**FORMULAIRE I-Form-II-01**

**Candidature afin de figurer sur la liste des établissements hospitaliers pour la prestation relative aux valves endobronchiques unidirectionnelles (180795-180806)**

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

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

Secrétariat de le 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 médecin spécialiste en pneumologie responsable* :**

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

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

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

***Composition d’équipe multidisciplinaire***

Les médecins spécialistes qui peuvent faire partie de l’équipe multidisciplinaire, comme stipulé au point 1.1 de condition de remboursement I-§02, sont repris dans le tableau en annexe.

***Engagements :***

L’ établissement hospitalier déclare :

* être accord sur les dispositions et les critères comme décrits sous le point 1 de la condition de remboursement I-§02 de la Liste ;
* réaliser l’enregistrement et le suivi des patients traités avec des valves endobronchiques unidirectionnelles selon les modalités fixées ;
* avoir de l’expérience dans le traitement des patients adultes par bronchoscopie interventionnelle au moyen d’un bronchoscope rigide comme décrit au point 1.3 de la condition de remboursement I-§02 de la Liste ;
* disposer d’un service de garde pneumologique permanent ;
* communiquer au Service des soins de santé chaque modification de la composition de l’équipe multidisciplinaire.

**Les soussignés confirment avoir pris connaissance des dispositions et des critères de la condition de remboursement I-§02 de la liste et en accepter toutes les conditions** :

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

Nom, prénom, signature et cachet du médecin spécialiste en pneumologie responsable

Les médecins spécialistes qui font partie à l’équipe multidisciplinaire, comme stipulé au point 1.1 des conditions de remboursement I-§02.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | Numéro INAMI | Spécialisation | Adresse mail |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |