

**BIJLAGE / ANNEXE**

**DEEL I : LIJST VAN OPGENOMEN PRODUCTEN en HONORARIA**  
**PARTIE I : LISTE DES PRODUITS ADMIS et HONORAIRES**

---

**TITEL 1. Diagnostische- en verzorgingsmiddelen**  
**TITRE 1. Moyens diagnostiques et matériel de soins**

**Hoofdstuk II : lijst van de terugbetaalde verzorgingsmiddelen**  
**Chapitre II : liste du matériel de soins remboursable**

**Afdeling 3 : hypertonische natriumchloride inhalatie-oplossing voor de behandeling van mucoviscidose**  
**Section 3 : solution d'inhalation de chlorure de sodium hypertonique destiné au traitement de la mucoviscidose**

Het volgende product wordt slechts vergoed in categorie « B » indien ze is voorgeschreven voor de behandeling van mucoviscidose (taaislijmziekte).

Met het oog hierop, stuurt de behandelende arts specialist een aanvraag op aan de adviserend-arts.

Deze aanvraag wordt opgemaakt, conform het model bepaald onder A21 van deel III van de lijst en dat als bijlage volgt bij dit besluit.

Op basis van dit document levert de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging af, waarvan het model is bepaald onder A31 van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur beperkt is tot maximum 12 maanden.

De machtiging kan op verzoek van de behandelende arts worden verlengd voor perioden van maximum 5 jaren.

De rechthebbende legt de machtiging voor aan de afleverende apotheker. Hij vermeldt het volgnummer dat er op voorkomt, op het voorschrift. De afleverende apotheker mag dan de derdebetalersregeling toepassen.

Le produit suivant ne fait l'objet d'un remboursement en catégorie « B » que si il a été prescrit pour le traitement de la mucoviscidose.

A cet effet, le médecin traitant spécialiste envoie une demande à l'attention du médecin-conseil.

Cette demande est reprise conformément au modèle fixé sous A21 de la partie III de la liste et repris en annexe au présent arrêté.

Sur base de ce document, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous A31 de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 5 ans maximum à la demande du médecin traitant.

Le bénéficiaire remet l'autorisation au pharmacien qui délivre. Celui-ci mentionne sur la prescription le numéro d'ordre qui y figure. Le pharmacien qui délivre est autorisé à appliquer le régime du tiers payant.

criterium Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegemeetk. Base de rembours.	I	II
B		MUCOCLEAR 6% (Henrotech)					
	2456-010	60 x 4 mL solution hypertonique / hypertonische oplossing	M	58,79	58,79	8,00	12,10
	7108-657	* pr. 4 mL solution hypertonique / hypertonische oplossing		0,7583	0,7583		
	7108-657	** pr. 4 mL solution hypertonique / hypertonische oplossing		0,6398	0,6398		
B		NEBUSAL 7% (Teva Pharma)					
	2987-568	60 ampoules / ampulen x 4 mL	M	58,79	58,79	8,00	12,10
	7110-794	* pr. 4 mL ampoule / ampul		0,9123	0,9123		
	7110-794	** pr. 4 mL ampoule / ampul		0,7938	0,7938		