à des kinésithérapeutes extramuros.

L’établissement hospitalier et les établissements de rééducation s’engagent :

- à communiquer au secrétariat de la Commission toute modification de la composition de l’équipe;

- à autoriser tous les représentants de l’INAMI ou des organismes assureurs à effectuer les visites qu’ils estiment nécessaires dans le cadre de l’exécution de cette condition de remboursement

- à travailler en étroite collaboration

Tableau 1 : composition de l’équipe multidisciplinaire de l’établissement hospitalier implanteur

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom | Adresse E-mail | Nr. de téléphone | Nr. INAMI | Nr. NISS | Fonction |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Tableau 2 : composition de l’équipe multidisciplinaire de l’établissement de rééducation

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom | Adresse E-mail | Nr. de téléphone | Nr. INAMI | Nr. NISS | Fonction |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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

**Les signataires confirment avoir pris connaissance des dispositions de la condition de remboursement L-§29 de la liste et en accepter toutes les conditions** :

Nom, prénom et signature du gestionnaire responsable agissant au nom du pouvoir organisateur de l’établissement hospitalier :

Nom, prénom, signature et cachet du gestionnaire responsable agissant au nom du pouvoir organisateur de chacun des établissements de rééducation