

## ANNEXE/BIJLAGE

### PARTIE II : LISTE DES PRESTATIONS : FORFAITS, HONORAIRES ET QUANTITÉS MAXIMALES ADMISES

### DEEL II : LIJST VAN DE VERSTREKKINGEN : FORFAITS, HONORARIA EN MAXIMAAL TOEGELATEN HOEVEELHEDEN

---

#### TITRE 1. Moyens diagnostiques et matériel de soins

#### TITEL 1. Diagnostisch middel en verzorgingsmiddel

##### Chapitre I: prothèses capillaires

##### Hoodstuk I : haarprothesen

§ 1. Les prothèses capillaires ne font l'objet d'une intervention que si elles sont prescrites pour le traitement d'une des indications suivantes:

1° calvitie totale suite à une radiothérapie et/ou une chimiothérapie antimitotique;

2° pelade d'une superficie de plus de 30 %;

3° alopecie cicatricielle d'origine physico-chimique, traumatique ou inflammatoire d'une superficie de plus de 30 % ;

4° alopecie cicatricielle d'origine radiothérapeutique.

§ 2. L'intervention s'élève à:

1° 180 euros pour les indications prévues dans le § 1<sup>er</sup>, 1°, 2° et 3°;

2° 270 euro pour les indications prévues dans le § 1<sup>er</sup>, 4°.

§ 3. Cette intervention qui ne peut jamais dépasser le montant effectivement payé, est allouée, sur base d'une demande remplie par le médecin traitant pour l'indication prévue dans le § 1<sup>er</sup>, 1° ou par le dermatologue traitant pour les indications prévues dans § 1<sup>er</sup>, 2°, 3° et 4° et de la facture acquittée de la prothèse capillaire.

§ 4. Le renouvellement de l'intervention pour une prothèse capillaire peut seulement être accordé :

1° pour les indications prévues dans le § 1<sup>er</sup>, 1°, lorsque suite à une nouvelle radiothérapie et/ou chimiothérapie antimitotique, une nouvelle calvitie totale se manifeste et au plus tôt après une période de deux ans à compter de la date de la précédente fourniture;

2° pour les indications prévues dans le § 1<sup>er</sup>, 2°, 3° et 4°, après une période de deux ans à compter de la date de la précédente fourniture.

§ 1. De haarprothesen komen slechts in aanmerking voor een tegemoetkoming indien zij worden voorgeschreven ter behandeling van volgende indicaties:

1° volledige kaalhoofdigheid door radiotherapie en/of antimitotische chemotherapie;

2° alopecia areata zo het alopecia-oppervlak meer dan 30 % bedraagt;

3° cicatriciele alopecia van fysisch-chemische, traumatische of inflammatoire oorsprong zo het alopecia-oppervlak meer dan 30 % bedraagt;

4° cicatriciele alopecia van radiotherapeutische oorsprong.

§ 2. De tegemoetkoming bedraagt:

1° 180 euro voor de indicaties voorzien in § 1, 1°, 2° en 3°;

2° 270 euro voor de indicaties voorzien in § 1, 4°.

§ 3. Deze tegemoetkoming, die evenwel nooit meer dan het werkelijk betaalde bedrag mag bedragen, wordt verleend op basis van een aanvraag door de behandelende arts voor de indicatie voorzien in § 1, 1°, of door de behandelende dermatoloog voor de indicaties voorzien in § 1, 2°, 3° en 4°, en van de voldane factuur van de haarprothese.

§ 4. De hernieuwing van de tegemoetkoming voor een haarprothese mag slechts worden toegestaan:

1° voor de indicaties voorzien in § 1, 1°, als ten gevolge van een nieuwe radiotherapie en/of antimitotische chemotherapie opnieuw volledige kaalhoofdigheid opgetreden is en ten vroegste na een termijn van twee jaar te rekenen vanaf de datum van de vorige levering;

2° voor de indicaties voorzien in § 1, 2°, 3° en 4°, na een termijn van twee jaar te rekenen vanaf de datum van de vorige levering.

**Chapitre II : bandes et autres matières plâtrées**  
**Hoofdstuk II : gipsbanden en ander gipsmateriaal**

L'intervention de l'assurance dans le coût des bandes et autres matières plâtrées, visé aux articles 15, § 6, 27, § 5 et 29, § 9, de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, est la suivante:

De verzekeringstegemoetkoming in de kosten van gipsbanden en ander gipsmateriaal, beoogd bij de artikelen 15, § 6, 27, § 5 en 29, § 9, van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, is de volgende:

**APPAREIL PLATRE OU ORTHOPEDIQUE - GIPS- OF ORTOPEDISCH TOESTEL**

NON HOSP.	HOSP.	VERSTREKKING – PRESTATION	Vergoedingsbasis / Base de remboursement (€)
		<b>A. HOOFD</b> <b>A. TETE</b>	
690012	690023	Casque crânien <i>Schedelhelm</i>	1,71
		<b>B. HALS</b> <b>B. COU</b>	
690034	690045	<i>Halsband van Schanz</i> Collier de Schanz	1,14
690056	690060	<i>Minerva-halsband</i> Collier minerve	5,08
690071	690082	<i>Minerva met thoraxcorselet</i> Minerve avec corselet thoracique	7,21
		<b>C. ROMP</b> <b>C. TRONC</b>	
690093	690104	<i>Corset tot onder de schouderbladen</i> Corset en dessous des omoplates	11,60
690115	690126	<i>Corset voor gans de romp zonder de schouders tot onder de schouderbladen met sternumsteun hyper-extensie brace</i> Corset prenant tout le tronc sans les épaules sous les omoplates avec appui sternal hyper-extension brace	15,27
690130	690141	<i>Harnascorset met gevormd schouderstuk met drukkussentje of/en regelbaar deel (Stagnara-Hessing)</i> Corset cuirasse à épaulière moulée à pelote de pression ou/et partie réglable (Stagnara-Hessing)	9,62
690152	690163	<i>Lumbostaat</i> Lombostat	9,92
690174	690185	<i>Milwaukee en volledig corset met minerve</i> Milwaukee et corset complet avec minerve	23,48
690196	690200	<i>Gipsbed dat halsgewrichten tot de heupgewrichten omvat</i> Lit plâtre englobant articulations cou jusqu'aux articulations des hanches	16,71
690211	690222	<i>Gipsschaal</i> Coquille plâtrée	7,93
690233	690244	<i>Gipsschaal tot aan de bilplooï met schouderstuk</i> Coquille plâtrée descendant jusqu'au pli fessier avec épaulière	12,20
		<b>D. BOVENSTE LEDEMATEN (de segmenten worden samengeteld)</b> <b>D. MEMBRES SUPERIEURS (les segments s'additionnent)</b>	
690255	690266	<i>Vinger afzonderlijk</i> Doigt séparément	0,87
690270	690281	<i>Hand</i> Main	2,11
690292	690303	<i>Hand en vingers</i> Main et doigts	2,11
690314	690325	<i>Pols en onderarm</i> Poignet et avant-bras	3,94
690336	690340	<i>Arm</i> Bras	3,66
690351	690362	<i>Arm en schouder</i> Bras et épaule	5,23

690373	690384	Aeroplane Aéroplane	16,67
690395	690406	Thorax Thorax	7,34
690410	690421	Thoracobrachiaal Thoraco-bracial	16,11
		<i>E. ONDERSTE LEDEMATEN (de segmenten worden samengeteld)</i> <i>E. MEMBRES INFÉRIEURS (les segments s'additionnent)</i>	
690432	690443	Voet Pied	3,94
690454	690465	Voet en been tot de helft van het been Pied et jambe jusqu'à mi-jambe	4,44
690476	690480	Voet en been tot en met de tibiaplateaus Pied et jambe plateaux tibiaux compris	10,72
690491	690502	Been en dij Jambe et cuisse	12,00
690513	690524	Dij en heupbeen tot en met de voet Cruro et ischio-pédieus	16,23
690535	690546	Bekken tot en met voet, enkelvoudig Pelvi-pédieus simple	14,72
690550	690561	Bekken tot en met voet, dubbel Pelvi-pédieus double	24,19
690572	690583	Thorax tot en met voet, enkelvoudig Thoraco-pédieus simple	18,12
690594	690605	Thorax tot en met voet, dubbel Thoraco-pédieus double	23,50
690616	690620	Bekken, één dij (broek) Bassin, une cuisse (culotte)	9,62
690631	690642	Bekken, beide dij (broek) Bassin, deux cuisses (culotte)	12,59
		PROTHESE PROTHESE	
690653	690664	Materiaal voor laars van Unna voor extensie Matériel pour botte de Unna pour extension	1,04

## MOULAGE - AFGIETSEL

NON HOSP.	HOSP.	VERSTREKKING – PRESTATION	€
-----------	-------	---------------------------	---

		A. HOOFD A. TETE	
690675	690686	Schedelhelm Casque crânien	0,57
690690	690701	Schedelplaat Plaque crânienne	0,57
		B. HALS B. COU	
690712	690723	Halsband van Schanz Collier de Schanz	1,14
690734	690745	Minerva-halsband Collier minerve	2,28
690756	690760	Minerva met thoraxcorselet Minerve avec corselet thoracique	4,26
		C. ROMP C. TRONC	
690771	690782	Corset tot onder de schouderbladen Corset en dessous des omoplates	3,97
690793	690804	Corset voor gans de romp zonder de schouders tot onder de schouderbladen met sternumsteun hyperextensie brace Corset prenant tout le tronc sans les épaules sous les omoplates avec appui sternal hyper-extension brace	4,96
690815	690826	Harnascorset met gevormd schouderstuk met drukkussen of/en regelbaar deel (Stagnara-Hessing) Corset cuirasse à épaulière moulée à pelote de pression ou/et partie réglable (Stagnara-Hessing)	7,64
690830	690841	Lumbostaat Lombostat	2,97

690852	690863	<i>Milwaukee en volledig corset met minerva</i> Milwaukee et corset complet avec minerve	9,37
690874	690885	<i>Gipsbed dat halsgewrichten tot de heupgewrichten omvat</i> Lit plâtre englobant articulations cou jusqu'aux articulations des hanches	5,95
690896	690900	<i>Gipsschaal</i> Coquille plâtrée	3,97
690911	690922	<i>Gipsschaal tot aan de bilplooï met schouderstuk</i> Coquille plâtrée descendant jusqu'au pli fessier avec épaulière	4,96
		<b>D. BOVENSTE LEDEMATEN (de segmenten worden samengeteld)</b> <b>D. MEMBRES SUPERIEURS (les segments s'additionnent)</b>	
690933	690944	<i>Vinger afzonderlijk</i> Doigt séparément	0,37
690955	690966	<i>Hand</i> Main	0,57
690970	690981	<i>Hand en vingers</i> Main et doigts	1,41
690992	691003	<i>Pols en onderarm</i> Poignet et avant-bras	1,14
691014	691025	<i>Arm</i> Bras	1,14
691036	691040	<i>Arm en schouder</i> Bras et épaule	2,53
691051	691062	<i>Aeroplane</i> Aéroplane	2,97
691073	691084	<i>Thorax</i> Thorax	2,97
691095	691106	<i>Thoracobrachiaal</i> Thoraco-bracial	3,97
		<b>PROTHESEN</b> <b>PROTHESES</b>	
691110	691121	<i>Volledige of gedeeltelijke handamputatie</i> Amputation complète ou partielle de la main	1,12
691132	691143	<i>Polsexarticulatie</i> Désarticulation du poignet	1,12
691154	691165	<i>Onderarmamputatie</i> Amputation de l'avant-bras	1,69
691176	691180	<i>Elleboogexarticulatie</i> Désarticulation du coude	1,69
691191	691202	<i>Armamputatie</i> Amputation du bras	1,69
691213	691224	<i>Schouderexarticulatie</i> Désarticulation de l'épaule	2,53
		<b>E. ONDERSTE LEDEMATEN (de segmenten worden samengeteld)</b> <b>E. MEMBRES INFERIEURS (les segments s'additionnent)</b>	
691235	691246	<i>Voet</i> Pied	1,14
691250	691261	<i>Voet en been tot de helft van het been</i> Pied et jambe jusqu'à mi-jambe	1,69
691272	691283	<i>Voet en been tot en met de tibiaplateaus</i> Pied et jambe plateaux tibiaux compris	2,53
691294	691305	<i>Been en dij</i> Jambe et cuisse	3,67
691316	691320	<i>Dij en heupbeen tot en met de voet</i> Cruro et ischio-pédieux	4,66
691331	691342	<i>Bekken tot en met voet, enkelvoudig</i> Pelvi-pédieux simple	6,64
691353	691364	<i>Bekken tot en met voet, dubbel</i> Pelvi-pédieux double	11,16
691375	691386	<i>Thorax tot en met voet, enkelvoudig</i> Thoraco-pédieux simple	8,63
691390	691401	<i>Thorax tot en met voet, dubbel</i> Thoraco-pédieux double	13,14
691412	691423	<i>Bekken, één dij (broek)</i> Bassin, une cuisse (culotte)	4,81
691434	691445	<i>Bekken, beide dijnen (broek)</i> Bassin, deux cuisses (culotte)	5,80
		<b>PROTHESEN</b> <b>PROTHESES</b>	
691456	691460	<i>Gedeeltelijke voetamputatie</i> Amputation partielle du pied	0,84

691471	691482	<i>Amputatie van Chopart, Ricard Pyrogoff, Syme</i> Amputation Chopart, Ricard Pyrogoff, Syme	2,53
691493	691504	<i>Klassieke amputatie van tibia en P.T.B.</i> Amputation tibiale classique et P.T.B.	2,53
691515	691526	<i>Kniexarticulatie</i> Désarticulation du genou	2,97
691530	691541	<i>Beenamputatie onder de gebogen knie</i> Amputation de la jambe sous le genou fléchi	3,37
691552	691563	<i>DijaAmputatie</i> Amputation de la cuisse	2,97
691574	691585	<i>Heupexarticulatie</i> Désarticulation de la hanche	3,97
691596	691600	<i>Ortopedische schoeinen, per voet</i> Chaussures orthopédiques, par pied	1,14
691611	691622	<i>Ortopedische zolen, per voet</i> Semelles orthopédiques, par pied	0,57

### **Chapitre III : installation et délivrance de l'oxygène médical gazeux et des accessoires**

#### **Hoofdstuk III : installatie en aflevering van medische gasvormige zuurstof en toebehoren**

Le pharmacien, chargé par le bénéficiaire, son représentant ou le prescripteur de l'exécution de la prescription, choisit en concertation commune avec le bénéficiaire ou son représentant d'installer et livrer lui-même l'oxygène médical gazeux et de livrer également la totalité des accessoires nécessaires à l'oxygénothérapie au domicile du bénéficiaire ou de commander auprès d'un fournisseur non-pharmacien l'installation et/ou la livraison de l'oxygène médical gazeux et des accessoires.

Sous les termes « la totalité des accessoires nécessaires à l'oxygénothérapie au domicile du bénéficiaire », repris dans cette section sous la dénomination « accessoires », il faut entendre:

- lunette et masque à oxygène;
- tuyau;
- humidificateur à usage unique;
- bouteille d'oxygène avec ou sans détendeur intégré; manodétendeur intégré ou non à la bouteille d'oxygène.

#### **§1. Prescription concernant l'oxygène médical gazeux**

La délivrance de l'oxygène médical gazeux doit être prescrite par un médecin sur une prescription conforme au modèle repris en annexe I de l'arrêté royal du 8 juin 1994 fixant le modèle de document de prescription des prestations de fournitures pharmaceutiques pour les bénéficiaires non hospitalisés et conformément aux modalités décrites aux §§ 6370100, 6370200 en 6370300 de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2018.

#### **§2. Installation de l'oxygène médical gazeux et des accessoires par le pharmacien**

Le pharmacien qui choisit, conformément aux dispositions de ce paragraphe, d'installer lui-même au domicile du bénéficiaire l'oxygène gazeux et les accessoires:

1. contrôle le fonctionnement de l'installation;

De apotheker die door de rechthebbende, zijn vertegenwoordiger of de voorschrijver belast wordt met het uitvoeren van het voorschrift, kiest in onderling overleg met de rechthebbende of zijn vertegenwoordiger om de medische gasvormige zuurstof zelf te installeren en te leveren alsook het geheel van toebehoren dat nodig is voor de zuurstoftherapie ten huize van de patiënt zelf te leveren, dan wel om de installatie en/of de levering van medische gasvormige zuurstof en toebehoren te bestellen bij een leverancier niet-apotheker.

Onder "het geheel van toebehoren dat nodig is voor de zuurstoftherapie ten huize van de rechthebbende", hergenomen in dit afdeling "toebehoren" genoemd, wordt verstaan:

- zuurstofbril en zuurstofmasker;
- zuurstofslang;
- luchtbevochtiger voor éénmalig gebruik;
- zuurstoffles, al dan niet met geïntegreerde ontspanner;
- ontspanner, al dan niet geïntegreerd in de zuurstoffles.

#### **§1. Voorschrift betreffende medische gasvormige zuurstof**

De aflevering van medische gasvormige zuurstof moet voorgeschreven worden door een arts op een voorschrift conform het model dat als bijlage I gaat bij koninklijk besluit van 8 juni 1994 tot vaststelling van het model van voorschrijfdocument betreffende de verstrekkingen van farmaceutische producten ten behoeve van niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden en conform de voorwaarden uit §§ 6370100, 6370200 en 6370300 van het koninklijk besluit van 1 februari 2018.

#### **§2. Installatie van medische gasvormige zuurstof en toebehoren door de apotheker**

De apotheker die in overeenstemming met de bepalingen van deze paragraaf verkiest om zelf in te staan voor het installeren van de medische gasvormige zuurstof en het toebehoren bij de rechthebbende thuis:

1. controleert de installatie op haar werking;

2. informe le bénéficiaire, aussi bien oralement que par documentation écrite, sur l'usage correct des accessoires et sur le dosage de l'oxygène;
3. porte en compte au bénéficiaire un montant maximal de P 16,88 TVA comprise pour la prestation de service mentionnée aux points 1 et 2.

Ces frais d'installation ne peuvent être portés en compte qu'une seule fois par thérapie.

Pour l'application de cette disposition, pour les bénéficiaires visés au § 6370200 et au § 6370300 de l'annexe I de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2018, il est seulement question d'une nouvelle thérapie, pour des périodes de remboursement non consécutives, au plus tôt après une période de 12 mois prenant cours le premier jour du premier mois de traitement.

Pour les bénéficiaires visés au § 6370100 de l'annexe I de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2018, il est seulement question d'une nouvelle thérapie, pour des périodes de remboursement non consécutives, avec un maximum de 3 par 12 mois, à partir du premier jour du premier mois de l'accord.

A condition de soumettre une attestation de délivrance dûment remplie dont le modèle est fixé sous B11) de la partie III de la liste et reprise en annexe au présent arrêté, les organismes assureurs rémunèrent ces frais qui s'élèvent au montant mentionné par le pharmacien sur l'attestation de délivrance, avec un maximum de P 16,88 TVA comprise.

### **§3. Livraison de l'oxygène médical gazeux et des accessoires par le pharmacien**

Le pharmacien qui choisit, conformément aux dispositions de ce paragraphe, de livrer lui-même l'oxygène médical gazeux et les accessoires au domicile du bénéficiaire :

1. loue au bénéficiaire les bouteilles d'oxygène médical gazeux (maximum trois), et en plus veille à la bonne rotation du stock de bouteilles d'oxygène, afin de limiter le nombre d'unités pour lesquelles un montant de location est facturé au bénéficiaire;
2. loue un détendeur, intégré ou non aux bouteilles d'oxygène;
3. garantit au bénéficiaire l'usage permanent d'un masque et/ou d'une lunette et d'un tuyau à oxygène;
4. livre au bénéficiaire, suivant la prescription, par mois un humidificateur à usage unique;
5. pour la prestation de service complète mentionnée aux points 1 à 4, y compris les garanties éventuelles pour la location des accessoires, porte en compte au bénéficiaire au maximum le montant de l'intervention de l'assurance tel que établi conformément aux dispositions de l'avant

2. informeert de rechthebbende, zowel mondeling als middels geschreven documentatie, over het correct gebruik van het toebehoren en het doseren van de zuurstof;

3. rekent aan de rechthebbende niet meer aan dan een bedrag van P 16,88, inclusief BTW voor de onderpunten 1 en 2 vermelde dienstverlening.

De kosten voor het installeren kunnen slechts éénmaal per therapie worden aangerekend.

Voor de toepassing van deze bepaling is er voor de rechthebbenden bedoeld in § 6370200 en § 6370300 van de bijlage I van het koninklijk besluit van 1 februari 2018, slechts sprake van een nieuwe therapie wanneer de perioden van tegemoetkoming elkaar niet opvolgen, ten vroegste na een periode van 12 maanden die begint vanaf de eerste dag van de eerste maand behandeling.

Voor de rechthebbenden bedoeld in § 6370100 van de bijlage I van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 is er slechts sprake van een nieuwe therapie wanneer de perioden van tegemoetkoming elkaar niet opvolgen, met een maximum van 3 per 12 maanden, vanaf de eerste dag van de eerste maand van de toelating.

Mits overlegging van een deugdelijk opgemaakt getuigschrift van aflevering waarvan het model is bepaald onder B11) van deel III van de lijst en dat als bijlage volgt bij dit besluit, vergoeden de verzekeringsinstellingen deze kosten ten belope van het door de apotheker op het getuigschrift van aflevering vermelde bedrag, met een maximum van P 16,88, inclusief BTW.

### **§3. Levering van medische gasvormige zuurstof en het toebehoren door de apotheker**

De apotheker die in overeenstemming met de bepalingen van deze paragraaf verkiest om de medische gasvormige zuurstof en het toebehoren zelf af te leveren bij de rechthebbende thuis:

1. verhuurt aan de rechthebbende, de flessen met de medische gasvormige zuurstof (maximum drie), en waakt bovendien over de goede rotatie van de voorraad zuurstofflessen, teneinde het aantal eenheden waarvoor aan de rechthebbende een huursom wordt aangerekend, zo beperkt mogelijk te houden;
2. verhuurt een ontspanner, al dan niet geïntegreerd in de zuurstoffles;
3. garandeert aan de rechthebbende het permanent gebruik van een zuurstofmasker, en/of een zuurstofbril en een zuurstofslang;
4. levert aan de rechthebbende, naargelang het voorschrift, per maand een luchtbevochtiger voor éénmalig gebruik;
5. rekent aan de rechthebbende, voor de totale dienstverlening vermeld onder de punten 1 tot en met 4, inclusief de eventuele waarborgen bij verhuur van het toebehoren, maximaal het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming aan, zoals dit vastgesteld is

dernier alinéa de ce paragraphe.

Une fois par mois, le pharmacien rédige une attestation de délivrance dont le modèle est fixé sous B11) de la partie III de la liste.

Sur cette attestation, il figure :

- le libellé des accessoires portés en compte;
- pour les accessoires mentionnés aux points 1 et 2 du 1<sup>er</sup> alinéa :
  - o le montant de la location par unité par jour ou par mois ;
  - o le nombre d'unités de location ;
  - o le nombre de jours au cours desquels ces accessoires ont été loués. Si les accessoires ont été loués sur base mensuelle, le pharmacien mentionne dans cette rubrique « 1 mois ».

A condition de soumettre une attestation de délivrance dûment remplie dont le modèle est fixé sous B11) de la partie III de la liste et reprise en annexe au présent arrêté, les organismes assureurs accordent un remboursement des coûts relatifs à la prestation de service mentionnée au 1<sup>er</sup> alinéa de ce paragraphe à concurrence du montant mentionné sur l'attestation de délivrance par le pharmacien avec un maximum par mois de :

- 22,17 euros, TVA incluse, pour la location des bouteilles et du détendeur;
- 2,54 euros, TVA incluse, pour les masques et/ou lunettes à oxygène;
- 1,70 euros, TVA incluse, pour les tuyaux;
- 4,41 euros, TVA incluse, pour les humidificateurs à usage unique.

Par mois, seul un masque ou une lunette à oxygène, un tuyau et un humidificateur sont remboursables.

#### **§4. Installation de l'oxygène médical gazeux et des accessoires par un fournisseur non-pharmacien.**

A condition de soumettre la facture et/ou le(s) bon(s) de livraison pour les frais visés à l'alinéa précédent et pour autant que l'installation réponde aux dispositions du §2, 1<sup>er</sup> alinéa, points 1 et 2, et au deuxième alinéa, les organismes assureurs accordent un remboursement de l'assurance qui s'élève au montant facturé par le fournisseur non-pharmacien, avec un maximum de P 16,88 TVA comprise pour la rémunération des frais d'installation.

Ces frais d'installation ne peuvent être portés en compte qu'une seule fois par thérapie. Pour l'application de cette disposition, pour les bénéficiaires visés au § 6370200 et au § 6370300 de l'annexe I de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2018, il est seulement question d'une nouvelle thérapie, pour des périodes de remboursement non consécutives, au plus tôt après une période de 12 mois prenant cours le premier jour du premier mois de traitement.

overeenkomstig de bepalingen van het voorlaatste lid van deze paragraaf.

De apotheker maakt éénmaal per maand een getuigschrift van aflevering op waarvan het model is bepaald onder B11) van deel III van de lijst.

Op dat getuigschrift vermeldt hij:

- de omschrijving van het aangerekende toebehoren;
- voor het toebehoren bedoeld in punten 1 en 2 van de 1<sup>ste</sup> lid:
  - o de huursom per eenheid per dag of per maand;
  - o het aantal verhuurde eenheden;
  - o het aantal dagen waarover dit toebehoren werd verhuurd. Indien het toebehoren op maandbasis werd verhuurd, vermeldt de apotheker in deze rubriek "1 maand".

Op voorlegging van een ondertekend getuigschrift van aflevering waarvan het model is bepaald onder B11) van deel III van de lijst en dat als bijlage volgt bij dit besluit, vergoeden de verzekeringsinstellingen de kosten voor de dienstverlening vermeld in het eerste lid van deze paragraaf ten belope van het door de apotheker op het getuigschrift van aflevering vermelde bedrag, met een maximum per maand van:

- 22,17 euro, inclusief BTW, voor de huursom voor flessen en ontspanner;
- 2,54 euro, inclusief BTW, voor zuurstofmaskers en/of zuurstofbrillen;
- 1,70 euro, inclusief BTW, voor zuurstofslangen;
- 4,41 euro, inclusief BTW, voor luchtbevochtigers voor éénmalig gebruik.

Per maand wordt slechts één zuurstofmasker of zuurstofbril, één zuurstofslang en één luchtbevochtiger terugbetaald.

#### **§4. Installatie van medische gasvormige zuurstof en het toebehoren door een leverancier niet-apotheker**

Op voorlegging van de factuur en/of de leveringsbon(nen) voor de in het vorige lid bedoelde kosten en voor zover de installatie voldoet aan de bepalingen van § 2, eerste lid, punten 1 en 2, en tweede lid, kennen de verzekeringsinstellingen een verzekeringstegemoetkoming toe ten belope van het door de leverancier niet-apotheker gefactureerde bedrag, met een maximum van P 16,88, inclusief BTW, voor het vergoeden van de kosten voor het installeren.

De kosten voor het installeren kunnen slechts éénmaal per therapie worden aangerekend. Voor de toepassing van deze bepaling is er voor de rechthebbenden bedoeld in § 6370200 en § 6370300 van de bijlage I van het koninklijk besluit van 1 februari 2018, slechts sprake van een nieuwe therapie wanneer de perioden van tegemoetkoming elkaar niet opvolgen, ten vroegste na een periode van 12 maanden die begint vanaf de eerste dag van de eerste maand behandeling.

Pour les bénéficiaires visés au § 6370100 de l'annexe I de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2018, il est seulement question d'une nouvelle thérapie, pour des périodes de remboursement non consécutives, avec un maximum de 3 par 12 mois, à partir du premier jour du premier mois de l'accord.

Aucun montant n'est porté en compte au bénéficiaire.

#### **§5. Livraison de l'oxygène médical gazeux et des accessoires par le fournisseur non-pharmacien**

A condition de soumettre la prescription telle que mentionnée au § 1<sup>er</sup> ainsi que la copie de la facture et/ou le(s) bon(s) de livraison, et qui est présentée au pharmacien par le bénéficiaire, son représentant ou le fournisseur non-pharmacien, les organismes assureurs accordent un remboursement de l'assurance par mois, qui s'élève au montant facturé par le fournisseur non-pharmacien avec un maximum de:

- 22,17 euros, TVA incluse, pour la location des bouteilles et du détendeur;
- 2,54 euros, TVA incluse, pour les masques et/ou lunettes à oxygène;
- 1,70 euros, TVA incluse, pour les tuyaux;
- 4,41 euros, TVA incluse, pour les humidificateurs à usage unique.

Par mois, seul un masque ou une lunette à oxygène, un tuyau et un humidificateur sont remboursables.

Le fournisseur non-pharmacien veille à la bonne rotation du stock de bouteilles d'oxygène et ne porte en compte aucun supplément pour la reprise du matériel.

Le pharmacien peut réclamer au bénéficiaire la différence entre le montant facturé par le fournisseur non-pharmacien et le remboursement de l'assurance accordé par l'organisme assureur en application des dispositions du précédent alinéa.

Dans le cas où ce supplément est à charge du bénéficiaire, le montant ne peut pas dépasser 20% du forfait de l'accessoire.

#### **§6. Honoraire pour la coordination et l'accompagnement du traitement par oxygène médical gazeux par le pharmacien.**

Un honoraire de P6,70 TVA incluse est accordée par mois au pharmacien et ce, au maximum pour la période de la prescription.

**§7.** Aucun autre coût supplémentaire autre que ceux prévus au § 5 ne pourront être facturés aux bénéficiaires.

Voor de rechthebbenden bedoeld in § 6370100 van de bijlage I van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 is er slechts sprake van een nieuwe therapie wanneer de perioden van tegemoetkoming elkaar niet opvolgen, met een maximum van 3 per 12 maanden, vanaf de eerste dag van de eerste maand van de toelating.

Er wordt geen enkel bedrag aangerekend aan de rechthebbende.

#### **§5. Levering van medische gasvormige zuurstof en van het toebehoren door de leverancier niet-apotheker.**

Op voorlegging van het in § 1 bedoelde voorschrift evenals de kopie van de factuur en/of de leveringsbon(nen) die door de rechthebbende, zijn vertegenwoordiger of de leverancier niet-apotheker, aan de apotheker werd overgemaakt, kennen de verzekeringsinstellingen een verzekeringstegemoetkoming toe ten belope van het door de leverancier niet-apotheker gefactureerde bedrag, met een maximum per maand van:

- 22,17 euro, inclusief BTW, voor de huursom voor flessen en ontspanner;
- 2,54 euro, inclusief BTW, voor zuurstofmaskers en/of zuurstofbrillen;
- 1,70 euro, inclusief BTW, voor zuurstofslangen;
- 4,41 euro, inclusief BTW, voor luchtbevochtigers voor éénmalig gebruik.

Per maand wordt slechts één zuurstofmasker of zuurstofbril, één zuurstofslang en één luchtbevochtiger vergoed.

De leverancier niet-apotheker waakt over de goede rotatie van de voorraad zuurstofflessen en rekent geen enkel supplement aan voor de terugname van het materiaal.

De apotheker mag het verschil tussen het door de leverancier niet-apotheker gefactureerde bedrag en de door de verzekeringsinstelling met toepassing van de bepalingen van het vorige lid toegekende verzekeringstegemoetkoming terugvorderen bij de rechthebbende.

Als er deze toeslag aangerekend wordt ten laste van de rechthebbende, kan die niet hoger zijn dan 20% van het forfait van de toebehoren.

#### **§6. Honorarium voor coördinatie en begeleiding van medische gasvormige zuurstofbehandeling door de apotheker**

Er wordt maximaal gedurende de voorschrijfperiode per maand aan de apotheker een honorarium toegestaan van P6,70, BTW inbegrepen.

**§7.** Geen enkel andere supplementaire kost dan deze die voorzien zijn in § 5, zullen kunnen gefactureerd worden aan de rechthebbenden.



## **Chapitre IV : seringues stériles à insuline**

### **Hoofdstuk IV : steriele insulinespuiten**

§ 1. L'intervention de l'assurance dans le coût des seringues stériles à insuline U-100, n'est accordée que si elles ont été prescrites par un médecin et délivrées par un pharmacien à un bénéficiaire non hospitalisé.

§ 2. Le remboursement est accordé par tranche indivisible de dix seringues étant entendu qu'il est nul si la prescription comporte moins de dix seringues et qu'il est celui de la dizaine immédiatement inférieure si la prescription comporte un nombre de seringues compris entre deux dizaines, la quantité maximum de seringues pouvant être remboursée par ordonnance étant limitée à trente.

§ 3. L'intervention de l'assurance est fixée à 50 % des prix mentionnés ci-après :

Seringues stériles à insuline U-100 munies d'une aiguille montée :

0,25ml/25 U.I. pièce : 0,25 EUR

0,3 ml/30 U.I. pièce : 0,25 EUR

0,5 ml/50 U.I. pièce : 0,25 EUR

1 ml/100 U.I. pièce : 0,20 EUR

§ 1. De verzekeringstegemoetkoming in de kosten van de steriele insulinespuiten E-100 kan slechts worden toegestaan indien zij zijn voorgeschreven door een arts aan een niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende afgeleverd zijn door een apotheker.

§ 2. De vergoeding wordt toegekend per ondeelbare tranche van tien spuiten, met dien verstande dat ze nul is als het voorschrift minder dan tien spuiten omvat en dat ze gelijk is aan het onmiddellijk lagere tiental als het voorschrift betrekking heeft op een aantal spuiten dat begrepen is tussen twee tientallen; het maximum aantal spuiten dat per voorschrift mag worden vergoed, is beperkt tot dertig.

§ 3. De verzekeringstegemoetkoming is vastgesteld op 50 % van de hierna vermelde prijzen :

Steriele insulinespuiten E-100 met aangezette naald:

0,25 ml/25 I.E. stuk : 0,25 EUR

0,3 ml/30 I.E. stuk : 0,25 EUR

0,5 ml/50 I.E. stuk : 0,25 EUR

1 ml/100 I.E. stuk : 0,20 EUR

**TITRE 2. Nutrition médicale**  
**TITEL 2. Medische voeding**

**Chapitre I: Nutrition entérale par sonde à domicile**  
**Hoodstuk I : Enterale sondevoeding thuis**

**Art. 1.** L'intervention de l'assurance est accordée pour des bénéficiaires appartenant à une des catégories suivantes :

**A :** être 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'œsophage ou de l'estomac ;
- 4° maladies métaboliques héréditaires.

**B :** être atteint d'une insuffisance intestinale temporaire ou permanente à la suite de :

- 1° maladies inflammatoires idiopathiques de l'intestin (maladie de Crohn, rectocolite ulcéro-hémorragique):
  - a) résistantes aux médicaments et
  - b) ayant atteint des segments étendus de l'intestin
- 2° résections intestinales étendues
- 3° malabsorption intestinale très sévère consécutive à:
  - a) entérite radique
  - b) atrophie villositaire totale (maladie coeliaque) ou affections équivalentes qui ne répondent pas à un traitement classique
  - c) lymphomes intestinaux
  - d) pancréatite chronique récidivante
  - e) mucoviscidose
- 4° surinfection du tube digestif chez les bénéficiaires atteints du "syndrome d'immunodéficience acquise"
- 5° diarrhée rebelle de l'enfant, d'origine congénitale ou acquise
- 6° ascite chyleuse rebelle.

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

**D :** être atteint d'un grave trouble fonctionnel du système gastro-intestinal ayant un important impact sur l'état nutritionnel qu'il était impossible de corriger d'une manière acceptable par la voie orale (par sonde naso-duodénale ou

**Art. 1.** De verzekeringstegemoetkoming wordt toegestaan voor de rechthebbenden die behoren tot één van de volgende categorieën:

**A :** lijden aan een pathologie die is opgenomen onder één van de volgende groepen :

- 1° ernstige neurologische pathologieën met afwezigheid of incoördinatie van de slikreflex;
- 2° sequellen van buccofaryngeale of laryngeale heelkunde en/of radiotherapie;
- 3° obstructie van de oropharynx, de slokdarm of van de maag;
- 4° erfelijke metabole ziekten.

**B :** lijden aan een tijdelijke of blijvende intestinale insufficiëntie ten gevolge van :

- 1° idiopathische inflammatoire intestinale ziekten (ziekte van Crohn, colitis ulcerosa):
  - a) die geneesmiddelenresistent zijn en
  - b) die uitgebreide segmenten van de darm hebben aangetast
- 2° uitgebreide intestinale resecties
- 3° zeer ernstige intestinale malabsorptie ten gevolge van:
  - a) radio-enteritis
  - b) totale darmvlokkenatrofie (coeliakie) of equivalente aandoeningen die niet beantwoorden aan een klassieke behandeling
  - c) intestinale lymfomen
  - d) chronische recidiverende pancreatitis
  - e) mucoviscidose (cystische fibrose, taaislijmziekte)
- 4° surinfectie van het spijsverteringskanaal bij rechthebbenden die lijden aan "acquired immune deficiency syndrome"
- 5° aanhoudende diarree bij kinderen, aangeboren of verworven
- 6° weerstandige chyleuze ascites.

**C :** kinderen en adolescenten tot en met 17 jaar in de groeifase die lijden aan aandoening die een ernstige ondervoeding met een weerslag op de ontwikkeling van de lichaamslengte en het lichaamsgewicht tot gevolg heeft.

**D :** lijden aan een ernstige functionele stoornis van het gastro-intestinale systeem met gedocumenteerde belangrijke weerslag op de voedingstoestand, waarbij het onmogelijk was om via orale weg (via nasoduodenale sonde

sonde de jéjunostomie). Un rapport circonstancié avec l'historique des traitements doit être rédigé par le médecin spécialiste et joint à la demande dont il est question aux articles 2 et 2/1.

of percutane jejunale sonde) de voedingstoestand op een aanvaardbare manier te corrigeren. Een omstandig verslag met de historiek van de behandelingen moet door de arts-specialist opgesteld worden en aan de aanvraag bedoeld in artikels 2 en 2/1 toegevoegd worden.

**E :** être atteint d'une maladie grave entraînant une dénutrition sévère (soit NRS *Nutritional Risk Screening* score supérieur à 3, soit BMI inférieur à 18,5) et ne pouvoir atteindre ses objectifs nutritionnels recommandés sous forme d'alimentation orale ou de compléments alimentaires oraux. Pour cette indication, la nutrition entérale doit être initiée pendant l'hospitalisation ou pendant les 3 mois qui suivent l'hospitalisation sur prescription du médecin qui était responsable du traitement durant l'hospitalisation.

**E :** lijden aan een ernstige ziekte die leidt tot een ernstige ondervoeding (ofwel NRS *Nutritional Risk Screening* score hoger dan 3 ofwel BMI lager dan 18,5) en zijn aanbevolen voedingsdoelstellingen niet bereiken in de vorm van orale voeding of orale voedingssupplementen. Voor deze indicatie moet de enterale voeding ingesteld worden tijdens een ziekenhuisopname of gedurende de 3 maanden die volgen op een ziekenhuisverblijf op voorschrift van een arts die verantwoordelijk was voor de behandeling tijdens het ziekenhuisverblijf.

**Art. 2.** A cette fin, le médecin spécialiste traitant ou un autre médecin travaillant en collaboration avec une équipe médicale hospitalière ayant une expérience incontestable en la matière adresse une demande au médecin-conseil, au moyen d'un formulaire dont le modèle C31) est joint en annexe en partie III au présent arrêté.

**Art. 2.** Met het oog daarop richt de behandelende arts-specialist of een andere arts die samenwerkt met een medisch ziekenhuisteam waarvan de ervaring in deze materie onbetwistbaar is een aanvraag aan de adviserend-arts door middel van een formulier waarvan het model C31) als bijlage van deel III bij dit besluit gevoegd is.

La demande comprend les données médicales justifiant la nécessité de la nutrition entérale par sonde à domicile et le type de nutriment (polymérique, semi-élémentaire ou élémentaire).

De aanvraag bevat de medische gegevens op grond waarvan de noodzaak van de enterale voeding via sonde thuis blijkt, en het type voeding (polymeer, semi-elementair of elementair).

**Art. 2/1.** Sans préjudice des dispositions de l'alinéa suivant, l'autorisation du médecin-conseil, dont le modèle C32) est repris en annexe en partie III du présent arrêté, est limitée à une période de 12 mois maximum. Elle peut être renouvelée 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 modèle C31) figurant en partie III du présent arrêté.

**Art. 2/1.** Onverminderd de bepalingen van de volgende alinea, wordt de machtiging van de adviserend-arts beperkt tot een periode van ten hoogste 12 maanden. Het model van de machtiging C32) is als bijlage in deel III bij dit besluit gevoegd. Ze kan door de adviserend-arts worden vernieuwd voor nieuwe perioden van ten hoogste 12 maanden, op grond van een nieuwe aanvraag die hem is toegestuurd aan de hand van het model C31) van deel III van dit besluit.

Pour les bénéficiaires visés à l'article 1<sup>er</sup>, C, le remboursement de l'assurance est limité jusqu'à 17 ans inclus.

Voor de rechthebbenden bedoeld in artikel 1, C, wordt de verzekeringsvergoeding beperkt tot en met 17 jaar.

**Art. 2/2. §1.** L'intervention de l'assurance s'élève à :

**Art. 2/2. §1.** De verzekeringstegemoetkoming bedraagt:

- a) Administration d'un produit polymérique:  
4,20 euros par jour.  
Le pseudo-code 751251 est attribué.
- b) Administration d'un produit semi-élémentaire:  
15,38 euros par jour.  
Le pseudo-code 751273 est attribué.
- c) Utilisation du matériel sans pompe  
(hors sonde pour stomie et «gastric button»)  
0,73 euro par jour.  
Le pseudo-code 751295 est attribué.
- d) Utilisation du matériel avec pompe (hors pompe)  
(hors sonde pour stomie et «gastric button»):  
1,18 euro par jour.  
Le pseudo-code 751310 est attribué.

- a) Toediening van een polymeer product:  
4,20 euro per dag.  
De pseudo-code 751251 wordt toegekend.
- b) Toediening van een semi-elementair product:  
15,38 euro per dag.  
De pseudo-code 751273 wordt toegekend.
- c) Gebruik van het materiaal zonder pomp  
(excl. sonde voor stomie en «gastric button»):  
0,73 euro per dag.  
De pseudo-code 751295 wordt toegekend.
- d) Gebruik van het materiaal met pomp (excl. pomp)  
(excl. sonde voor stomie en «gastric button»):  
1,18 euro per dag.  
De pseudo-code 751310 wordt toegekend.

e) Utilisation de la pompe:  
0,42 euro par jour.  
Le pseudo-code 751332 est attribué.

e) Gebruik van de pomp:  
0,42 euro per dag.  
De pseudo-code 751332 wordt toegekend.

**§2.** 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.

**§2.** De tegemoetkoming wordt door de verzekeringsinstelling betaald per kalendermaand naar rata van maximum één enkele vergoeding per dag verstrekte enterale sondevoeding thuis gedurende bedoelde maand. Ze gebeurt op voorlegging van betaalde facturen op naam van de rechthebbende voor de verstrekte voedingsproducten en/of het materiaal. Ze kan in geen geval hoger liggen dan de door de rechthebbende voor bedoelde voedingsproducten en/of materiaal betaalde bedragen.

**§3.** L'indemnité prévue pour l'utilisation de la pompe reste toujours due au bénéficiaire même si le bénéficiaire pour qui un programme d'alimentation entérale par sonde à domicile a déjà été entamé, devait être temporairement hospitalisé pour une durée inférieure ou égale à 30 jours consécutifs.

**§3.** De voorziene vergoeding voor het gebruik van de pomp blijft steeds aan de rechthebbende verschuldigd, ook als de rechthebbende voor wie reeds een programma van enterale sondevoeding thuis is aangevat, tijdelijk gehospitaliseerd zou moeten worden voor een periode van minder dan of gelijk aan 30 opeenvolgende dagen.

**Art. 2/3.** Le Collège des médecins-directeurs peut proposer des modifications à apporter à la liste des affections visées à l'article 1<sup>er</sup> et aux interventions de l'assurance, visées à l'article 2/2.

**Art. 2/3.** Het College van artsen-directeurs kan wijzigingen voorstellen die aan de lijst van de aandoeningen bedoeld in artikel 1 en aan de tegemoetkomingen van de verzekering, bedoeld in artikel 2/2 moeten worden aangebracht.

**Chapitre II : Nutrition parentérale pour des bénéficiaires ambulatoires non hospitalisés**  
**Hoofdstuk II : Parenterale voeding voor ambulante en niet gehospitaliseerde rechthebbenden**

**Art. 1.** L'intervention de l'assurance est accordée pour des bénéficiaires appartenant à une des catégories suivantes:

**A:** être atteint d'une insuffisance intestinale temporaire ou permanente à la suite de:

1° maladies inflammatoires idiopathiques de l'intestin (maladie de Crohn, rectocolite ulcéro-hémorragique):

- a) résistantes aux médicaments et
- b) ayant atteint des segments étendus de l'intestin

2° résections intestinales étendues

3° malabsorption intestinale très sévère consécutive à:

- a) entérite radique
- b) atrophie villositaire totale (maladie coeliaque) ou affections équivalentes qui ne répondent pas à un traitement classique
- c) lymphomes intestinaux
- d) pancréatite chronique dont il est démontré que l'alimentation par voie orale ou la nutrition entérale par sonde est impossible
- e) mucoviscidose
- f) carcinomatose péritonéale avec occlusion intestinale

4° surinfection du tube digestif chez les bénéficiaires atteints du « syndrome d'immunodéficience acquise »

5° diarrhée rebelle de l'enfant, d'origine congénitale ou acquise

6° ascite chyleuse rebelle.

**B:** la mise au repos intestinale pour motif thérapeutique pour des fistules, complication d'une des affections citées sous A.

**C:** malnutrition protéo-calorique démontrée par :

- a) soit une diminution du poids corporel (poids sec après hémodialyse) égale à 10 p.c. ou plus au cours des 12 derniers mois ;
- b) soit un taux de pré-albumine inférieur à 0,3 g/L ; chez des bénéficiaires hémodialysés pour lesquels il est démontré que la prescription de dialyse est adéquate par une des méthodes d'évaluation du Kt/V qui doit être au minimum égal à 0,9

**D:** être atteint d'un grave trouble fonctionnel du système gastro-intestinal ayant un important impact sur l'état nutritionnel qu'il était impossible de corriger d'une manière acceptable par la voie orale ou entérale (par sonde nasoduodénale ou sonde de jéjunostomie). Un rapport circonstancié avec l'historique des traitements doit être rédigé par le médecin spécialiste et joint à la demande dont il est question aux articles 2 et 3.

**Art. 1.** De verzekeringstegemoetkoming wordt toegestaan voor de rechthebbenden die behoren tot één van de volgende categorieën:

**A:** lijden aan een tijdelijke of blijvende intestinale insufficiëntie ten gevolge van:

1° idiopathische inflammatoire intestinale ziekten (ziekte van Crohn, colitis ulcerosa):

- a) die geneesmiddelenresistent zijn en
- b) uitgebreide segmenten van de darm hebben aangetast

2° uitgebreide intestinale resecties

3° zeer ernstige intestinale malabsorptie ten gevolge van:

- a) radio-enteritis
- b) totale darmvlokkenatrofie (coeliakie) of equivalente aandoeningen die niet beantwoorden aan een klassieke behandeling
- c) intestinale lymfomen
- d) chronische pancreatitis waarvan wordt aangetoond dat orale of maagsondevoeding onmogelijk is
- e) mucoviscidose (cystische fibrose, taaislijmziekte)
- f) peritoneale carcinomatose met intestinale occlusie

4° surinfectie van het spijsverteringskanaal bij rechthebbenden die lijden aan "acquired immune deficiency syndrome"

5° aanhoudende diarree bij kinderen, aangeboren of verworven

6° weerstandige chyleuze ascites.

**B:** het intestinaal inactiveren om therapeutische motieven wegens fistels als verwikkeling bij één van de sub A opgesomde aandoeningen.

**C:** proteo-calorische malnutritie die wordt aangetoond door:

- a) ofwel een verlaging van het lichaamsgewicht (droog gewicht na hemodialyse) gelijk aan 10 pct. of meer tijdens de laatste 12 maanden;
- b) ofwel een pre-albuminegehalte lager dan 0,3 g/L; bij gehemodialyseerde rechthebbenden voor wie is aangetoond dat het dialysevoorschrift adequaat is door een van de evaluatiemethoden van de Kt/V die minimum gelijk aan 0,9 moet zijn.

**D:** lijden aan een ernstige functionele stoornis van het gastro-intestinale systeem met gedocumenteerde belangrijke weerslag op de voedingstoestand, waarbij het onmogelijk was om via orale of enterale weg (via nasoduodenale sonde of percutane jejunale sonde) de voedingstoestand op een aanvaardbare manier te corrigeren. Een omstandig verslag met de historiek van de behandelingen moet door de arts-specialist opgesteld worden en aan de aanvraag bedoeld in artikels 2 en 3 toegevoegd worden.

**Art. 2.** Pour obtenir l'intervention, le médecin spécialiste travaillant en collaboration avec une équipe médicale hospitalière à caractère multidisciplinaire ayant une expérience en la matière envoie au médecin-conseil une demande au moyen du modèle C41) de la partie III du présent arrêté.

**Art. 3.** L'intervention de l'assurance pour les poches délivrées destinées à la nutrition parentérale du bénéficiaire n'est octroyée qu'après accord préalable du médecin-conseil s'il est satisfait aux critères mentionnés à l'article 2, sur base d'une autorisation dont le modèle C42) est repris en annexe en partie III du présent arrêté.

Cette autorisation est valable pour une durée de maximum 1 an et peut être renouvelée pour de nouvelles périodes de maximum 5 ans sur base d'une nouvelle demande.

**Art. 4.** Tous les coûts relatifs aux spécialités pharmaceutiques intervenant dans la composition desdites poches qui ne sont pas repris dans la nomenclature, les coûts relatifs au matériel de préparation utilisé et à la préparation elle-même ainsi que les coûts relatifs au matériel nécessaire à l'administration, à l'exclusion de la pompe et du pied à perfusion, sont remboursés forfaitairement par l'assurance de sorte qu'aucun supplément ne peut être facturé au bénéficiaire.

**Art. 5. § 1<sup>er</sup>.** Par mélange total de nutrition parentérale ce forfait est de :

- 1° Poches « à la carte » adultes :  
75 euros par jour.  
Le pseudocode 751354 est attribué.
- 2° Poches « à la carte » enfants jusqu'à 17 ans inclus :  
83 euros par jour.  
Le pseudocode 751376 est attribué.
- 3° Pré-mélanges industriels avec ou sans ajout de minéraux et/ou vitamines :  
60 euros par jour.  
Le pseudocode 751391 est attribué.
- 4° Poches « per dialytique » :  
35 euros par jour.  
Le pseudocode 751413 est attribué.

Les spécialités pharmaceutiques remboursables incorporées dans la poche sont remboursées séparément par l'assurance dans les conditions fixées à l'article 127, §2, de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2018, étant entendu que les liquides à perfusion des groupes de remboursement B-181 à B-186 sont remboursés à 100 % de la base de remboursement.

La quote-part du bénéficiaire s'élève à 0,62 euro par jour pendant toute la période couverte par l'autorisation accordée par le médecin-conseil, comme il est prévu à l'article 2, §2 de l'arrêté royal du 7 mai 1991.

**Art. 2.** Met het oog op het verkrijgen van de tegemoetkoming wordt door de arts-specialist die samenwerkt met een multidisciplinair ziekenhuisteam dat ervaring heeft in deze materie, aan de adviserend-arts een gemotiveerde aanvraag gericht door middel van een formulier waarvan het model C41) dat als deel III van dit besluit gaat.

**Art. 3.** De verzekeringstegemoetkoming voor de afgeleverde zakken bestemd voor de rechthebbende, wordt enkel toegestaan na voorafgaandelijke machtiging door de adviserend-arts indien aan de voorwaarden uit artikel 2 is voldaan. Het model van de machtiging C42) is als bijlage in deel III bij dit besluit gevoegd.

Die machtiging, waarvan de geldigheidsduur beperkt is tot maximum 1 jaar, kan met een nieuwe aanvraag worden verlengd voor nieuwe perioden van maximum 5 jaren.

**Art. 4.** Alle kosten die betrekking hebben op de farmaceutische specialiteiten die voorkomen in de samenstelling van voornoemde zakken en niet opgenomen zijn in de nomenclatuur, de kosten die betrekking hebben op het gebruikte bereidingsmateriaal en op de bereiding zelf, evenals de kosten voor het materiaal dat nodig is voor de toediening, met uitzondering van de pomp en de staander voor perfusie, worden door de verzekering forfaitair vergoed. Aan de rechthebbende mogen geen supplementen worden aangerekend.

**Art. 5. § 1.** Dat forfait bedraagt per totaal parenteraal voedingsmengsel:

- 1° Zakken « op maat » voor volwassenen :  
75 euro per dag.  
De pseudocode 751354 wordt toegekend.
- 2° Zakken « op maat » voor kinderen tot en met 17 jaar :  
83 euro per dag.  
De pseudocode 751376 wordt toegekend.
- 3° Industriële pre-mengsels waaraan al dan niet mineralen en/of vitamines toegevoegd worden :  
60 euro per dag.  
De pseudocode 751391 wordt toegekend.
- 4° Zakken « per dialyse » :  
35 euro per dag.  
De pseudocode 751413 wordt toegekend.

De vergoedbare farmaceutische specialiteiten, verwerkt in de zak, worden afzonderlijk door de verzekering vergoed onder de voorwaarden vastgesteld in artikel 127, §2, van het koninklijk besluit van 1 februari 2018, met dien verstande dat de perfusievloeistoffen van de vergoedingsgroepen B-181 tot B-186 vergoedbaar zijn aan 100% van de vergoedingsbasis.

Het aandeel van de rechthebbende bedraagt 0,62 euro per dag tijdens de ganse periode welke door de machtiging van de adviserend-arts is gedekt, zoals bepaald is bij artikel 2, §2 van het koninklijk besluit van 7 mei 1991.

**§ 2.** Le montant de l'intervention de l'assurance est réclamé mensuellement par l'établissement hospitalier à l'organisme assureur du bénéficiaire via le pseudo-code qui sera transmis par voie digitale ou par la facture papier.

**Art. 6. §1.** Pour les patients bénéficiant d'une autorisation du médecin-conseil pour la nutrition parentérale, une intervention de 30 € pour l'administration d'électrolytes est octroyée pour les jours durant lesquels ils ne reçoivent pas d'alimentation parentérale.

Les patients qui disposent d'une autorisation de remboursement pour la nutrition parentérale, peuvent obtenir une prolongation de cette autorisation de remboursement de la nutrition parentérale dans le cas où ils ne reçoivent plus que des électrolytes.

Pour les demandes de prolongation, le médecin spécialiste introduit une demande sur base du modèle C41) de la partie III du présent arrêté.

Les patients qui ne disposent pas d'une autorisation de remboursement pour la nutrition parentérale, ne peuvent pas obtenir une autorisation pour le remboursement des électrolytes seuls.

**§ 2.** Le montant de l'intervention de l'assurance est réclamé mensuellement par l'établissement hospitalier à l'organisme assureur du bénéficiaire via le pseudo-code 751951 qui sera transmis par voie digitale ou par la facture papier.

**Art. 7.** Le Collège des médecins-directeurs peut proposer des modifications à la liste des affections visées à l'article 1<sup>er</sup> et aux interventions de l'assurance, visées à l'article 5.

**§ 2.** Het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming wordt maandelijks gevorderd door het ziekenhuis aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende door middel van de pseudocode die langs digitale weg of met een papieren factuur wordt doorgestuurd.

**Art. 6. §1.** Voor de patiënten die recht hebben op een machtiging van de adviserend-arts, wordt een tegemoetkoming van 30 € voor de toediening van elektrolyten toegestaan op de dagen waarop geen parenterale voeding werd gegeven.

Patiënten die beschikken over een machtiging voor vergoeding van parenterale voeding, kunnen een verlenging van deze machtiging voor vergoeding van parenterale voeding krijgen indien ze enkel nog elektrolyten krijgen.

Voor aanvragen tot verlenging dient de arts-specialist een aanvraag in op basis van het model C41) van het deel III van dit besluit.

Patiënten die niet beschikken over een machtiging voor vergoeding voor parenterale voeding, kunnen geen machtiging voor vergoeding krijgen van enkel elektrolyten.

**§ 2.** Het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming wordt maandelijks gevorderd door het ziekenhuis aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende door middel van de pseudocode 751951 die langs digitale weg of met een papieren factuur wordt doorgestuurd

**Art. 7.** Het College van artsen-directeurs kan wijzigingen voorstellen die aan de lijst van de aandoeningen bedoeld in artikel 1 en aan de tegemoetkomingen van de verzekering, bedoeld in artikel 5 moeten worden aangebracht.

### **Chapitre III : Nutrition médicale nécessaire au traitement de la galactosémie**

#### **Hoofdstuk III : Medische voeding noodzakelijk voor de behandeling van galactosemie**

§1. Au bénéficiaire pour lequel il est établi qu'il est atteint de galactosémie et que son état nécessite une alimentation adaptée, une intervention forfaitaire mensuelle est accordée. Cette intervention sert à couvrir les coûts de la nutrition médicale nécessaire au traitement de la galactosémie.

A cette fin, le médecin spécialiste en pédiatrie fait parvenir une notification au médecin-conseil, au moyen du formulaire dont le modèle est fixé sous C51) de la partie III de la liste, par lequel il déclare que le bénéficiaire est atteint de galactosémie et que son état nécessite une alimentation adaptée.

§2. L'intervention s'élève à 60 euros par mois.  
Le pseudo code utilisé dans la facturation est 751796.

L'organisme assureur paie l'intervention au bénéficiaire par trimestre et ce, pendant toute la durée couverte par la notification.

L'intervention prend cours à partir du mois au cours duquel le médecin-conseil reçoit une notification et prend fin le mois au cours duquel le bénéficiaire atteint l'âge de deux ans.

### **Chapitre IV : Intervention pour le lait maternel**

#### **Hoofdstuk IV : Tussenkomst voor moedermelk**

L'intervention de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité dans le coût du lait maternel est fixée comme suit:

a) pour une quantité de 200 ml ou moins, l'assurance rembourse la différence entre le prix de base, qui est de 0,32 EUR/10 ml, et l'intervention forfaitaire de 0,30 EUR à charge du bénéficiaire;

b) par tranche de 20 ml supplémentaire, l'intervention de l'assurance est fixée à 0,62 EUR.

§1. Aan de rechthebbende waarbij is vastgesteld dat deze lijdt aan galactosemie en dat zijn toestand een aangepaste voeding vereist, wordt een forfaitaire tegemoetkoming per maand toegekend. Deze tegemoetkoming dient om de kosten te dekken voor medische voeding noodzakelijk voor de behandeling van galactosemie.

Met het oog daarop bezorgt de arts-specialist in de kindergeneeskunde een kennisgeving aan de adviserend-arts, middels het formulier waarvan het model is bepaald onder C51) van deel III van de lijst, waarmee hij verklaart dat de rechthebbende lijdt aan galactosemie en dat zijn toestand een aangepaste voeding vereist.

§2. De tegemoetkoming bedraagt 60 euro per maand.  
De pseudocode die gebruikt wordt bij de facturering is 751796.

De verzekeringsinstelling betaalt de tegemoetkoming per trimester aan de rechthebbende en dat gedurende de volledige periode die door de kennisgeving gedekt wordt.

De tegemoetkoming geldt vanaf de maand waarin de adviserend-arts een kennisgeving ontvangt en eindigt met de maand waarin de rechthebbende de leeftijd van twee jaar bereikt.

De tegemoetkoming van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering in de kosten van moedermelk is als volgt vastgesteld :

a) voor een hoeveelheid van 200 ml of minder, vergoedt de ziekteverzekering het verschil tussen de basisprijs, die 0,32 EUR/10 ml bedraagt, en het forfaitair aandeel van 0,30 EUR ten laste van de rechthebbende;

b) per bijkomende schijf van 20 ml, is de tegemoetkoming van de verzekering vastgesteld op 0,62 EUR.



### TITRE 3. Préparations magistrales

### TITEL 3. Magistrale bereidingen

#### Classification des préparations magistrales

#### Indeling van de magistrale bereidingen

Les honoraires sont basés sur le temps nécessaire à l'exécution de la préparation indépendamment du nombre de modules.

Définition de 3 classes de préparations magistrales :

- Classe 1 = +/- 20 min → P 7,08
- Classe 2 = +/- 32,5 min → P 11,51
- Classe 3 = +/- 50 min → P 17,71

De honoraria zijn gebaseerd op de tijd die nodig is voor de uitvoering van de bereiding ongeacht het aantal modules.

Bepaling van 3 klassen van magistrale bereidingen :

- Klasse 1 = +/- 20 min → P 7,08
- Klasse 2 = +/- 32,5 min → P 11,51
- Klasse 3 = +/- 50 min → P 17,71