**FORMULAIRE B-Form-I-02**

**Notification pour obtenir une intervention de l’assurance obligatoire pour les prestations relatives au neurostimulateur implanté en cas de maladie de Parkinson**

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

* A envoyer au médecin-conseil dans les 60 jours calendriers après l’implantation.

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

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

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 : ……………………………………………………………………………………………

Mutualité : ……………………………………………………………………………………….

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

Conformément aux dispositions de la condition de remboursement B-§03 de la liste, la (les) prestation(s) mentionnée(s) ci-dessous est (sont) demandée (s) pour ce bénéficiaire.

L’équipe mouvements anormaux (EMA) confirme que le bénéficiaire est sévèrement gêné dans les activités de sa vie journalière (AVJ) et satisfait aux critères d’inclusion et d’exclusion prévus dans la liste (*veuillez cocher*)

* Il s’agit d’un bénéficiaire qui a pris pendant au moins 3 ans une médication orale antiparkinsonnienne et dont la maladie ne peut plus être traitée par médicaments.

Le bénéficiaire ne présente pas :

* épisode  aigu dépressif/mixte/psychotique/(hypo)maniaque ou délirium qui n’est pas attribuable à une médication dopaminergique antiparkinsonienne;
* troubles induits par une substance, rendant impossible l’usage correct de l’appareil ou le suivi médical systématique;
* autre trouble psychiatrique grave rendant impossible l’usage correct de l’appareil ou le suivi médical systématique, ou qui pourrait s’aggraver par le fait même de l’implantation;
* démence

***Prestation(s) demandée(s)*** *(A cocher)*

**Neurostimulateur non- rechargeable**

* 151454-151465 Premier(s) neurostimulateur(s) non-rechargeable(s) implanté(s) en cas de maladie de Parkinson, pour stimulation unilatérale (un canal)
* 151476-151480 Premier(s) neurostimulateur(s) non-rechargeable(s) implanté(s) en cas de maladie de Parkinson, pour stimulation bilatérale (deux canaux)
* 151535-151546 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas de maladie de Parkinson, pour stimulation unilatérale (un canal)
* 151550-151561 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas de maladie de Parkinson, pour stimulation bilatérale (deux canaux)
* 151616-151620 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas de maladie de Parkinson, pour stimulation unilatérale (un canal), en cas de remplacement anticipé
* 151631-151642 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté en cas de maladie de Parkinson, pour stimulation bilatérale (deux canaux), en cas de remplacement anticipé

**Neurostimulateur rechargeable**

* 151690-151701 Premier(s) neurostimulateur(s) rechargeable(s) implanté(s) en cas de maladie de Parkinson
* 151734-151745 Neurostimulateur rechargeable de remplacement implanté en cas de maladie de Parkinson
* 151771-151782 Neurostimulateur rechargeable de remplacement implanté en cas de maladie de Parkinson, en cas de remplacement anticipé

**Electrode**

* 151815-151826 Electrode implantée pour neurostimulation en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels
* 151830-151841 Electrode de remplacement implantée pour neurostimulation en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels
* 151852-151863 Electrode en cas de stimulation d’essai négative en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels

**Extension**

* 151874-151885 Extension implantée pour neurostimulation en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels
* 151896-151900 Extension de remplacement implantée pour neurostimulation en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels

**Programmateur patient**

* 151911-151922 Programmateur patient pour neurostimulation en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels
* 151933-151944 Programmateur patient de remplacement pour neurostimulation en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels

**Chargeur**

* 151955-151966 Chargeur pour neurostimulateur rechargeable en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels
* 151970-151981 Chargeur de remplacement pour neurostimulateur rechargeable en cas de maladie de Parkinson ou de tremblements essentiels

***Neurostimulateur***

Hémisphère cérébral concerné[[1]](#footnote-1)\*: Droit – Gauche (*Biffez la mention inutile*)

Nom et code d’identification de l’appareil implanté: ………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………..

Date de l’implantation : …………/…………/……………

***En cas de remplacement***

Date de la première implantation : …………/……………/……………

Raison du remplacement:

* end of life
* infection
* autre, à spécifier:…………………………..

L’équipe mouvements anormaux (EMA) confirme que les documents et enregistrements vidéos desquels il ressort qu’il est satisfait aux conditions sont conservés dans le dossier du bénéficiaire et seront envoyés au médecin-conseil si celui-ci les demande.

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

*Nom, prénom, signature et cachet des membres présents à la réunion EMA :*

1. \* Les prestations 151454-151465, 151476-151480 et 151690-151701 ne peuvent être attestées qu’une seule fois par hémisphère cérébral. [↑](#footnote-ref-1)