

**ARRETE ROYAL DU 10 NOVEMBRE 1996 FIXANT LES CONDITIONS DANS LESQUELLES L'ASSURANCE OBLIGATOIRE SOINS DE SANTE ET INDEMNITES INTERVIENT DANS LE COUT DE L'ALIMENTATION ENTERALE PAR SONDE**

(Moniteur belge 03-12-1996)

Mise à jour au 1<sup>er</sup> juillet 2011 – changement : couleur de fond en jaune.  
AR 20.05.2011 – MB 10.06.2011

**Article 1er. § 1er.** Le médecin-conseil peut, dans certaines conditions, autoriser une intervention de l'assurance dans le coût d'une nutrition entérale administrée par sonde au domicile du bénéficiaire et prescrite par un médecin travaillant en collaboration avec une équipe médicale hospitalière ayant une expérience incontestable en la matière.

**§ 2.** A cette fin, le médecin spécialiste traitant ou le médecin de famille lui envoie un formulaire de demande reprenant les données médicales circonstanciées justifiant la nécessité de la nutrition entérale par sonde à domicile, la durée probable de celle-ci, les nutriments ainsi que le type de sonde et autre matériel utilisés, et dont il appert que le bénéficiaire appartient à une des catégories suivantes:

A: le bénéficiaire qui est atteint d'une pathologie reprise dans un des groupes suivants:

- 1° Pathologies neurologiques sévères avec absence ou incoordination du réflexe de déglutition.
- 2° Séquelles de chirurgie et/ou de radiothérapie bucco-pharyngée ou laryngée.
- 3° Obstruction de l'oropharynx, de l'oesophage ou de l'estomac.
- 4° Maladies métaboliques héréditaires.

B: le bénéficiaire qui est atteint d'un trouble sévère de l'absorption intestinale nécessitant ou ayant nécessité une nutrition parentérale à la suite de:

- 1° maladies inflammatoires idiopathiques de l'intestin (maladie de Crohn, colite ulcéreuse) résistantes aux médicaments et ayant atteint des segments étendus de l'intestin.
- 2° résections intestinales étendues.
- 3° malabsorption intestinale très sévère consécutive à:
  - radio-entérite;
  - atrophie totale villositaire;
  - lymphomes intestinaux;
  - pancréatite chronique récidivante;
  - mucoviscidose;
- 4° surinfection du tube digestif chez les patients atteints du "syndrome d'immunodéficience acquise".

C: les enfants et adolescents jusqu'à 17 ans inclus en phase de croissance atteints d'une affection entraînant un déficit nutritionnel sévère avec retentissement sur le développement staturo-pondéral.

**§ 3.** L'intervention de l'assurance s'élève à :

- a) l'administration d'un produit polymérique: 4,1 euros par jour;  
Le pseudo-code 751251 est attribué.
- b) l'administration d'un produit semi-élémentaire: 15,00 euros par jour;  
Le pseudo-code 751273 est attribué.

- c) l'utilisation du matériel sans pompe (hors sonde pour stomie et «gastric button»): 0,71 euros par jour;  
Le pseudo-code 751295 est attribué.
- d) l'utilisation du matériel avec pompe (hors pompe) (hors sonde pour stomie et «gastric button»): 1,15 euros par jour;  
Le pseudo-code 751310 est attribué.
- e) l'utilisation de la pompe : 0,41 euros par jour.  
Le pseudo-code 751332 est attribué.

**§ 4. A.** L'intervention de l'assurance n'est octroyée qu'après l'accord préalable du médecin-conseil qui prend sa décision sur base d'une justification médicale détaillée établie par le médecin spécialiste traitant ou par le médecin de famille, en concertation, à l'aide du formulaire figurant en annexe au présent arrêté.

B. Sans préjudice des dispositions de l'alinéa suivant, l'accord du médecin-conseil est limité à une période de 12 mois maximum. Il peut être renouvelé par le médecin-conseil pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum, sur base d'une nouvelle demande qui lui a été envoyée au moyen du formulaire figurant en annexe au présent arrêté.

**C.** Pour les bénéficiaires visés à l'article 1, § 2, C, le remboursement de l'assurance est limité jusqu'à 17 an inclus.

D. L'intervention est payée par l'organisme assureur par mois civil, à raison d'un seul remboursement au maximum par jour d'alimentation entérale par sonde à domicile. Elle est effectuée sur présentation des factures payées au nom du bénéficiaire pour les aliments administrés et/ou le matériel. Elle ne peut en aucun cas être supérieure aux montants payés par le bénéficiaire pour les aliments et/ou le matériel précité.

**Art. 2.** Le Collège des médecins-directeurs peut proposer des modifications à apporter à la liste des affections et aux interventions de l'assurance, visées à l'article 1er.