

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2024/008092]

22 JULI 2024. — Verordening tot wijziging van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 22, 11°;

Gelet op de bijlage I bij het Koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen;

Na erover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 22 juli 2024;

Besluit :

**Artikel 1.** In de bijlage van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen worden, met betrekking tot de aanvraagprocedure voor de verstrekkingen betreffende de neurostimulatoren en hun toebehoren voor diepe hersenstimulatie in geval van refractaire epilepsie, de formulieren B-Form-I-20 en B-Form-I-21 waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “ B. Neurochirurgie » van de lijst, toegevoegd.

De formulieren B-Form-I-20 en B-Form-I-21 gaan als bijlage bij deze verordening.

**Art. 2.** Deze verordening heeft uitwerking met ingang van 1 november 2024.

Brussel, 22 juli 2024.

De Leidend Ambtenaar,  
Mickaël DAUBIE  
Directeur-generaal  
geneeskundige verzorging

De Voorzitster,  
Anne KIRSCH

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

[C – 2024/008092]

22 JUILLET 2024. — Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 22, 11° ;

Vu l'annexe I de l'Arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs ;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 22 juillet 2024 ;

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** A l'annexe du règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs concernant la procédure de demande pour les prestations relatives aux neurostimulateurs et accessoires pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire, les formulaires B-Form-I-20 et B-Form-I-21 auquel il est fait référence au chapitre “ B. Neurochirurgie » de la liste, sont ajoutés.

Les formulaires B-Form-I-20 et B-Form-I-21 suivent en annexe de ce règlement.

**Art. 2.** Le présent règlement produit ses effets le 1<sup>er</sup> novembre 2024.

Bruxelles, le 22 juillet 2024.

Le Fonctionnaire Dirigeant,  
Mickaël DAUBIE  
Directeur-général  
des soins de santé

La Présidente,  
Anne KIRSCH

Bijlage bij de Verordening van 22 juli 2024 tot wijziging van de Verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

### **FORMULIER B-Form-I-20**

**Aanvraagformulier voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering onder verstrekking 170973-170984, 170995-171006, 171533-171544 of 171592-171603 voor een neurostimulator (VNS of DBS) in geval van refractaire epilepsie in geval van voortijdige vervanging**

*(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)*

➤ *Te sturen VÓÓR IMPLANTATIE naar de adviserend arts*

#### **Identificatie van de verplegingsinrichting/arts-specialist**

Naam van de verplegingsinrichting: .....

Riziv identificatienr. van de verplegingsinrichting: 710\_ \_ \_ \_ \_

Naam en voornaam van de arts-specialist: .....

RIZIV nr. van de arts-specialist .....

Email-adres: .....

Telefoon (secretariaat dienst): .....

#### **Identificatie van de rechthebbende**

Naam: .....

Voornaam: .....

Identificatienummer van het Rijksregister\*: .....

#### **Gevraagde verstrekkingen** *(aan te kruisen)*

##### **A) Stimulatie van de nervus vagus (VNS ; Vergoedingsvoorwaarden B-§08)**

170973 – 170984 Ingeplante niet-heroplaadbare vervangings-neurostimulator voor stimulatie van de nervus vagus in geval van refractaire epilepsie, naar aanleiding van een voortijdige vervanging, voor een rechthebbende van 18 jaar of ouder

170995-171006 Ingeplante niet-heroplaadbare vervangings-neurostimulator voor stimulatie van de nervus vagus in geval van refractaire epilepsie, naar aanleiding van een voortijdige vervanging, voor een rechthebbende jonger dan 18 jaar

##### **B) Deep brain stimulation (DBS ; Vergoedingsvoorwaarden B-§09)**

171533-171544 Vervangingsneurostimulator voor deep brain stimulation in geval van refractaire epilepsie, voor bilaterale stimulatie (2 kanalen), in geval van voortijdige vervanging

171592-171603 Heroplaadbare vervangingsneurostimulator voor deep brain stimulation in geval van refractaire epilepsie, in geval van voortijdige vervanging

---

\* indien rechthebbende geen RRN heeft, moet het nummer bedoeld in artikel 8, §1, 2° van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de sociale zekerheid vermeld worden.



Annexe au Règlement du 22 juillet 2024 modifiant le Règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

### **FORMULAIRE B-Form-I-20**

**Formulaire de demande pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire sous la prestation 170973-170984, 170995-171006, 171533-171544 ou 171592-171603 pour un neurostimulateur (VNS ou DBS) en cas d'épilepsie réfractaire en cas de remplacement anticipé.**

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

- *A envoyer AVANT IMPLANTATION au médecin conseil.*

#### **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\* : .....

#### **Prestation demandée** (A cocher)

##### **A) Stimulation du nerf vague (VNS ; condition de remboursement B-§08)**

170973 – 170984 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté pour stimulation du nerf vague en cas d'épilepsie réfractaire en cas de remplacement anticipé, pour un bénéficiaire de 18 ans ou plus

170995 – 171006 Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement implanté pour stimulation du nerf vague en cas d'épilepsie réfractaire en cas de remplacement anticipé, pour un bénéficiaire de moins de 18 ans

##### **B) Stimulation cérébrale profonde (DBS ; condition de remboursement B-§09)**

171533-171544 Neurostimulateur de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire, pour stimulation bilatérale (2 canaux), en cas de remplacement anticipé

171592-171603 Neurostimulateur rechargeable de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire, en cas de remplacement anticipé

---

\* si le bénéficiaire ne dispose pas d'un numéro NISS, le numéro visé à l'article 8, § 1er, 2°, de la loi du 15 janvier 1990 organique de la Banque Carrefour de la sécurité sociale doit être mentionné.



Bijlage bij de Verordening van 22 juli 2024 tot wijziging van de Verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

### **FORMULIER B-Form-I-21**

#### **Aanvraagformulier voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering onder verstrekking 171636-171640 of 171651-171662 voor een neurostimulator (DBS) waarvoor een derogatie verkregen werd voor gebruik buiten CE-markering**

*(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)*

- Te versturen naar:  
RIZIV - College van artsen-directeurs  
Galileelaan 5/01  
1210 Brussel

#### **Identificatie van de verplegingsinrichting/arts-specialist**

Naam van de verplegingsinrichting: .....  
Riziv identificatienr. van de verplegingsinrichting: 710\_ \_ \_ \_ \_  
Naam en voornaam van de arts-specialist : .....  
RIZIV nr. van de arts-specialist: .....  
Email-adres: .....  
Telefoon (secretariaat dienst): .....

#### **Identificatie van de rechthebbende**

Naam: .....  
Voornaam: .....  
Identificatienummer van het Rijksregister\* : .....  
Geboortedatum: .....  
Verzekeringsinstelling: .....

#### **Gevraagde verstrekkingen** *(aan te kruisen)*

- 171636-171640 Heroplaadbare vervangingsneurostimulator voor deep brain stimulation in geval van refractaire epilepsie zonder CE-markering die een derogatie heeft gekregen
- 171651-171662 Heroplaadbare vervangingsneurostimulator voor deep brain stimulation in geval van refractaire epilepsie zonder CE-markering die een derogatie heeft gekregen, in geval van voortijdige vervanging

#### **Informatie met betrekking tot het hulpmiddel**

Naam en referentie van het hulpmiddel: .....

Verdeler van het hulpmiddel: .....

Notificatiecode en indicatie waarvoor het hulpmiddel de CE-markering heeft: .....

- ***In geval van voortijdige vervanging***

Datum van vorige implantatie: [Click here to enter a date.](#)

\* indien rechthebbende geen RRN heeft, moet het nummer bedoeld in artikel 8, §1, 2° van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de sociale zekerheid vermeld worden.



Annexe au Règlement du 22 juillet 2024 modifiant le Règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

### **FORMULAIRE B-Form-I-21**

**Formulaire de demande pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire sous la prestation 171636-171640 ou 171651-171662 pour un neurostimulateur (DBS) en cas d'épilepsie réfractaire pour lequel une dérogation a été obtenue pour une utilisation hors marquage CE.**

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

- A envoyer à:  
INAMI - Collège des médecins-directeurs  
Avenue Galilée 5/01  
1210 Bruxelles

#### **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 : [Click here to enter a date.](#)  
Organisme assureur : .....

#### **Prestation demandée** (A cocher)

- 171636-171640 Neurostimulateur rechargeable de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire sans marquage CE ayant reçu une dérogation
- 171651-171662 Neurostimulateur rechargeable de remplacement pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire sans marquage CE ayant reçu une dérogation, en cas de remplacement anticipé

---

\* si le bénéficiaire ne dispose pas d'un numéro NISS, le numéro visé à l'article 8, § 1er, 2°, de la loi du 15 janvier 1990 organique de la Banque Carrefour de la sécurité sociale doit être mentionné.