|  |  |
| --- | --- |
|  | **Candidature à la Convention de remboursement de l’ablation percutanée sous guidage tomodensitométrique de tumeurs rénales, hépatiques, pulmonaires et osseuses**   * *À renvoyer* ***avant le 15 septembre 2024****, entièrement complétée, signée numériquement et accompagnée des annexes demandées, à l'adresse suivante :* [*ovcomeddir@riziv-inami.fgov.be*](mailto:sec_dir_med@riziv-inami.fgov.be) |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **L'établissement hospitalier qui se porte candidat** | |
| Nom de **l'établissement de soins** : |  |
| Numéro d'identification INAMI de l'établissement de soins : |  |
| Adresse administrative :  *(adresse à laquelle la correspondance doit être envoyée)* |  |
| Nom et prénom du responsable de l'établissement hospitalier : |  |
| Adresse mail : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom du **directeur médical/médecin en chef** : |  |
| Adresse mail : |  |
| N° INAMI : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom de la **personne à contacter** en cas de questions administratives : |  |
| Adresse mail : |  |
| Numéro de téléphone : |  |

|  |
| --- |
| 1. **Noms des médecins spécialistes en radiodiagnostic ayant une expérience en radiologie**   **interventionnelle pratiquant la permanence médicale**   * *Si d'autres médecins spécialistes participent, veuillez ajouter leurs coordonnées en annexe.* |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom : |  |
| Adresse mail : |  |
| N° INAMI : |  |
| Formation pertinente |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom : |  |
| Adresse mail : |  |
| N° INAMI : |  |
| Formation pertinente |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom : |  |
| Adresse mail : |  |
| N° INAMI : |  |
| Formation pertinente |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom : |  |
| Adresse mail : |  |
| N° INAMI : |  |
| Formation pertinente |  |

|  |
| --- |
| 1. Fonctionnement du centre |

|  |  |
| --- | --- |
| **Service de garde** radiologie interventionnelle disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 : | Oui  Non |

|  |
| --- |
| Décrivez la prise en charge des complications possibles après une ablation et la manière dont la **qualité** du centre est contrôlée : |
| Explications : |

|  |
| --- |
| 1. Engagements |
| L'établissement hospitalier s'engage à :   * notifier au Service des soins de santé tout changement dans la composition de l'équipe et de la personne de contact via l'adresse mail [ovcomeddir@riziv-inami.fgov.be](mailto:ovcomeddir@riziv-inami.fgov.be) ; * autoriser tous les délégués de l'INAMI/des organismes assureurs à effectuer les visites qu'ils jugent nécessaires dans le cadre de la mise en œuvre de la présente convention. |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Les signataires confirment :  * qu'ils ont pris connaissance de la convention de remboursement de l'ablation percutanée sous guidage tomodensitométrique des tumeurs rénales, hépatiques, pulmonaires et osseuses entre le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'INAMI et les établissements hospitalier ; * que les informations susmentionnées sont complètes et exactes ; * qu'ils remplissent les conditions prévues par la convention de remboursement de l'ablation percutanée sous guidage tomodensitométrique des tumeurs rénales, hépatiques, pulmonaires et osseuses. | |
| Fait à (lieu) : |  |
| Date : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, prénom et signature de la **personne responsable du pouvoir organisateur** **de l'établissement hospitalier** [nom de l'établissement hospitalier] qui pose sa candidature : |  |
| Nom, prénom, signature du **directeur médical/médecin en chef** **de l'établissement hospitalier** [nom de l'établissement hospitalier] qui pose sa candidature : |  |