

AM 02.02.2024 – MB 19.02.2024
En vigueur 01.03.2024

AM 29.01.2024 – MB 16.02.2024
En vigueur 01.03.2024

AM 25.09.2023 – MB 16.10.2023
En vigueur 01.11.2023

AM 04.09.2023 (2)– MB 16.10.2023
En vigueur 01.11.2023

AM 04.09.2023 (1) – MB 16.10.2023
En vigueur 01.11.2023

AM 06.06.2023 – MB 20.07.2023
En vigueur 01.08.2023

AM 15.12.2022 – MB 20.12.2022
En vigueur 01.01.2023

AM 10.11.2022 – MB 21.11.2022
En vigueur 01.01.2023

AM 10.11.2022 – MB 18.11.2022 + 2 erratum
En vigueur 01.12.2022

AR 23.11.2021 – MB 15.12.2021
En vigueur 01.02.2022

ANNEXE/BIJLAGE

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

TITRE 2. Nutrition médicale

TITEL 2. Medische voeding

Chapitre I : liste des denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales

Hoofdstuk I : lijst van voeding voor medisch gebruik

§10000. Les préparations à base d'acides aminés pour le traitement de la phénylcétonurie

L'alimentation médicale suivante fait l'objet d'un remboursement en catégorie A si elle a été prescrite pour le traitement de la phénylcétonurie.

Sur base d'un rapport circonstancié établi par le médecin traitant démontrant que les conditions visées ci-dessus sont remplies, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C11) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour une durée illimitée à la demande motivée du médecin traitant, qui tient les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouvait dans la situation attestée à disposition du médecin conseil, et qui s'engage à ne pas poursuivre le traitement si cela ne s'avère plus nécessaire.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C21) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est illimitée.

§10000. Preparaten op basis van aminozuren voor de behandeling van fenylicetonurie

De volgende medische voeding wordt vergoed in categorie A indien ze is voorgeschreven voor de behandeling van fenylicetonurie.

Op basis van een omstandig verslag van de behandelende arts waarin aangetoond wordt dat aan voornoemde voorwaarden wordt voldaan, reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C11) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging tot vergoeding mag worden verlengd voor onbeperkte duur op gemotiveerd verzoek van de behandelende arts. Hij houdt de bewijselementen ter beschikking van de adviserend-arts die bevestigen dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevond en hij verbindt zich er toe de behandeling niet verder te zetten als deze niet meer noodzakelijk is.

Met het oog hierop reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C21) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur is onbeperkt.

Critérium Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegemeetk. Base de rembours.	I	II
A	2161-024 7000-151 7000-151	EASIPHEN aromatisé fruits des bois/ bosvruchtensmaak (Nutricia) Pak 250 mL * pr. pak 250 mL ** pr. pak 250 mL	M	13,89 13,0300 10,7100	13,89 13,0300 10,7100	0,00	0,00
A	3315-231 7001-738 7001-738	NoPhenyl nourrisson / zuigeling (Lactalis Nutrition Santé) 400 g * 400 g ** 400 g	M	50,00 46,9100 39,8000	50,00 46,9100 39,8000	0,00	0,00
A	3315-249 7001-746 7001-746	NoPhenyl enfant / kinderen (Lactalis Nutrition Santé) 15 x 34 g * 34 g ** 34 g	M	116,30 7,5473 7,0733	116,30 7,5473 7,0733	0,00	0,00
A	3315-256 7001-753 7001-753	NoPhenyl 8+ (Lactalis Nutrition Santé) 15 x 34 g * 34 g ** 34 g	M	174,42 11,4220 10,9480	174,42 11,4220 10,9480	0,00	0,00

A	2078-798 7000-003 7000-003	PHLEXY- 10 (Nutricia) compr. 75 x 1,4 g * pr. compr. 1 x 1,4 g ** pr. compr. 1 x 1,4 g	M	74,40 0,9508 0,8560	74,40 0,9508 0,8560	0,00	0,00
A	4497-541 7002-306 7002-306	PHLEXY-10 (Nutricia) compr./tabl. 75 x 1,48 g * pr. compr./tabl. 1 x 1,48g ** pr. compr./tabl. 1 x 1,48g	M	74,40 0,9508 0,8560	74,40 0,9508 0,8560	0,00	0,00
A	1429-885 0748-624 0748-624	PHLEXY-10 Drink Mix (Nutricia) 30 x 20 g 1 x 20 g 1 x 20 g	M	180,54 4,8767 4,6397	180,54 4,8767 4,6397	0,00	0,00
A	0378-380 0735-563 0735-563	Milupa PKU 1 (Nutricia) 500 g. * pr. 500 g. ** pr. 500 g	M	105,91 88,0200 80,9100	105,91 88,0200 80,9100	0,00	0,00
A	4494-712 7002-298 7002-298	Milupa PKU 1 mix (Nutricia) 1 X 400g * 1 x 400g ** 1 x 400g	M	42,94 38,9500 31,9900	42,94 38,9500 31,9900	0,00	0,00
A	1723-147 0767-848 0767-848	Milupa PKU 2 Mix (Nutricia) 400 g pulv. or. * pr. 400 g pulv. or. ** pr. 400 g pulv. or.	M	90,00 75,8700 68,7600	90,00 75,8700 68,7600	0,00	0,00
A	1723-154 0767-822 0767-822	Milupa PKU 2 Prima (Nutricia) 500 g pulv. or. * pr. 500 g pulv. or. ** pr. 500 g pulv. or.	M	149,89 121,6200 114,5100	149,89 121,6200 114,5100	0,00	0,00
A	1723-162 0767-830 0767-830	Milupa PKU 2 Secunda (Nutricia) 500 g pulv. or. * pr. 500 g pulv. or. ** pr. 500 g pulv. or.	M	171,50 138,1300 131,0200	171,50 138,1300 131,0200	0,00	0,00
A	2661-254 7000-656 7000-656	Milupa PKU 2 Shake chocolat / chocoladesmaak (Nutricia) 10 sachets/zakjes x 50 g * pr. 1 sachet/zakje x 50 g ** pr. 1 sachet/zakje x 50 g	M	106,40 8,8400 8,1290	106,40 8,8400 8,1290	0,00	0,00
A	2661-262 7000-649 7000-649	Milupa PKU 2 Shake fraise / aardbeien-smaak (Nutricia) 10 sachets/zakjes x 50 g * pr. 1 sachet/zakje x 50 g ** pr. 1 sachet/zakje x 50 g	M	106,40 8,8400 8,1290	106,40 8,8400 8,1290	0,00	0,00
A	3097-920 7001-183 7001-183	Milupa PKU 3 Advanta (Nutricia) 500 g * pr. 1 x 500 g ** pr. 1 x 500 g	M	245,42 193,0300 185,9200	245,42 193,0300 185,9200	0,00	0,00

A	2661-288 7000-672 7000-672	Milupa PKU 3 Shake café / mokka'smaak (Nutricia) 10 sachets/zakjes x 50 g * pr. 1 sachet/zakje x 50 g ** pr. 1 sachet/zakje x 50 g	M	159,60 12,8010 12,0900	159,60 12,8010 12,0900	0,00	0,00
A	2661-304 7000-664 7000-664	Milupa PKU 3 Shake chocolaat / chocoladesmaak (Nutricia) 10 sachets/zakjes x 50 g * pr. 1 sachet/zakje x 50 g ** pr. 1 sachet/zakje x 50 g	M	159,60 12,8010 12,0900	159,60 12,8010 12,0900	0,00	0,00
A	2661-296 7000-680 7000-680	Milupa PKU 3 Shake orange / sinaasappelsmaak (Nutricia) 10 sachets/zakjes x 50 g * pr. 1 sachet/zakje x 50 g ** pr. 1 sachet/zakje x 50 g	M	159,60 12,8010 12,0900	159,60 12,8010 12,0900	0,00	0,00
A	3201-027 7001-555 7001-555	PKU Air 15 groen / vert (Vitaflor International Limited) 30 x 130 ml * 1 x 130 ml ** 1 x 130 ml	M	375,00 11,6850 11,4480	375,00 11,6850 11,4480	0,00	0,00
A	3260-312 7001-647 7001-647	PKU Air 15 goud / or (Vitaflor International Limited) 30 x 130 ml * 1 x 130 ml ** 1 x 130 ml	M	375,00 11,6850 11,4480	375,00 11,6850 11,4480	0,00	0,00
A	3533-270 7001-886 7001-886	PKU Air 15 rood / rouge (Vitaflor International Limited) 30 x 130 ml * 1 x 130 ml ** 1 x 130 ml	M	375,00 11,6850 11,4480	375,00 11,6850 11,4480	0,00	0,00
A	3533-288 7001-894 7001-894	PKU Air 15 wit / blanc (Vitaflor International Limited) 30 x 130 ml * 1 x 130 ml ** 1 x 130 ml	M	375,00 11,6850 11,4480	375,00 11,6850 11,4480	0,00	0,00
A	3674-819 7001-977 7001-977	PKU Air 15 geel / jaune (Vitaflor International Limited) 30 x 130 ml * 1 x 130 ml ** 1 x 130 ml	M	375 11,6850 11,4480	375 11,6850 11,4480	0,00	0,00
A	3201-050 7001-563 7001-563	PKU Air 20 groen / vert (Vitaflor International Limited) 30 x 174 ml * 1 x 174 ml * 1 x 174 ml	M	500,00 15,5010 15,2640	500,00 15,5010 15,2640	0,00	0,00

A	3201-068 7001-571 7001-571	PKU Air 20 goud / or (Vitaflo International Limited) 30 x 174 ml * 1 x 174 ml * 1 x 174 ml	M	500,00 15,5010 15,2640	500,00 15,5010 15,2640	0,00	0,00
A	3533-254 7001-902 7001-902	PKU Air 20 rood / r ouge (Vitaflo International Limited) 30 x 174 ml * 1 x 174 ml ** 1 x 174 ml	M	500,00 15,5010 15,2640	500,00 15,5010 15,2640	0,00	0,00
A	3533-262 7001-910 7001-910	PKU Air 20 wit / blanc (Vitaflo International Limited) 30 x 174 ml * 1 x 174 ml ** 1 x 174 ml	M	500,00 15,5010 15,2640	500,00 15,5010 15,2640	0,00	0,00
A	3674-835 7001-985 7001-985	PKU Air 20 geel / jaune (Vitaflo International Limited) 30 x 174 ml * 1 x 174 ml ** 1 x 174 ml	M	500,00 15,5010 15,2640	500,00 15,5010 15,2640	0,00	0,00
A	3097-938 7001-191 7001-191	PKU Anamix First Spoon (Nutricia) 30 x 12,5 g * 1 x 12,5 g ** 1 x 12,5 g	M	147,00 3,9490 3,7120	147,00 3,9490 3,7120	0,00	0,00
A	3050-234 7000-995 7000-995	PKU Anamix Infant (Nutricia) 400 g * pr. 1 x 400 g ** pr. 1 x 400 g	M	59,00 51,8100 44,7000	59,00 51,8100 44,7000	0,00	0,00
A	3259-868 7001-654 7001-654	Milupa PKU Anamix Junior non aromatisé / neutraal (Nutricia) 30 sachets/zakjes x 36 g * pr. 1 sachet/zakje x 36 g ** pr. 1 sachet/zakje x 36 g	M	227,17 6,0747 5,8377	227,17 6,0747 5,8377	0,00	0,00
A	3259-900 7001-662 7000-662	PKU Anamix Junior vanille/arôme vanille (Nutricia) 30 sachets/zakjes x 36 g * pr. 1 sachet/zakje x 36 g ** pr. 1 sachet/zakje x 36 g	M	227,17 6,0747 5,8377	227,17 6,0747 5,8377	0,00	0,00
A	3259-967 7001-696 7001-696	PKU Anamix Junior chocoldesmaak/arôme chocolat (Nutricia) 30 sachets/zakjes x 36 g * pr. 1 sachet/zakje x 36 g ** pr. 1 sachet/zakje x 36 g	M	227,17 6,0747 5,8377	227,17 6,0747 5,8377	0,00	0,00

A	2590-156	PKU Anamix Junior LQ arôme fruits des bois/bessensmaak (Nutricia) 6 x 6 x 125 ml	M	342,00	342,00	0,00	0,00
	7000-557	* pr. 1 x 125 ml		7,3944	7,3944		
	7000-557	** pr.1 x 125 ml		7,1969	7,1969		
A	2590-131	PKU Anamix Junior LQ arôme orange/sinaasappelsmaak (Nutricia) 6 x 6 x 125 ml	M	342,00	342,00	0,00	0,00
	7000-565	* pr. 1 x 125 ml		7,3944	7,3944		
	7000-565	** pr. 1 x 125 ml		7,1969	7,1969		
A	2449-122	PKU Cooler 10 orange / oranje (Vitaflo International Limited) gourdes / knijpverpakkingen 30 x 87mL	M	249,90	249,90	0,00	0,00
	7000-433	* pr. gourde / knijpverpakking 1 x 87mL		7,8690	7,8690		
	7000-433	** pr. gourde / knijpverpakking 1 x 87mL		7,6320	7,6320		
A	2449-155	PKU Cooler 15 orange / oranje (Vitaflo International Limited) gourdes / knijpverpakkingen 30 x 130mL	M	375,00	375,00	0,00	0,00
	7000-409	* pr. gourde / knijpverpakking 1 x 130mL		11,6850	11,6850		
	7000-409	** pr. gourde / knijpverpakking 1 x 130mL		11,4480	11,4480		
A	2449-148	PKU Cooler 20 orange / oranje (Vitaflo International Limited) gourdes / knijpverpakkingen 30 x 174mL	M	500,00	500,00	0,00	0,00
	7000-417	* pr. gourde / knijpverpakking 1 x 174mL		15,5010	15,5010		
	7000-417	** pr. gourde / knijpverpakking 1 x 174mL		15,2640	15,2640		
A	2449-130	PKU Cooler 10 violet / paars (Vitaflo International Limited) gourdes / knijpverpakkingen 30 x 87mL	M	249,90	249,90	0,00	0,00
	7000-425	* pr. gourde / knijpverpakking 1 x 87mL		7,8690	7,8690		
	7000-425	** pr. gourde / knijpverpakking 1 x 87mL		7,6320	7,6320		
A	2449-114	PKU Cooler 15 violet / paars (Vitaflo International Limited) gourdes / knijpverpakkingen 30 x 130mL	M	375,00	375,00	0,00	0,00
	7000-441	* pr. gourde / knijpverpakking 1 x 130mL		11,6850	11,6850		
	7000-441	** pr. gourde / knijpverpakking 1 x 130mL		11,4480	11,4480		

A	2449-163	PKU Cooler 20 violet / paars (Vitaflo International Limited) gourdes / knijpverpakkingen 30 x 174mL	M	500,00	500,00	0,00	0,00
	7000-391	* pr. gourde / knijpverpakking 1 x 174mL		15,5010	15,5010		
	7000-391	** pr. gourde / knijpverpakking 1 x 174mL		15,2640	15,2640		
A	2512-069	PKU Cooler 10 blanc / wit (Vitaflo International Limited) gourdes / knijpverpakkingen 30 x 87mL	M	249,90	249,90	0,00	0,00
	7000-458	* pr. gourde / knijpverpakking 1 x 87mL		7,8690	7,8690		
	7000-458	** pr. gourde / knijpverpakking 1 x 87mL		7,6320	7,6320		
A	2512-051	PKU Cooler 15 blanc / wit (Vitaflo International Limited) gourdes / knijpverpakkingen 30 x 130mL	M	375,00	375,00	0,00	0,00
	7000-466	* pr. gourde / knijpverpakking 1 x 130mL		11,6850	11,6850		
	7000-466	** pr. gourde / knijpverpakking 1 x 130mL		11,4480	11,4480		
A	2512-044	PKU Cooler 20 blanc / wit (Vitaflo International Limited) gourdes / knijpverpakkingen 30 x 174mL	M	500,00	500,00	0,00	0,00
	7000-474	* pr. gourde / knijpverpakking 1 x 174mL		15,5010	15,5010		
	7000-474	** pr. gourde / knijpverpakking 1 x 174mL		15,2640	15,2640		
A	2840-049	PKU Cooler 10 rouge / rood (Vitaflo International Limited) 30 x 87 ml	M	249,90	249,90	0,00	0,00
	7000-813	* pr. 1 x 87 ml		7,8690	7,8690		
	7000-813	** pr. 1 x 87 ml		7,6320	7,6320		
A	2840-056	PKU Cooler 15 rouge / rood (Vitaflo International Limited) 30 x 130 ml	M	375,00	375,00	0,00	0,00
	7000-821	* pr. 1 x 130 ml		11,6850	11,6850		
	7000-821	** pr. 1 x 130 ml		11,4480	11,4480		
A	2840-064	PKU Cooler 20 rouge / rood (Vitaflo International Limited) 30 x 174 ml	M	500,00	500,00	0,00	0,00
	7000-839	* pr. 1 x 174 ml		15,5010	15,5010		
	7000-839	** pr. 1 x 174 ml		15,2640	15,2640		

A	3674-900 7002-033 7002-033	PKU Cooler 10 geel / jaune (Vitaflo International Limited) 30 x 87 ml * 1 x 87 ml ** 1 x 87 ml	M	249,90 7,8690 7,6320	249,90 7,8690 7,6320	0,00	0,00
A	3674-918 7002-041 7002-041	PKU Cooler 15 geel / jaune (Vitaflo International Limited) 30 x 130 ml * 1 x 130 ml ** 1 x 130 ml	M	375,00 11,6850 11,4480	375,00 11,6850 11,4480	0,00	0,00
A	3674-926 7002-058 7002-058	PKU Cooler 20 geel / jaune (Vitaflo International Limited) 30 x 174 ml * 1 x 174 ml ** 1 x 174 ml	M	500,00 15,5010 15,2640	500,00 15,5010 15,2640	0,00	0,00
A	3050-242 7001-001 7001-001	PKU Express 15 non aromatisé / niet gearomatiseerd (Vitaflo International Limited) 30 x 25 g * pr. 1 x 25 g ** pr. 1 x 25 g	M	343,72 10,7310 10,4940	343,72 10,7310 10,4940	0,00	0,00
A	4578-761 7002-470 7002-470	PKU express plus 15 non aromatisé / niet gearomatiseerd (Vitaflo France) 30 x 25 g * 1 x 25 g ** 1 x 25 g	M	353,72 10,7950 10,5580	353,72 10,7950 10,5580	0,00	0,00
A	3050-259 7001-019 7001-019	PKU Express 15 citron / citroen (Vitaflo International Limited) 30 x 25 g * pr. 1 x 25 g ** pr. 1 x 25 g	M	343,72 10,7310 10,4940	343,72 10,7310 10,4940	0,00	0,00
A	4578-936 7002-488 7002-488	PKU express plus 15 citron / citroen (Vitaflo France) 30 x 25 g * 1 x 25 g ** 1 x 25 g	M	353,72 10,7950 10,5580	353,72 10,7950 10,5580	0,00	0,00
A	3050-267 7001-027 7001-027	PKU Express 15 orange / sinaasappel (Vitaflo International Limited) 30 x 25 g * pr. 1 x 25 g ** pr. 1 x 25 g	M	343,72 10,7310 10,4940	343,72 10,7310 10,4940	0,00	0,00
A	4578-977 7002-496 7002-496	PKU express plus 15 orange / sinaasappel (Vitaflo France) 30 x 25 g * 1 x 25 g ** 1 x 25 g	M	353,72 10,7950 10,5580	353,72 10,7950 10,5580	0,00	0,00

A	3050-275 7001-035 7001-035	PKU Express 15 tropical (Vitaflo International Limited) 30 x 25 g * pr. 1 x 25 g ** pr. 1 x 25 g	M	343,72 10,7310 10,4940	343,72 10,7310 10,4940	0,00	0,00
A	4578-985 7002-504 7002-504	PKU express plus 15 tropical (Vitaflo France) 30 x 25 g * 1 x 25 g ** 1 x 25 g	M	353,72 10,7950 10,5580	353,72 10,7950 10,5580	0,00	0,00
A	3140-712 7001-373 7001-373	PKU Express 20 niet gearomatiseerd / non aromatisé (Vitaflo International Limited) 30 x 34 g * 1 x 34 g ** 1 x 34 g	M	458,29 13,8813 13,6443	458,29 13,8813 13,6443	0,00	0,00
A	4578-969 7002-512 7002-512	PKU express plus 20 non aromatisé / niet gearomatiseerd (Vitaflo France) 30 x 34 g * 1 x 34 g ** 1 x 34 g	M	468,29 14,2987 14,0617	468,29 14,2987 14,0617	0,00	0,00
A	3140-720 7001-384 7001-384	PKU Express 20 citroen / citron (Vitaflo International Limited) 30 x 34 g * 1 x 34 g ** 1 x 34 g	M	458,29 13,8813 13,6443	458,29 13,8813 13,6443	0,00	0,00
A	4578-944 7002-520 7002-520	PKU express plus 20 citron / citroen (Vitaflo France) 30 x 34 g * 1 x 34 g ** 1 x 34 g	M	468,29 14,2987 14,0617	468,29 14,2987 14,0617	0,00	0,00
A	3140-738 7001-399 7001-399	PKU Express 20 tropical (Vitaflo International Limited) 30 x 34 g * 1 x 34 g ** 1 x 34 g	M	458,29 13,8813 13,6443	458,29 13,8813 13,6443	0,00	0,00
A	4578-993 7002-546 7002-546	PKU express plus 20 tropical (Vitaflo France) 30 x 34 g * 1 x 34 g ** 1 x 34 g	M	468,29 14,2987 14,0617	468,29 14,2987 14,0617	0,00	0,00
A	3140-746 7001-407 7001-407	PKU Express 20 sinaasappel / orange (Vitaflo International Limited) 30 x 34 g * 1 x 34 g ** 1 x 34 g	M	458,29 13,8813 13,6443	458,29 13,8813 13,6443	0,00	0,00

A	4578-951 7002-538 7002-538	PKU express plus 20 orange / sinaasappel (Vitaflo France) 30 x 34 g * 1 x 34 g ** 1 x 34 g	M	468,29 14,2987 14,0617	468,29 14,2987 14,0617	0,00	A
A	3006-780 7000-870 7000-870	PKU Gel non aromatisé / niet gearomatiseerd (Vitaflo International Limited) 30 x 24 g * pr. 1 x 24 g ** pr. 1 x 24g	M	242,03 7,3213 7,0843	242,03 7,3213 7,0843	0,00	0,00
A	3006-772 7000-888 7000-888	PKU Gel framboise / framboos (Vitaflo International Limited) 30 x 24 g * pr. 1 x 24 g ** pr. 1 x 24 g	M	242,03 7,3213 7,0843	242,03 7,3213 7,0843	0,00	0,00
A	3006-798 7000-896 7000-896	PKU Gel orange / sinaasappel (Vitaflo International Limited) 30 x 24 g * pr. 1 x 24 g ** pr. 1 x 24 g	M	242,03 7,3213 7,0843	242,03 7,3213 7,0843	0,00	0,00
A	3674-892 7002-009 7002-009	PKU Lophlex poeder / poudre neutre/neutraal (Nutricia) 30 x 28 g * 1 x 28 g ** 1 x 28 g	M	513,00 13,1890 12,9520	513,00 13,1890 12,9520	0,00	0,00
A	3674-868 7002-017 7002-017	PKU Lophlex poeder/poudre bessensmaak / arôme fruits des bois (Nutricia) 30 x 28 g * 1 x 28 g ** 1 x 28 g	M	513,00 13,1890 12,9520	513,00 13,1890 12,9520	0,00	0,00
A	3674-884 7002-025 7002-025	PKU Lophlex poeder/poudre sinaasappelsmaak / arôme orange (Nutricia) 30 x 28 g * 1 x 28 g ** 1 x 28 g	M	513,00 13,1890 12,9520	513,00 13,1890 12,9520	0,00	0,00
A	3201-076 7001-589 7001-589	Milupa PKU Lophlex LQ 10 Juicy citrus / arôme agrumes (Nutricia) 60 x 62,5 ml * 1 x 62,5 ml ** 1 x 62,5 ml	M	564,30 7,2435 7,1250	564,30 7,2435 7,1250	0,00	0,00

A	3050-317 7001-068 7001-068	Milupa PKU Lophlex LQ 10 Juicy fruits des bois / bessen (Nutricia) 60 x 62,5 ml * pr. 1 x 62,5 ml * pr. 1 x 62,5 ml	M	564,30 7,2435 7,1250	564,30 7,2435 7,1250	0,00	0,00
A	3050-283 7001-043 7001-043	Milupa PKU Lophlex LQ 10 Juicy orange / sinaasappel (Nutricia) 60 x 62,5 ml * pr. 1 x 62,5 ml * pr. 1 x 62,5 ml	M	564,30 7,2435 7,1250	564,30 7,2435 7,1250	0,00	0,00
A	3202-173 7001-605 7001-605	PKU Lophlex LQ 10 Juicy tropical (Nutricia) 60 x 62,5 ml * 1 x 62,5 ml * 1 x 62,5 ml	M	564,30 7,2435 7,1250	564,30 7,2435 7,1250	0,00	0,00
A	3201-084 7001-597 7001-597	Milupa PKU Lophlex LQ 20 Juicy citrus / arôme agrumes (Nutricia) 30 x 125 ml * pr. 1 x 125 ml * pr. 1 x 125 ml	M	513,00 13,1890 12,9520	513,00 13,1890 12,9520	0,00	0,00
A	3050-309 7001-076 7001-076	Milupa PKU Lophlex LQ 20 Juicy fruits des bois / bessen (Nutricia) 30 x 125 ml * pr. 1 x 125 ml * pr. 1 x 125 ml	M	513,00 13,1890 12,9520	513,00 13,1890 12,9520	0,00	0,00
A	3050-291 7001-050 7001-050	Milupa PKU Lophlex LQ 20 Juicy orange / sinaasappel (Nutricia) 30 x 125 ml * pr. 1 x 125 ml * pr. 1 x 125 ml	M	513,00 13,1890 12,9520	513,00 13,1890 12,9520	0,00	0,00
A	3202-181 7001-613 7001-613	PKU Lophlex LQ 20 Juicy tropical (Nutricia) 30 x 125 ml * pr. 1 x 125 ml * pr. 1 x 125 ml	M	513,00 13,1890 12,9520	513,00 13,1890 12,9520	0,00	0,00
A	4505-608 7002-389 7002-389	PKU Lophlex Select perziktheesmaak / arôme thé à la pêche (Nutricia) 30 x 125 ml * pr. 1 x 125 ml ** pr. 1 x 125 ml	M	513,00 13,1890 12,9520	513,00 13,1890 12,9520	0,00	0,00
A	4505-616 7002-397 7002-397	PKU Lophlex Select minttheesmaak / arôme thé à la menthe (Nutricia) 30 x 125 ml * pr. 1 x 125 ml ** pr. 1 x 125 ml	M	513,00 13,1890 12,9520	513,00 13,1890 12,9520	0,00	0,00

A	3097-953 7001-217 7001-217	PKU Lophlex Sensation 20 fruits des bois /bessen (Nutricia) 12 x 3 x 109 g * 1 x 109 g ** 1 x 109 g	M	615,60 13,1550 12,9575	615,60 13,1550 12,9575	0,00	0,00
A	4648-796 7002-439 7002-439	PKU Sphere 15 chocolat / chocolade (Vitaflo France) 30 x 27 g * 1 x 27 g ** 1 x 27 g	M	438,08 13,2683 13,0313	438,08 13,2683 13,0313	0,00	0,00
A	3703-774 7002-066 7002-066	PKU Sphere 15 fruits rouges / rode vruchten (Vitaflo International Limited) 30 x 27 g * 1 x 27 g ** 1 x 27 g	M	438,08 13,2683 13,0313	438,08 13,2683 13,0313	0,00	0,00
A	3703-790 7002-074 7002-074	PKU Sphere 15 vanille (Vitaflo International Limited) 30 x 27 g * 1 x 27 g ** 1 x 27 g	M	438,08 13,2683 13,0313	438,08 13,2683 13,0313	0,00	0,00
A	4648-804 7002-447 7002-447	PKU Sphere 20 chocolat/chocolade (Vitaflo France) 30 X 35 g * 1 x 35 g ** 1 x 35 g	M	584,10 17,6973 17,4603	584,10 17,6973 17,4603	0,00	0,00
A	3703-808 7002-082 7002-082	PKU Sphere 20 fruits rouges / rode vruchten (Vitaflo International Limited) 30 x 35 g * 1 x 35 g ** 1 x 35 g	M	584,10 17,6973 17,4603	584,10 17,6973 17,4603	0,00	0,00
A	3703-816 7002-090 7002-090	PKU Sphere 20 vanille (Vitaflo International Limited) 30 x 35 g * 1 x 35 g ** 1 x 35 g	M	584,10 17,6973 17,4603	584,10 17,6973 17,4603	0,00	0,00
A	3960-143 7002-215 7002-215	PKU Start (Vitaflo International Ltd.) 4 X 400 g * 1 x 400 g ** 1 x 400 g	M	258,55 52,8800 51,1025	258,55 52,8800 51,1025	0,00	0,00

A	1402-932	XP-MAXAMUM flavoured Nutricia 500 g.	M	111,17	111,17	0,00	0,00
	0748-608	* pr. 500 g		92,8200	92,8200		
	0748-608	** pr. 500 g		85,7100	85,7100		
A	1402-940	XP-MAXAMUM unflavoured Nutricia 500 g	M	111,17	111,17	0,00	0,00
	0748-616	* pr. 500 g		92,8200	92,8200		
	0748-616	** pr. 500 g		85,7100	85,7100		
B	3154-556	Basecal 200 (Vitaflo International Limited) 30 x 43 g	M	97,01	97,01	8,00	12,10
	7001-852	* 1 x 43 g		2,9223	2,9223		
	7001-852	** 1 x 43 g		2,6853	2,6853		
B	1511-963	Milupa Basic-P (Nutricia) 400 g pulv.or.	M	34,68	34,68	5,20	8,67
	7000-078	* pr. 400 g pulv. or.		32,2500	32,2500		
	7000-078	** pr. 400 g pulv. or.		26,4900	26,4900		

§20000. Préparations à base de vitamines, minéraux et oligo-éléments utilisées en association avec un mélange ne contenant que des acides aminés, pour le traitement de la phénylcétonurie ou d'autres aminoacidopathies

L'alimentation médicale suivante fait l'objet d'un remboursement en catégorie A si elle a été prescrite pour le traitement de la phénylcétonurie ou pour le traitement d'autres aminoacidopathies (methylmalonacidémie, propionacidémie, leucinose, tyrosinémie type I et II, déficience en ornithine transcarbamylase, hyperlysinémie, homocystinurie de type I, troubles du cycle de l'urée et glutaracidurie de type I).

Sur base d'un rapport circonstancié établi par le médecin traitant démontrant que les conditions visées ci-dessus sont remplies, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C11) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum à la demande motivée du médecin traitant, qui tient les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouvait dans la situation attestée à disposition du médecin-conseil.

a) Pour les enfants de 3 à 10 ans :

Critérium Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegemeentk. Base de rembours.	I	II
A	2990-604	FruitiVits (Vitaflo International Limited) 30 x 6 g	M	105,55	105,55	0,00	0,00
	7001-225	* 1 x 6 g		3,1813	3,1813		
	7001-225	** 1 x 6 g		2,9443	2,9443		

b) Pour les enfants à partir de 11 ans et les adultes :

Critérium Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegemeentk. Base de rembours.	I	II
A	2048-742	PHLEXY-VITS (Nutricia) 60 compr.	M	49,03	49,03	0,00	0,00
	7000-037	* pr. 1 compr.		0,7527	0,7527		
	7000-037	** pr. 1 compr.		0,6342	0,6342		
A	4521-902	Phlexy-Vits (Nutricia) 60 compr.	M	49,03	49,03	0,00	0,00
	7002-421	* pr. 1 compr.		0,7527	0,7527		
	7002-421	** pr. 1 compr.		0,6342	0,6342		

§20000. Preparaten op basis van vitaminen, mineralen en oligo-elementen gebruikt in associatie met een mengsel dat enkel aminozuren bevat voor de behandeling van fenyktonurie of andere aminoacidopathieën

De volgende medische voeding wordt vergoed in categorie A indien ze is voorgeschreven voor patiënten met fenyktonurie of in geval van andere aminoacidopathieën (methylmalonacidemie, propionacidemie, leucinose, tyrosinemie type I et II, ornithinetranscarbamylasedeficientie, hyperlysinemie, homocystinurie de type I, ureumcyclusstoornissen en glutaraacidurie type I).

Op basis van een omstandig verslag van de behandelende arts waarin aangetoond wordt dat aan voornoemde voorwaarden wordt voldaan, reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C11) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging voor vergoeding mag worden verlengd voor nieuwe perioden van maximum 12 maanden op gemotiveerd verzoek van de behandelende arts. Hij houdt de bewijselementen ter beschikking van de adviserend geneesheer die bevestigen dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevond.

a) Voor kinderen van 3 tot en met 10 jaar :

b) Voor kinderen vanaf 11 jaar en volwassenen :

§30000. Formules à base d'acides aminés

L'alimentation médicale suivante fait l'objet d'un remboursement en catégorie B si elle a été prescrite dans une des indications suivantes:

a) dans le cas d'une affection sévère suite à un intestin grêle court (avec diminution progressive de la nutrition parentérale totale (TPN) afin d'installer une nutrition entérale et/ou une utilisation orale du produit repris ci-dessous) dont le diagnostic a été posé par un médecin spécialiste en pédiatrie ou en gastro-entérologie ayant une expérience spécifique dans ce domaine.

Sur base d'un rapport circonstancié rédigé par le médecin spécialiste ayant posé le diagnostic et attestant que les conditions visées ci-dessus sont remplies, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C11) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 6 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 6 mois maximum sur demande du médecin spécialiste ayant instauré le traitement ou du médecin traitant tant que le patient est en cours de sevrage de la nutrition parentérale.

Après sevrage de la nutrition parentérale, au cas où le patient devrait continuer l'utilisation par voie orale du produit repris ci-dessous, la prolongation est fonction d'une motivation du médecin-spécialiste ayant instauré le traitement ou du médecin traitant. L'autorisation est prolongée pour de nouvelles périodes de 6 mois maximum.

b) entéropathie objectivée consécutive à une allergie, une dysplasie épithéliale ou une atrophie villositaire chez un patient en nutrition parentérale (avec diminution progressive de la nutrition parentérale totale (TPN) afin d'installer une nutrition entérale et/ou une utilisation orale du produit repris ci-dessous) dont le diagnostic a été posé par un médecin spécialiste en pédiatrie ou en gastro-entérologie ayant une expérience spécifique dans ce domaine.

Sur base d'un rapport circonstancié rédigé par le médecin spécialiste ayant posé le diagnostic et attestant que les conditions visées ci-dessus sont remplies, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C11) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 6 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 6 mois maximum sur demande du médecin spécialiste ayant instauré le traitement ou du

30000. Aminozuurvoeding

Voor de medische voeding die hieronder vermeld wordt, wordt een tegemoetkoming verleend in categorie B indien ze voorgeschreven werd in één van de volgende indicaties:

a) bij een patiënt met een ernstige aandoening als gevolg van een short bowel syndroom, waarbij er een geleidelijke afbouw is van de totale parenterale nutritie (TPN) met de bedoeling over te gaan naar een enterale voeding via sonde en/of het oraal gebruik van het product dat verder vermeld wordt. De diagnose wordt gesteld door een arts-specialist voor kindergeneeskunde of voor gastro-enterologie met een specifieke ervaring op dit domein.

De adviserend-arts verleent een machtiging aan de rechthebbende op basis van een omstandig verslag dat opgesteld werd door de arts-specialist die de diagnose stelde, waarin bevestigd wordt dat voldaan is aan de vermelde voorwaarden. De machtiging wordt verleend voor een duur van maximaal 6 maanden, aan de hand van een formulier waarvan het model is opgenomen onder C11) van deel III van de lijst.

Zolang de patiënt in afbouwfase is van de parenterale voeding, kan de machtiging verlengd worden, telkens met periodes van maximaal 6 maanden. De adviserend-arts verleent hiervoor zijn machtiging op vraag van de arts-specialist die de behandeling ingesteld heeft of de behandelende arts.

Na afbouw van de parenterale voeding, waarbij de patiënt via orale weg gebruik zou moeten blijven maken van het product dat verder vermeld wordt, is de verlenging afhankelijk van een motivatie door de arts-specialist die de behandeling heeft ingesteld of de behandelende arts. De machtiging wordt telkens verleend voor een duur van maximaal 6 maanden.

b) bij een patiënt met een geobjectiveerde enteropathie als gevolg van een allergie, een epitheliale dysplasie of een villus atrofie, waarbij er een geleidelijke afbouw is van de totale parenterale nutritie (TPN) met de bedoeling over te gaan naar een enterale voeding via sonde en/of het oraal gebruik van het product dat verder vermeld wordt. De diagnose wordt gesteld door een arts-specialist voor kindergeneeskunde of voor gastro-enterologie met een specifieke ervaring op dit domein.

De adviserend-arts verleent een machtiging aan de rechthebbende op basis van een omstandig verslag dat opgesteld werd door de arts-specialist die de diagnose stelde, waarin bevestigd wordt dat voldaan is aan de vermelde voorwaarden. De machtiging wordt verleend voor een duur van maximaal 6 maanden, aan de hand van een formulier waarvan het model is bepaald onder C11) van deel III van de lijst.

Zolang de patiënt is in afbouwfase is van de parenterale voeding kan de machtiging verlengd worden, telkens met periodes van maximaal 6 maanden en dit zonder "food

médecin traitant tant que le patient est en cours de sevrage de la nutrition parentérale sans « food challenge » (test de provocation).

Par contre, après sevrage de la nutrition parentérale, le « food challenge » (test de provocation) sera réalisé après 6 mois maximum après l'arrêt de la nutrition parentérale, avec un hydrolysate extensif de protéines.

c) (1) Dans les cas d'allergie aux protéines du lait de vache avec des manifestations allergiques légères à modérées (un ou plusieurs symptômes suivants) :

- manifestations gastro-intestinales : régurgitations fréquentes, vomissements, diarrhées, constipation (avec ou sans érythème périanal), sang dans les selles, carence martiale
- manifestations cutanées : dermatite atopique, angio-œdème, urticaire non relié à une infection ou à une prise médicamenteuse ou autre
- manifestations respiratoires : rhinite, toux chronique, sibilances (non reliées à une infection)
- manifestations générales : inconfort persistant, irritabilité ou coliques (> 3 heures par jour) au moins 3 jours/semaine pendant une période de > 3 semaines.

c) (2) Dans les cas d'allergie aux protéines de lait de vache avec des manifestations allergiques sévères (un ou plusieurs symptômes suivants) :

- manifestations gastro-intestinales : retard de croissance du à des diarrhées chroniques, et/ou régurgitations / vomissements et/ou refus alimentaire, anémie par carence martiale due à une perte occulte ou macroscopique de sang dans les selles ; entéropathie exsudative avec hypo-albuminémie ; endoscopie / histologie confirmant l'entéropathie ou la colite ulcéraire sévère
- manifestations cutanées : dermatite atopique sévère ou exsudative avec hypo-albuminémie voire anémie par carence martiale ou retard de croissance
- manifestations respiratoires : œdème laryngé aigu ou bronchospasme avec difficultés respiratoires secondaires
- manifestations systémiques : choc anaphylactique

Sur base d'un rapport circonstancié rédigé par le médecin spécialiste en pédiatrie ayant posé le diagnostic et attestant que les conditions visées ci-dessus sont remplies, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C11) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 6 mois maximum.

Dans ces cas précités c) (1), le remboursement peut être accordé s'il y a échec (amélioration insuffisante des symptômes) après 4 semaines d'un hydrolysate extensif de

challenge" (provocatietest). De adviserend-arts verleent hiervoor zijn machtiging op vraag van de arts-specialist die de behandeling ingesteld heeft of de behandelend-arts.

Anderzijds, voor verlengingen na afbouw van de parenterale voeding vanaf het moment dat de parenterale voeding gestaakt werd, dient er binnen de daarop volgende 6 maanden een "food challenge" (provocatietest) te gebeuren met een extensief eiwithydrolysaat.

c) (1) Bij een patiënt met een koemelkeiwit allergie met milde tot matig ernstige symptomen (één of meerdere van volgende symptomen):

- gastro-intestinale symptomen: frequente regurgitaties, braken, diarree, constipatie (zonder of met perianaal erytheem), bloed in de ontlasting, ijzergebrek
- huid symptomen: atopische dermatitis, angio-oedeem, urticaria die niet gelinkt kan worden aan een infectie, geneesmiddeleninname of een andere oorzaak
- respiratoire symptomen: rhinitis, chronische hoest, wheezing (niet gelinkt aan een infectie)
- algemene symptomen: persisterende ongemakken, irritabiliteit of kolieken (> 3 uur per dag) gedurende meer dan 3 dagen per week en gedurende een periode > 3 weken.

c) (2) Bij een patiënt met een koemelkeiwit allergie met ernstige symptomen (één of meerdere van de volgende symptomen):

- gastro-intestinale symptomen: : vertraagde groei als gevolg van chronische diarree en/of regurgitaties / braken en/of weigering te eten, ferriprive anemie als gevolg van een occult of macroscopisch rectaal bloedverlies; exsudatieve enteropathie met hypoalbuminemie; endoscopie / histologie bevestigt de enteropathie of ernstige ulceratieve colitis
- huidsymptomen: : ernstige atopische of exsudatieve dermatitis met hypo-albuminemie of ferriprive anemie of groeivertraging
- luchtwegsymptomen: acuut larynx oedeem of bronchospasme met secundaire ademhalingsmoeilijkheden
- veralgemeende symptomen: : anafylactische shock

De adviserend-arts verleent een machtiging aan de rechthebbende op basis van een omstandig verslag dat opgesteld werd door de arts-specialist voor kindergeneeskunde die de diagnose stelde, waarin bevestigd wordt dat voldaan is aan de vermelde voorwaarden. Hij doet dit met een formulier waarvan het model is bepaald onder C11) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur beperkt is tot maximum 6 maanden.

In de onder c) (1) vermelde gevallen, kan de tegemoetkoming worden verleend na falen (onvoldoende vermindering van de symptomen) van een extensief

protéines. Le remboursement sera accordé pour une durée maximale de 6 mois.

Dans ces cas précités c) (2), le remboursement peut être accordé d'emblée pour une durée de 8 semaines au terme de laquelle un « food challenge » (test de provocation) avec un hydrolysats extensif sera tenté (sauf dans le cas d'antécédents de choc anaphylactique).

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 6 mois maximum sur demande du médecin spécialiste ayant instauré le traitement ou du médecin traitant.

Cette demande sera précédée d'un « food challenge » (test de provocation). Le « food challenge » (test de provocation) ne sera pas réalisé chez les enfants allergiques qui ont présenté une réaction anaphylactique qui a pu mettre leur vie en danger ou chez ceux qui sont encore sous nutrition parentérale.

Réalisation du « food challenge » (test de provocation):
Le « food challenge » (test de provocation) est réalisé avec des hydrolysats extensifs via une procédure standardisée pour laquelle il existe des critères internationaux.

Dans les cas d'allergie aux protéines de lait de vache avec des manifestations allergiques légères à modérées c) (1) si, compte tenu des résultats d'éventuels tests d'allergie et de la situation clinique du patient, le médecin estime que la procédure ne constitue pas un risque pour le patient, le « food challenge » (test de provocation) se fera dans un hôpital disposant d'un service de pédiatrie (E) et sera réalisé avec des formules pour nourrissons à base de protéines de lait de vache.

Dans les cas d'allergie aux protéines de lait de vache avec des manifestations allergiques sévères c) (2) ou dans les cas d'allergie aux protéines de lait de vache avec des manifestations allergiques légères à modérées c) (1) si, compte tenu des résultats d'éventuels tests d'allergie et de la situation clinique du patient, le médecin estime que la procédure constitue un risque pour le patient, le « food challenge » (test de provocation) sera réalisé avec un hydrolysats extensif de protéines dans un service pédiatrique agréé (E) d' hôpital.

eiwithydrolysaat gedurende een periode van 4 weken. De tegemoetkoming wordt verleend voor een duur van maximaal 6 maanden.

In de onder c) (2) vermelde gevallen, kan onmiddellijk tegemoetkoming worden verleend voor een periode van 8 weken, waarna een "food challenge" (provocatie test) dient uitgevoerd te worden met een extensief hydrolysaat, behalve in geval van anafylactisch shock.

De machtiging voor tegemoetkoming kan telkens voor een periode van maximaal 6 maanden verlengd worden op vraag van de specialist-arts die de behandeling heeft opgestart of door de behandelende arts.

Deze aanvraag tot verlenging zal steeds vooraf gegaan worden door een "food challenge" (provocatie test). De "food challenge" (provocatie test) dient niet uitgevoerd te worden bij kinderen die een anafylactische reactie vertoont hebben die levensbedreigend van karakter was of bij de kinderen die nog parenteraal gevoed worden.

Uitvoering van de "food challenge" (provocatie test):
De "food challenge" (provocatie test) wordt uitgevoerd met een extensief hydrolysaat via een gestandaardiseerde procedure die volgens internationaal vastgelegde criteria verloopt.

In geval het om een koemelkeiwit allergie gaat met milde tot matig ernstige symptomen (c (1), waarbij de arts in functie van de resultaten van eventueel uitgevoerde allergietesten en de klinische toestand van de patiënt oordeelt dat de test geen risico voor de patiënt inhoudt, gebeurt de "food challenge" (provocatie test) met een zuigelingenvoeding op basis van koemelkeiwitten in een ziekenhuis dat beschikt over een erkende dienst pediatrie (E).

In geval het om een koemelkeiwit allergie gaat met ernstige symptomen c) (2) of een koemelkeiwit allergie met milde tot matig ernstige symptomen c) (1), waarbij de arts in functie van de resultaten van eventueel uitgevoerde allergietesten en de klinische toestand van de patiënt oordeelt dat de "food challenge" (provocatie test) een potentieel risico inhoudt voor de patiënt, dient de challenge met een extensief eiwithydrolysaat uitgevoerd te worden, in een erkende ziekenhuisdienst pediatrie (E).

Critérium Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegemoetk. Base de rembours.	I	II
B		Alfamino (Nestlé Health Science Belgique)					
	3955-622	400 g	M	42,30	42,30	6,34	10,57
	7002-223	* 400 g		39,0900	39,0900		
	7002-223	** 400 g		32,1100	32,1100		

B	1437-615 7000-128 7000-128	Neocate LCP (Nutricia) 400 g pulv.or. * pr. 400 g pulv. or. ** pr. 400 g pulv. or.	M	44,50 42,0300 34,9200	44,50 42,0300 34,9200	6,67	11,12
B	3674-876 7001-993 7001-993	Neocate Junior arôme neutre / neutrale smaak (Nutricia) 400 g * 1 x 400 g ** 1 x 400 g	M	51,63 44,2800 37,1700	51,63 44,2800 37,1700	7,74	12,10
B	3703-824 7002-108 7002-108	Neocate Junior arôme fraise / aardbeiensmaak (Nutricia) 400 g * 1 x 400 g ** 1 x 400 g	M	51,63 44,2800 37,1700	51,63 44,2800 37,1700	7,74	12,10
B	3703-832 7002-116 7002-116	Neocate Junior arôme vanille / vanillesmaak (Nutricia) 400 g * 1 x 400 g ** 1 x 400 g	M	51,63 44,2800 37,1700	51,63 44,2800 37,1700	7,74	12,10
B	4616-215 7002-314 7002-314	Neocate Syneo (Nutricia) 1 X 400g * 1 x 400g ** 1 x 400g	M	45,50 41,48 34,37	45,50 41,48 34,37	6,82	11,37
B	3304-441 7001-928 7001-928	NOVALAC Aminova (Menarini Benelux) 400 g * 1 x 400 g ** 1 x 400 g	M	42,30 41,15 34,04	42,30 41,15 34,04	6,34	10,57
B	4336-111 7002-405 7002-405	NOVALAC Aminova (Menarini Benelux) 400 g * 1 x 400 g ** 1 x 400 g	M	42,30 41,15 34,04	42,30 41,15 34,04	6,34	10,57
B	3183-316 7001-761 7001-761	Nutramigen PurAmino (Mead Johnson Nutrition Belgique) 400 g * 400 g ** 400g	M	42,30 41,1500 34,0400	42,30 41,1500 34,0400	6,34	10,57
B	3960-150 7002-231 7002-231	Nutramigen PurAmino Junior (Mead Johnson Nutrition Belgique) 400 g * 400 g ** 400 g	M	42,30 41,1500 34,0400	42,30 41,1500 34,0400	6,34	10,57

§40000. Préparations pour le traitement d'une malabsorption en glucose-galactose

L'alimentation médicale suivante fait l'objet d'un remboursement en catégorie B si elle a été prescrite pour les besoins nutritionnels des nourrissons et des enfants dans le cas d'une malabsorption en glucose-galactose.

Sur base d'un rapport circonstancié établi par le médecin traitant démontrant que les conditions visées ci-dessus sont remplies, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C11) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être renouvelée pour de nouvelles périodes de 60 mois maximum sur base d'une nouvelle demande du médecin traitant, qui tient les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouvait dans la situation attestée à disposition du médecin-conseil.

§40000. Preparaten voor de behandeling van glucose-galactose malabsorptie

De volgende medische voeding is vergoedbaar in categorie B indien zij wordt voorgeschreven voor de voedingsbehoeften van zuigelingen en kinderen bij glucose-galactose malabsorptie.

Op basis van een omstandig verslag van de behandelende arts waarin aangetoond wordt dat aan voornoemde voorwaarden wordt voldaan, kent de adviserend-arts aan de rechthebbende een machtiging toe waarvan het model is opgenomen in C11) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur beperkt is tot maximum 12 maanden .

De toelating van de vergoedbaarheid kan voor maximum 60 maanden vernieuwd worden op basis van een nieuwe aanvraag van de behandelende arts. Hij houdt de bewijselementen ter beschikking van de adviserend-arts die bevestigen dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevond.

Critérium Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegemeetk. Base de rembours.	I	II
B	1789-478	Milupa Basic-Ch (Nutricia) 300 g pulv.or.	M	37,45	37,45	5,62	9,36
	7000-045	* pr. 300 g pulv. or.		34,8300	34,8300		
	7000-045	** pr. 300 g pulv. or.		28,6100	28,6100		

§50000. Préparations pour le traitement des troubles du métabolisme du calcium

L'alimentation médicale suivante fait l'objet d'un remboursement en catégorie B si elle a été prescrite pour les besoins nutritionnels des nourrissons et des enfants en cas d'hypercalcémie, d'hypercalciurie ou d'ostéopétrose.

Sur base d'un rapport circonstancié établi par le médecin traitant démontrant que les conditions visées ci-dessus sont remplies, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C11) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être renouvelée pour de nouvelles périodes de 60 mois maximum sur base d'une nouvelle demande du médecin traitant, qui tient les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouvait dans la situation attestée à disposition du médecin-conseil.

§50000. Preparaten voor de behandeling van stoornissen in de calciumstofwisseling

De volgende medische voeding is vergoedbaar in categorie B indien zij wordt voorgeschreven voor de voedingsbehoeften van zuigelingen en kinderen die lijden aan hypercalcemie, hypercalciurie of osteopetrose.

Op basis van een omstandig verslag van de behandelende arts waarin aangetoond wordt dat aan voornoemde voorwaarden wordt voldaan, kent de adviserend-arts aan de rechthebbende een machtiging toe waarvan het model is opgenomen in C11) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur beperkt is tot maximum 12 maanden.

De toelating van de vergoedbaarheid kan voor maximum 60 maanden vernieuwd worden op basis van een nieuwe aanvraag van de behandelende arts. Hij houdt de bewijselementen ter beschikking van de adviserend-arts die bevestigen dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevond.

Critérium Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegemeetk. Base de rembours.	I	II
B	1511-955	Milupa Basic-CaD (Nutricia) 400 g pulv.or.	M	27,68	27,68	4,15	6,92
	7000-052	* pr. 400 g pulv. or.		25,7500	25,7500		
	7000-052	** pr. 400 g pulv. or.		21,1500	21,1500		

§60000. Préparations pour le traitement des troubles du métabolisme des lipides ou du chylothorax

L'alimentation médicale suivante fait l'objet d'un remboursement en catégorie B si elle a été prescrite pour les besoins nutritionnels des nourrissons et des enfants en cas de chylothorax ou de dysfonctionnements de la β -oxydation.

Sur base d'un rapport circonstancié établi par le médecin traitant démontrant que les conditions visées ci-dessus sont remplies, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C11) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être renouvelée pour de nouvelles périodes de 60 mois maximum sur base d'une nouvelle demande du médecin traitant, qui tient les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouvait dans la situation attestée à disposition du médecin-conseil.

§60000. Preparaten voor de behandeling van stoornissen in de vetstofwisseling of chylothorax

De volgende medische voeding is vergoedbaar in categorie B indien zij wordt voorgeschreven voor de voedingsbehoeften van zuigelingen en kinderen in het kader van chylothorax of bij een disfunctie in de β -oxidatie.

Op basis van een omstandig verslag van de behandelende arts waarin aangetoond wordt dat aan voornoemde voorwaarden wordt voldaan, kent de adviserend-arts aan de rechthebbende een machtiging toe waarvan het model is opgenomen in C11) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur beperkt is tot maximum 12 maanden .

De toelating van de vergoedbaarheid kan voor maximum 60 maanden vernieuwd worden op basis van een nieuwe aanvraag van de behandelende arts. Hij houdt de bewijselementen ter beschikking van de adviserend-arts die bevestigen dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevond.

Critérium Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegemoeftk. Base de rembours.	I	II
B	1723-121	Milupa Basic-f (Nutricia) 600 g (2 x 300 g).	M	25,95	25,95	3,89	6,49
	7000-060	* pr. 600 g (2 x 300 g)		24,1300	24,1300		
	7000-060	** pr. 600 g (2 x 300 g)		19,8200	19,8200		

§70000. Préparations sans protéines

L'alimentation médicale suivante fait l'objet d'un remboursement en catégorie B si elle a été prescrite en cas d'acidurie glutarique de type I, d'acidémie méthylmalonique, d'acidémie propionique ou de troubles du cycle de l'urée.

Sur base d'un rapport circonstancié établi par le médecin traitant démontrant que les conditions visées ci-dessus sont remplies, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C11) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être renouvelée pour de nouvelles périodes de 60 mois maximum sur base d'une nouvelle demande du médecin traitant, qui tient les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouvait dans la situation attestée à disposition du médecin-conseil.

§70000. Eiwitvrije preparaten

De volgende medische voeding is vergoedbaar in categorie B indien zij wordt voorgeschreven in het geval van type I glutaaracidurie, methylmalonacidemie, propionacidemie of ureumcyclusstoornissen.

Op basis van een omstandig verslag van de behandelende arts waarin aangetoond wordt dat aan voornoemde voorwaarden wordt voldaan, kent de adviserend-arts aan de rechthebbende een machtiging toe waarvan het model is opgenomen in C11) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur beperkt is tot maximum 12 maanden.

De toelating van de vergoedbaarheid kan voor maximum 60 maanden vernieuwd worden op basis van een nieuwe aanvraag van de behandelende arts. Hij houdt de bewijselementen ter beschikking van de adviserend-arts die bevestigen dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevond.

Criterion Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegemeetk. Base de rembours.	I	II
B	3154-556	Basecal 200 (Vitaflo International Limited) 30 x 43 g	M	97,01	97,01	8,00	12,10
	7001-852	* 1 x 43 g		2,9223	2,9223		
	7001-852	** 1 x 43 g		2,6853	2,6853		
B	1511-963	Milupa Basic-p (Nutricia) 400 g	M	34,68	34,68	5,20	8,67
	7000-078	* pr. 400		32,2500	32,2500		
	7000-078	** pr. 400.		26,4900	26,4900		

§80000. Préparations destinées au traitement de la glutaracidurie de type I

Le paragraphe 80000 a été remplacé par le paragraphe 80100. A titre transitoire, les autorisations de ce paragraphe, qui ont été délivrées avant l'entrée en vigueur de la présente réglementation, peuvent conserver leur validité conformément aux dispositions énoncées dans ces autorisations, c'est-à-dire jusqu'au maximum le 30 septembre 2024 dans le cas où il s'agissait d'une première demande de remboursement, ou à vie dans le cas où il s'agissait d'une prolongation.

§80100. Préparations destinées au traitement de la glutaracidurie de type I

L'alimentation médicale suivante fait l'objet d'un remboursement en catégorie A si elle a été prescrite pour le traitement de la glutaracidurie de type I.

Sur base d'un rapport circonstancié établi par le médecin traitant démontrant que les conditions visées ci-dessus sont remplies, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C11) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour une durée illimitée à la demande motivée du médecin traitant, qui tient les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouvait dans la situation attestée à disposition du médecin-conseil, et qui s'engage à ne pas poursuivre le traitement si cela ne s'avère plus nécessaire.

Mesure transitoire: Pour le bénéficiaire qui, avant l'entrée en vigueur de la présente réglementation, a déjà été traité avec le produit mentionné dans le présent paragraphe et bénéficiait d'un remboursement pour ce produit selon les conditions mentionnées dans le paragraphe 80000 avant le changement de réglementation, et qui remplissait les conditions de ce paragraphe avant le début du traitement, l'autorisation de remboursement peut également être accordée pour une durée illimitée à la demande motivée du médecin traitant, qui tient les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouvait dans la situation attestée à disposition du médecin-conseil, et qui s'engage à ne pas poursuivre le traitement si cela ne s'avère plus nécessaire.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C21) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est illimitée.

§80200. Préparations destinées au traitement de l'épilepsie pyridoxino-dépendante

L'alimentation médicale suivante fait l'objet d'un remboursement en catégorie A si elle a été prescrite pour le traitement de l'épilepsie pyridoxino-dépendante.

§80000. Preparaten voor de behandeling van glutaaracidurie type I

Deze paragraaf 80000 werd vervangen door paragraaf 80100. Ten titel van overgangsmaatregel kunnen machtigingen voor deze paragraaf, die afgeleverd zijn vóór het in werking treden van dit besluit, hun geldigheid bewaren volgens de bepalingen vermeld op deze machtigingen, namelijk maximaal tot en met 30 september 2024 indien het een eerste aanvraag tot vergoeding betrof, of levenslang indien het een verlenging betrof.

§80100. Preparaten voor de behandeling van glutaaracidurie type I

De volgende medische voeding wordt vergoed in categorie A indien ze is voorgeschreven voor de behandeling van glutaaracidurie type I.

Op basis van een omstandig verslag van de behandelende arts waarin aangetoond wordt dat aan voornoemde voorwaarden wordt voldaan, reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C11) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging tot vergoeding mag worden verlengd voor onbeperkte duur op gemotiveerd verzoek van de behandelende arts. Hij houdt de bewijselementen ter beschikking van de adviserend-arts die bevestigen dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevond en hij verbindt zich er toe de behandeling niet verder te zetten als deze niet meer noodzakelijk is.

Overgangsmaatregel: voor een rechthebbende die, vóór de inwerkingtreding van dit besluit, reeds werd behandeld met het product dat in deze paragraaf wordt vermeld en die werd vergoed overeenkomstig de voorwaarden voor dit product vermeld in paragraaf 80000 vóór de wijziging van de regelgeving en die vóór aanvang van de behandeling aan de voorwaarden van deze paragraaf voldeed, kan de machtiging tot vergoeding eveneens worden toegekend voor onbeperkte duur op gemotiveerd verzoek van de behandelende arts. Hij houdt de bewijselementen ter beschikking van de adviserend-arts die bevestigen dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevond en hij verbindt zich er toe de behandeling niet verder te zetten als deze niet meer noodzakelijk is.

Met het oog hierop reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C21) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur onbeperkt is.

§80200. Preparaten voor de behandeling van pyridoxine dependente epilepsie

De volgende medische voeding wordt vergoed in categorie A indien ze is voorgeschreven voor de behandeling van pyridoxine dependente epilepsie.

Sur base d'un rapport circonstancié établi par le médecin traitant démontrant que les conditions visées ci-dessus sont remplies, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C11) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum à la demande motivée du médecin traitant, qui tient les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouvait dans la situation attestée à disposition du médecin-conseil et qui s'engage à ne pas poursuivre le traitement si cela ne s'avère plus nécessaire.

Op basis van een omstandig verslag van de behandelende arts waarin aangetoond wordt dat aan voornoemde voorwaarden wordt voldaan, reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C11) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging voor vergoeding kan voor nieuwe perioden van maximum 12 maanden worden verlengd op gemotiveerd verzoek van de behandelende arts. Hij houdt de bewijselementen ter beschikking van de adviserend-arts die bevestigen dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevond en hij verbindt zich er toe de behandeling niet verder te zetten als deze niet meer noodzakelijk is.

Critérium Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegemeentk. Base de rembours.	I	II
A	1653-229	Milupa GA 1 (Nutricia) 500 g pulv.or.	M	134,47	134,47	0,00	0,00
	0767-905	* pr. 500 g pulv. or.		109,8400	109,8400		
	0767-905	** pr. 500 g pulv. or.		102,7300	102,7300		
A	3097-961	Milupa GA 2 Prima (Nutricia) 500 g	M	255,00	255,00	0,00	0,00
	7001-233	* 1 x 500 g		200,30	200,30		
	7001-233	** 1 x 500 g		193,19	193,19		
A	3154-572	GA Amino 5 (Vitaflo International Limited) 30 x 6 g	M	113,32	113,32	0,00	0,00
	7001-779	* 1 x 6 g		3,4170	3,4170		
	7001-779	** 1 x 6 g		3,1800	3,1800		
A	3006-749	GA Gel (Vitaflo International Limited) 30 x 24 g	M	299,57	299,57	0,00	0,00
	7000-912	* pr. 1 x 24 g		9,0667	9,0667		
	7000-912	** pr. 1 x 24 g		8,8297	8,8297		

§90000. Préparations destinées au traitement de l'homocystinurie

L'alimentation médicale suivante fait l'objet d'un remboursement en catégorie A si elle a été prescrite pour le traitement de l'homocystinurie.

Sur base d'un rapport circonstancié établi par le médecin traitant démontrant que les conditions visées ci-dessus sont remplies, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C11) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour une durée illimitée à la demande motivée du médecin traitant, qui tient les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouvait dans la situation attestée à disposition du médecin-conseil, et qui s'engage à ne pas poursuivre le traitement si cela ne s'avère plus nécessaire.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C21) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est illimitée.

§90000. Preparaten voor de behandeling van homocystinurie

De volgende medische voeding wordt vergoed in categorie A indien ze is voorgeschreven voor de behandeling van homocystinurie

Op basis van een omstandig verslag van de behandelende arts waarin aangetoond wordt dat aan voornoemde voorwaarden wordt voldaan, reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C11) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging tot vergoeding mag worden verlengd voor onbeperkte duur op gemotiveerd verzoek van de behandelende arts. Hij houdt de bewijselementen ter beschikking van de adviserend-arts die bevestigen dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevond en hij verbindt zich er toe de behandeling niet verder te zetten als deze niet meer noodzakelijk is.

Met het oog hierop reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C21) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur is onbeperkt.

Critérium Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegemeentk. Base de rembours.	I	II
A	2800-522	HCU Anamix Infant (Nutricia) 400 g	M	62,88	62,88	0,00	0,00
	7000-847	* pr. 400 g		54,7500	54,7500		
	7000-847	** pr. 400 g		47,6400	47,6400		
A	3114-386	HCU Cooler 10 rood / rouge (Vitaflo International Limited) 30 x 87 ml	M	322,40	322,40	0,00	0,00
	7001-308	* 1 x 87 ml		9,7593	9,7593		
	7001-308	** 1 x 87 ml		9,5223	9,5223		
A	2795-813	HCU Cooler 15 orange/oranje (Vitaflo International Limited) 30 x 130 ml	M	483,60	483,60	0,00	0,00
	7000-771	* pr. 1 x 130 ml		15,2890	15,2890		
	7000-771	** pr. 1 x 130 ml		15,0520	15,0520		
A	3006-673	HCU Cooler 15 rouge/rood (Vitaflo International Limited) 30 x 130 ml	M	483,60	483,60	0,00	0,00
	7000-920	* pr. 1 x 130 ml		15,2890	15,2890		
	7000-920	** pr. 1 x 130 ml		15,0520	15,0520		

A	3114-394 7001-316 7001-316	HCU Cooler 20 rood / rouge (Vitaflor International Limited) 30 x 174 ml * 1 x 174 ml ** 1 x 174 ml	M	644,80 19,5387 19,3017	644,80 19,5387 19,3017	0,00	0,00
A	3050-325 7001-084 7001-084	HCU Express 15 non aromatisé / niet gearomatiseerd (Vitaflor International Limited) 30 x 25 g * pr. 1 x 25 g ** pr. 1 x 25 g	M	429,21 13,5930 13,3560	429,21 13,5930 13,3560	0,00	0,00
A	4579-041 7002-553 7002-553	HCU express plus 15 non aromatisé / niet gearomatiseerd (Vitaflor France) 30 x 25 g * pr. 1 x 25 g ** pr. 1 x 25 g	M	439,21 13,4093 13,1723	439,21 13,4093 13,1723	0,00	0,00
A	3140-753 7001-415 7001-415	HCU Express 20 non aromatisé / niet gearomatiseerd (Vitaflor International Limited) 30 x 34 g * pr. 1 x 34 g ** pr. 1 x 34 g	M	572,28 17,3390 17,1020	572,28 17,3390 17,1020	0,00	0,00
A	4579-058 7002-561 7002-561	HCU express plus 20 non aromatisé / niet gearomatiseerd (Vitaflor France) 30 x 34 g * 1 x 34 g ** 1 x 34 g	M	582,28 17,7843 17,5473	582,28 17,7843 17,5473	0,00	0,00
A	3006-756 7000-938 7000-938	HCU Gel (Vitaflor International Limited) 30 x 24 g * pr. 1 x 24 g ** pr. 1 x 24 g	M	299,57 9,0667 8,8297	299,57 9,0667 8,8297	0,00	0,00
A	3050-333 7001-092 7001-092	HCU Lophlex LQ 20 Juicy arôme fruits des bois / bessensmaak (Nutricia) 30 x 125 ml * pr. 1 x 125 ml ** pr. 1 x 125 ml	M	643,80 16,4947 16,2577	643,80 16,4947 16,2577	0,00	0,00
A	2875-300 7001-241 7001-241	Milupa HOM 2 Prima (Nutricia) 500 g * 1 x 500 g ** 1 x 500 g	M	255,00 200,30 193,19	255,00 200,30 193,19	0,00	0,00;

§100000. Préparations destinées au traitement de l'hyperlysinémie

L'alimentation médicale suivante fait l'objet d'un remboursement en catégorie A si elle a été prescrite pour le traitement de l'hyperlysinémie.

Sur base d'un rapport circonstancié établi par le médecin traitant démontrant que les conditions visées ci-dessus sont remplies, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C11) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour une durée illimitée à la demande motivée du médecin traitant, qui tient les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouvait dans la situation attestée à disposition du médecin-conseil, et qui s'engage à ne pas poursuivre le traitement si cela ne s'avère plus nécessaire.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C21) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est illimitée.

§100000. Preparaten voor de behandeling van hyperlysinemie

De volgende medische voeding wordt vergoed in categorie A indien ze is voorgeschreven voor de behandeling van hyperlysinemie.

Op basis van een omstandig verslag van de behandelende arts waarin aangetoond wordt dat aan voornoemde voorwaarden wordt voldaan, reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C11) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging tot vergoeding mag worden verlengd voor onbeperkte duur op gemotiveerd verzoek van de behandelende arts. Hij houdt de bewijselementen ter beschikking van de adviserend-arts die bevestigen dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevond en hij verbindt zich er toe de behandeling niet verder te zetten als deze niet meer noodzakelijk is.

Met het oog hierop reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C21) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur is onbeperkt.

Criterion Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegemeentk. Base de rembours.	I	II

§110000. Préparations destinées au traitement de MSUD et de l'hyperleucinémie

L'alimentation médicale suivante fait l'objet d'un remboursement si elle a été prescrite dans une des indications suivantes :

- a) Le traitement de MSUD (Maple Syrup Urine Disease)
- b) L'hyperleucinémie dans les cas suivants :
 - Acidurie isovalérique
 - Déficit en 3-Methylcrotonyl-CoA carboxylase
 - 3-Methylglutaconacidurie
 - Déficit en 3-Hydroxy-3-Methylglutaryl-CoA lyase

Sur base d'un rapport circonstancié établi par le médecin traitant démontrant que les conditions visées ci-dessus sont remplies, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C11) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour une durée illimitée à la demande motivée du médecin traitant, qui tient les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouvait dans la situation attestée à disposition du médecin conseil, et qui s'engage à ne pas poursuivre le traitement si cela ne s'avère plus nécessaire.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C21) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est illimitée.

§110000. Preparaten voor de behandeling van MSUD en hyperleucinemie

De volgende medische voeding wordt vergoed indien ze is voorgeschreven voor een van de volgende indicaties:

- a) De behandeling van MSUD (Maple Syrup Urine Disease)
- b) Hyperleucinémie in de volgende gevallen :
 - Isovaleriaan Acidurie
 - 3-Methylcrotonyl-CoA carboxylase deficiëntie
 - 3-Methylglutaconic Acidurie
 - 3-Hydroxy-3-Methylglutaryl-CoA lyase deficiëntie

Op basis van een omstandig verslag van de behandelende arts waarin aangetoond wordt dat aan voornoemde voorwaarden wordt voldaan, reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C11) van deel III van de lijst en waar van de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging tot vergoeding mag worden verlengd voor onbeperkte duur op gemotiveerd verzoek van de behandelende arts. Hij houdt de bewijselementen ter beschikking van de adviserend-arts die bevestigen dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevond en hij verbindt zich er toe de behandeling niet verder te zetten als deze niet meer noodzakelijk is.

Met het oog hierop reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C21) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur is onbeperkt.

Criterion Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegemeetk. Base de rembours.	I	II
B	3154-556	Basecal 200 (Vitaflo International Limited) 30 x 43 g	M	97,01	97,01	8,00	12,10
	7001-852	* 1 x 43 g		2,9223	2,9223		
	7001-852	** 1 x 43 g		2,6853	2,6853		
B	1511-963	Milupa BASIC-P (Nutricia) 400 g pulv.or.	M	34,68	34,68	5,20	8,67
	7000-078	* pr. 400 g pulv. or.		32,2500	32,2500		
	7000-078	** pr. 400 g pulv. or.)		26,4900	26,4900		

A	3050-341 7001-100 7001-100	IVA Cooler 15 Rouge / Rood (Vitaflo International Limited) 30 x 130 ml * pr. 1 x 130 ml ** pr. 1 x 130 ml)	M	483,60 15,2890 15,0520	483,60 15,2890 15,0520	0,00	0,00
A	1653-195 0767-855 0767-855	Milupa LEU 1 Nutricia 500 g pulv.or. * pr. 500 g pulv. or. ** pr. 500 g pulv. or.	M	132,94 108,6700 101,5600	132,94 108,6700 101,5600	0,00	0,00
A	3140-837 7001-506 7001-506	Milupa LEU 2 Prima (Nutricia) 500 g * 1 x 500 g ** 1 x 500 g	M	255,00 200,3000 193,1900	255,00 200,3000 193,1900	0,00	0,00
A	2875-326 7001-258 7001-258	Milupa MSUD 2 Prima (Nutricia) 500 g * 1 x 500 g ** 1 x 500 g	M	255,00 200,30 193,19	255,00 200,30 193,19	0,00	0,00
A	3154-598 7001-787 7001-787	MSUD Amino 5 (Vitaflo International Limited) 30 x 6 g * 1 x 6 g ** 1 x 6 g	M	113,32 3,4170 3,1800	113,32 3,4170 3,1800	0,00	0,00
A	2800-530 7000-854 7000-854	MSUD Anamix Infant (Nutricia) 400 g * pr. 400 g ** pr. 400 g	M	62,88 54,7500 47,6400	62,88 54,7500 47,6400	0,00	0,00
A	3404-605 7001-860 7001-860	MSUD Anamix Junior neutre/neutraal (Nutricia) 30 x 36 g * 1 x 36 g ** 1 x 36 g	M	330,00 8,5703 8,3333	330,00 8,5703 8,3333	0,00	0,00
A	2729-986 7000-789 7000-789	MSUD Anamix Junior LQ arôme orange / sinaasappelsmaak (Nutricia) 6 x 6 x 125 ml * pr. 1 x 125 ml ** pr. 1 x 125 ml	M	396,00 8,5308 8,3333	396,00 8,5308 8,3333	0,00	0,00
A	3114-402 7001-324 7001-324	MSUD Cooler 10 rood / rouge (Vitaflo International Limited) 30 x 87 ml * 1 x 87 ml ** 1 x 87 ml	M	322,40 9,7593 9,5223	322,40 9,7593 9,5223	0,00	0,00

A	2654-036 7000-623 7000-623	MSUD Cooler 15 orange/oranje (Vitaflo International Limited) 30 x 130 ml * pr. 1 x 130 ml ** pr. 1 x 130 ml	M	483,60 15,2890 15,0520	483,60 15,2890 15,0520	0,00	0,00
A	3006-699 7000-946 7000-946	MSUD Cooler 15 rouge/rood (Vitaflo International Limited) 30 x 130 ml * pr. 1 x 130 ml ** pr. 1 x 130 ml	M	483,60 15,2890 15,0520	483,60 15,2890 15,0520	0,00	0,00
A	3114-410 7001-332 7001-332	MSUD Cooler 20 rood / rouge (Vitaflo International Limited) 30 x 174 ml * 1 x 174 ml ** 1 x 174 ml	M	644,80 19,5387 19,3017	644,80 19,5387 19,3017	0,00	0,00
A	3050-358 7001-118 7001-118	MSUD EXPRESS 15 non aromatisé / niet gearomatiseerd (Vitaflo International Limited) 30 x 25 g * pr. 1 x 25 g ** pr. 1 x 25 g	M	429,21 13,5930 13,3560	429,21 13,5930 13,3560	0,00	0,00
A	4579-074 7002-579 7002-579	MSUD express plus 15 non aromatisé / niet gearomatiseerd (Vitaflo France) 30 x 25 g * pr. 1 x 25 g ** pr. 1 x 25 g	M	439,21 13,4093 13,1723	439,21 13,4093 13,1723	0,00	0,00
A	3140-761 7001-423 7001-423	MSUD EXPRESS 20 non aromatisé / niet gearomatiseerd (Vitaflo International Limited) 30 x 34 g * pr. 1 x 34 g ** pr. 1 x 34 g	M	572,28 17,3390 17,1020	572,28 17,3390 17,1020	0,00	0,00
A	4579-066 7002-587 7002-587	MSUD express plus 20 non aromatisé / niet gearomatiseerd (Vitaflo France) 30 x 34 g * 1 x 34 g ** 1 x 34 g	M	582,28 17,7843 17,5473	582,28 17,7843 17,5473	0,00	0,00
A	3006-723 7000-953 7000-953	MSUD Gel (Vitaflo International Limited) 30 x 24 g * pr. 1 x 24 g ** pr. 1 x 24 g	M	299,57 9,0667 8,8297	299,57 9,0667 8,8297	0,00	0,00

A	3050-366	MSUD Lophlex LQ 20 Juicy arôme fruits des bois / bessensmaak (Nutricia) 30 x 125 ml	M	643,80	643,80	0,00	0,00
	7001-126	* pr. 1 x 125 ml		16,4947	16,4947		
	7001-126	** pr. 1 x 125 ml		16,2577	16,2577		
A	3315-264	NoV.I.L. nourrisson / zuigeling (Lactalis Nutrition Santé) 400 g	M	62,88	62,88	0,00	0,00
	7001-795	* 400 g		54,7500	54,7500		
	7001-795	** 400 g		47,6400	47,6400		
A	3315-272	NoV.I.L. enfant / kinderen (Lactalis Nutrition Santé) 15 x 34 g	M	149,94	149,94	0,00	0,00
	7001-803	* 34 g		9,7900	9,7900		
	7001-803	** 34 g		9,3160	9,3160		
A	3315-280	NoV.I.L. 8+ (Lactalis Nutrition Santé) 15 x 34 g	M	218,03	218,03	0,00	0,00
	7001-811	* 34 g		14,3287	14,3287		
	7001-811	** 34 g		13,8547	13,8547		

§120000. Préparations destinées au traitement de l'acidurie organique

L'alimentation médicale suivante fait l'objet d'un remboursement en catégorie A si elle a été prescrite pour le traitement de l'acidurie organique.

Sur base d'un rapport circonstancié établi par le médecin traitant démontrant que les conditions visées ci-dessus sont remplies le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C11) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour une durée illimitée à la demande motivée du médecin traitant, qui tient les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouvait dans la situation attestée à disposition du médecin-conseil, et qui s'engage à ne pas poursuivre le traitement si cela ne s'avère plus nécessaire.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C21) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est illimitée.

§120000. Preparaten voor de behandeling van organische acidurieën

De volgende medische voeding wordt vergoed in categorie A indien ze is voorgeschreven voor de behandeling van organische acidurieën.

Op basis van een omstandig verslag van de behandelende arts waarin aangetoond wordt dat aan voornoemde voorwaarden wordt voldaan, reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C11) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging tot vergoeding mag worden verlengd voor onbeperkte duur op gemotiveerd verzoek van de behandelende arts. Hij houdt de bewijselementen ter beschikking van de adviserend-arts die bevestigen dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevond en hij verbindt zich er toe de behandeling niet verder te zetten als deze niet meer noodzakelijk is.

Met het oog hierop reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C21) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur is onbeperkt.

Critérium Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegemeentk. Base de rembours.	I	II
A	3154-580	MMA/PA Amino 5 (Vitaflo International Limited) 30 x 6 g	M	113,32	113,32	0,00	0,00
	7001-829	* 1 x 6 g		3,4170	3,4170		
	7001-829	** 1 x 6 g		3,1800	3,1800		
A	3050-374	MMA/PA Cooler 15 Rouge / Rood (Vitaflo International Limited) 30 x 130 ml	M	483,60	483,60	0,00	0,00
	7001-134	* pr. 1 x 130 ml		15,2890	15,2890		
	7001-134	** pr. 1 x 130 ml		15,0520	15,0520		
A	3050-382	MMA/PA EXPRESS 15 non aromatisé / niet gearomatiseerd (Vitaflo International Limited) 30 x 25 g	M	429,21	429,21	0,00	0,00
	7001-142	* pr. 1 x 25 g		13,5930	13,5930		
	7001-142	** pr. 1 x 25 g		13,3560	13,3560		
A	3006-764	MMA/PA Gel (Vitaflo International Limited) 30 x 24 g	M	299,57	299,57	0,00	0,00
	7000-961	* pr. 1 x 24 g		9,0667	9,0667		
	7000-961	** pr. 1 x 24 g		8,8297	8,8297		

A	0678-391	Milupa OS 1 (Nutricia) 500 g pulv.or.	M	111,20	111,20	0,00	0,00
	0733-261	* pr. 500 g pulv. or.		92,0600	92,0600		
	0733-261	** pr. 500 g pulv. or.		84,9500	84,9500		
A	2875-334	Milupa OS 2 Prima (Nutricia) 500 g	M	255,00	255,00	0,00	0,00
	7001-274	* 1 x 500 g		200,3000	200,3000		
	7001-274	** 1 x 500 g		193,1900	193,1900		

§130000. Préparations destinées au traitement de la tyrosinémie

L'alimentation médicale suivante ne fait l'objet d'un remboursement en catégorie A que si elle a été prescrite pour le traitement de la tyrosinémie.

Sur base d'un rapport circonstancié établi par le médecin traitant démontrant que les conditions visées ci-dessus sont remplies, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C11) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour une durée illimitée à la demande motivée du médecin traitant, qui tient les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouvait dans la situation attestée à disposition du médecin-conseil, et qui s'engage à ne pas poursuivre le traitement si cela ne s'avère plus nécessaire.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C21) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est illimitée.

§130000. Preparaten voor de behandeling van tyrosinemie

De volgende medische voeding wordt vergoed in categorie A indien ze is voorgeschreven voor de behandeling van tyrosinemie.

Op basis van een omstandig verslag van de behandelende arts waarin aangetoond wordt dat aan voornoemde voorwaarden wordt voldaan, reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C11) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging tot vergoeding mag worden verlengd voor onbeperkte duur op gemotiveerd verzoek van de behandelende arts. Hij houdt de bewijselementen ter beschikking van de adviserend-arts die bevestigen dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevond en hij verbindt zich er toe de behandeling niet verder te zetten als deze niet meer noodzakelijk is.

Met het oog hierop reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C21) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur is onbeperkt.

Critérium Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegemeentk. Base de rembours.	I	II
A	2875-284	Milupa TYR 2 Prima (Nutricia) 500 g	M	255,00	255,00	0,00	0,00
	7001-282	* 1 x 500 g		200,30	200,30		
	7001-282	** 1 x 500 g		193,19	193,19		
A	2800-548	TYR Anamix Infant (Nutricia) 400 g	M	62,88	62,88	0,00	0,00
	7000-862	* pr. 400 g		54,7500	54,7500		
	7000-862	** pr. 400 g		47,6400	47,6400		
A	3404-613	TYR Anamix Junior neutre/neutraal (Nutricia) 30 x 36 g	M	330,00	330,00	0,00	0,00
	7001-878	* 1 x 36 g		8,5703	8,5703		
	7001-878	** 1 x 36 g		8,3333	8,3333		
A	2729-994	TYR Anamix Junior LQ arôme orange / sinaasappelsmaak (Nutricia) 6 x 6 x 125 ml	M	396,00	396,00	0,00	0,00
	7000-797	* pr. 1 x 125 ml		8,5308	8,5308		
	7000-797	** pr. 1 x 125 ml		8,3333	8,3333		

A	3114-428 7001-340 7001-340	TYR Cooler 10 rood / rouge (Vitaflo International Limited) 30 x 87 ml * 1 x 87 ml ** 1 x 87 ml	M	322,40 9,7593 9,5223	322,40 9,7593 9,5223	0,00	0,00
A	2654-028 7000-631 7000-631	TYR Cooler 15 orange/oranje (Vitaflo International Limited) 30 x 130 ml * pr. 1 x 130 ml ** pr. 1 x 130 ml	M	483,60 15,2890 15,0520	483,60 15,2890 15,0520	0,00	0,00
A	3006-715 7000-979 7000-979	TYR Cooler 15 rouge/rood (Vitaflo International Limited) 30 x 130 ml * pr. 1 x 130 ml ** pr. 1 x 130 ml	M	483,60 15,2890 15,0520	483,60 15,2890 15,0520	0,00	0,00
A	3114-436 7001-357 7001-357	TYR Cooler 20 rood / rouge (Vitaflo International Limited) 30 x 174 ml * 1 x 174 ml ** 1 x 174 ml	M	644,80 19,5387 19,3017	644,80 19,5387 19,3017	0,00	0,00
A	3050-390 7001-159 7001-159	TYR EXPRESS 15 non aromatisé / niet gearomatiseerd (Vitaflo International Limited) 30 x 25 g * pr. 1 x 25 g ** pr. 1 x 25 g	M	429,21 13,5930 13,3560	429,21 13,5930 13,3560	0,00	0,00
A	4579-082 7002-595 7002-595	TYR express plus 15 non aromatisé / niet gearomatiseerd (Vitaflo France) 30 x 25 g * pr. 1 x 25 g ** pr. 1 x 25 g	M	439,21 13,4093 13,1723	439,21 13,4093 13,1723	0,00	0,00
A	3140-779 7001-431 7001-431	TYR EXPRESS 20 non aromatisé / niet gearomatiseerd (Vitaflo International Limited) 30 x 34 g * pr. 1 x 34 g ** pr. 1 x 34 g	M	572,28 17,3390 17,1020	572,28 17,3390 17,1020	0,00	0,00
A	4579-090 7002-603 7002-603	TYR express plus 20 non aromatisé / niet gearomatiseerd (Vitaflo France) 30 x 34 g * 1 x 34 g ** 1 x 34 g	M	582,28 17,7843 17,5473	582,28 17,7843 17,5473	0,00	0,00

A	3006-731	TYR Gel (Vitaflo International Limited)	M	299,57	299,57	0,00	0,00
	7000-987	30 x 24 g		9,0667	9,0667		
	7000-987	* pr. 1 x 24 g		8,8297	8,8297		
A	3050-408	TYR Lophlex LQ 20 Juicy arôme fruits des bois / bessensmaak (Nutricia)	M	643,80	643,80	0,00	0,00
	7001-167	30 x 125 ml		16,4947	16,4947		
	7001-167	* pr. 1 x 125 ml		16,2577	16,2577		
		** pr. 1 x 125 ml					

§140000. Préparations destinées au traitement des troubles du cycle de l'urée

L'alimentation médicale suivante fait l'objet d'un remboursement en catégorie A si elle a été prescrite pour le traitement des troubles du cycle de l'urée.

Sur base d'un rapport circonstancié établi par le médecin traitant démontrant que les conditions visées ci-dessus sont remplies, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C11) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour une durée illimitée à la demande motivée du médecin traitant, qui tient les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouvait dans la situation attestée à disposition du médecin-conseil, et qui s'engage à ne pas poursuivre le traitement si cela ne s'avère plus nécessaire.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C21) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est illimitée.

§140000. Preparaten voor de behandeling van ureumcyclusstoornissen

De volgende medische voeding wordt vergoed in categorie A indien ze is voorgeschreven voor de behandeling van ureumcyclusstoornissen.

Op basis van een omstandig verslag van de behandelende arts waarin aangetoond wordt dat aan voornoemde voorwaarden wordt voldaan, reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C11) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging tot vergoeding mag worden verlengd voor onbeperkte duur op gemotiveerd verzoek van de behandelende arts. Hij houdt de bewijselementen ter beschikking van de adviserend-arts die bevestigen dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevond en hij verbindt zich er toe de behandeling niet verder te zetten als deze niet meer noodzakelijk is.

Met het oog hierop reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C21) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur is onbeperkt.

Critérium Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegemeentk. Base de rembours.	I	II
A	3140-852	EAA Supplement (Vitaflo International Limited) 50 x 12,5 g	M	274,31	274,31	0,00	0,00
	7001-514	* 1 x 12,5 g		4,9802	4,9802		
	7001-514	** 1 x 12,5 g		4,8380	4,8380		
A	1113-059	Milupa UCD 1 Nutricia 450 g pulv.or.	M	132,04	132,04	0,00	0,00
	0735-712	* pr. 450 g pulv. or.		107,9800	107,9800		
	0735-712	** pr. 450 g pulv. or.		100,8700	100,8700		
A	3960-168	Milupa UCD 2 Prima (Nutricia) 500 g	M	166,82	166,82	0,00	0,00
	7002-249	* 500 g		133,4200	133,4200		
	7002-249	** 500 g		126,3100	126,3100		
A	3154-606	UCD Amino 5 (Vitaflo International Limited) 30 x 6,6 g	M	113,32	113,32	0,00	0,00
	7001-837	* 1 x 6,6 g		3,4170	3,4170		
	7001-837	** 1 x 6,6 g		3,1800	3,1800		

§150000. Préparations destinées au traitement de la mucoviscidose

L'alimentation médicale suivante fait l'objet d'un remboursement en catégorie B si elle a été prescrite pour le traitement de la mucoviscidose chez des enfants qui sont en traitement dans un centre de référence en matière de mucoviscidose qui a conclu une convention avec le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'INAMI.

L'autorisation du médecin-conseil est subordonnée aux conditions suivantes:

1° le diagnostic est posé par un médecin spécialiste exerçant dans le centre susmentionné;

2° le centre établit le programme de traitement comprenant la médication ;

3° la première prescription est rédigée par le médecin spécialiste ayant établi le diagnostic.

Sur base d'un rapport circonstancié établi par le médecin traitant démontrant que les conditions visées ci-dessus sont remplies, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C11) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum à la demande motivée du médecin traitant, qui tient les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouvait dans la situation attestée à disposition du médecin-conseil.

§150000. Preparaten voor de behandeling van taaislijmziekte (cystic fibrose of mucoviscidose)

De volgende medische voeding wordt vergoed in categorie B indien ze is voorgeschreven voor de behandeling van taaislijmziekte bij kinderen die behandeld worden in een erkend centrum inzake taaislijmziekte dat een overeenkomst heeft afgesloten met het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV.

De machtiging van de adviserend-arts is onderworpen aan de volgende voorwaarden:

1° de diagnose wordt gesteld door een arts-specialist die werkzaam is in voornoemd centrum;

2° het centrum stelt het behandelingsprogramma op waarin de medicatie is opgenomen;

3° het eerste voorschrift wordt opgesteld door de arts-specialist die de diagnose heeft gesteld.

Op basis van een omstandig verslag van de behandelende arts waarin aangetoond wordt dat aan voornoemde voorwaarden wordt voldaan, levert de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C11) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging voor vergoeding kan voor nieuwe perioden van maximum 12 maanden worden verlengd op gemotiveerd verzoek van de behandelende arts. Hij houdt de bewijselementen ter beschikking van de adviserend-arts die bevestigen dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevond.

Critérium Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegenmoetk. Base de rembours.	I	II

§160100. Préparations pour un régime cétogène en cas d'affection métabolique

L'alimentation médicale suivante fait l'objet d'un remboursement en catégorie A si elle a été prescrite dans une des affections métaboliques suivantes:

- déficience en complexe pyruvate déhydrogénase pour autant que le traitement ait été instauré précocement ;
- déficience en Glut-1-transporter (Maladie de De Vivo).

Pour ces affections, les bénéficiaires sont diagnostiqués et traités dans un centre reconnu pour maladies métaboliques ayant signé une convention avec le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'INAMI.

Sur base d'un rapport circonstancié établi par le médecin traitant démontrant que les conditions visées ci-dessus sont remplies, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire une autorisation dont le modèle est fixé sous C11) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour une durée illimitée à la demande motivée du médecin traitant, qui tient les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouvait dans la situation attestée à disposition du médecin-conseil, et qui s'engage à ne pas poursuivre le traitement si cela ne s'avère plus nécessaire.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C21) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est illimitée.

§160200. Préparations pour un régime cétogène en cas d'épilepsie

L'alimentation médicale suivante fait l'objet d'un remboursement en catégorie A si elle a été prescrite dans le cas d'une épilepsie résistante aux médicaments.

Sur base d'un rapport circonstancié établi par le médecin traitant démontrant que les conditions visées ci-dessus sont remplies, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire une autorisation dont le modèle est fixé sous C11) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum à la demande motivée du médecin traitant, qui tient les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouvait dans la situation attestée à disposition du médecin-conseil.

§160100. Preparaten voor een ketogeen dieet in geval van stofwisselingsaandoening

De volgende medische voeding wordt vergoed in categorie A als ze wordt voorgeschreven in één van de volgende stofwisselingsaandoeningen:

- pyruvaatdehydrogenasecomplexdeficiëntie indien de behandeling vroegtijdig wordt ingesteld;
- Glut-1 transporter deficiëntie (Ziekte van De Vivo).

Voor deze aandoeningen worden de rechthebbenden gediagnosticeerd en behandeld in een erkend centrum voor metabole ziekten dat een overeenkomst heeft gesloten met het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV.

Op basis van een omstandig verslag van de behandelende arts waarin aangetoond wordt dat aan voornoemde voorwaarden wordt voldaan, reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C11) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging tot vergoeding mag worden verlengd voor onbeperkte duur op gemotiveerd verzoek van de behandelende arts. Hij houdt de bewijselementen ter beschikking van de adviserend-arts die bevestigen dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevond en hij verbindt zich er toe de behandeling niet verder te zetten als deze niet meer noodzakelijk is.

Met het oog hierop reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C21) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur is onbeperkt.

§160200. Preparaten voor een ketogeen dieet in geval van epilepsie

De volgende medische voeding wordt vergoed in categorie A als ze wordt voorgeschreven in geval van een medicatieresistente epilepsie.

Op basis van een omstandig verslag van de behandelende arts waarin aangetoond wordt dat aan voornoemde voorwaarden wordt voldaan, reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C11) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging voor vergoeding mag worden verlengd voor nieuwe perioden van maximum 12 maanden op gemotiveerd verzoek van de behandelende arts. Hij houdt de bewijselementen ter beschikking van de adviserend-arts die bevestigen dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevond.

Criterion Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegemeetk. Base de rembours.	I	II
A	1789-478	Milupa BASIC-Ch (Nutricia) 300 g pulv.or.	M	37,45	37,45	0,00	0,00
	7000-045	* pr. 300 g pulv. or.		34,8300	34,8300		
	7000-045	** pr. 300 g pulv. or.		28,6100	28,6100		
A	3114-444	KetoCal 3:1 (Nutricia) 300 g	M	49,39	49,39	0,00	0,00
	7001-365	* 1 x 300 g		45,1900	45,1900		
	7001-365	** 1 x 300 g		38,0800	38,0800		
A	3140-795	KetoCal 4:1 neutre / neutraal (Nutricia) 300 g	M	49,39	49,39	0,00	0,00
	7001-449	* 1 x 300 g		45,1900	45,1900		
	7001-449	** 1 x 300 g		38,0800	38,0800		
A	3140-803	KetoCal 4:1 vanille / vanilla (Nutricia) 300 g	M	49,39	49,39	0,00	0,00
	7001-456	* 1 x 300 g		45,1900	45,1900		
	7001-456	** 1 x 300 g		38,0800	38,0800		
A	4614-640	KetoCal 2.5:1 LQ MCT Multi Fibre (Nutricia) 32 x 200 ml	M	235,20	235,20	0,00	0,00
	7002-322	* 1 x 200 ml		5,7731	5,7731		
	7002-322	** 1 x 200 ml		5,5509	5,5509		
A	4614-624	KetoCal 4:1 LQ Multi Fibre arôme neutre/neutrale smaak (Nutricia) 32 x 200 ml	M	214,40	214,40	0,00	0,00
	7002-330	* 1 x 200 ml		5,2828	5,2828		
	7002-330	** 1 x 200 ml		5,0606	5,0606		
A	4614-632	KetoCal 4:1 LQ Multi Fibre arôme vanille/vanillesmaak (Nutricia) 32 x 200 ml	M	214,40	214,40	0,00	0,00
	7002-348	* 1 x 200 ml		5,2828	5,2828		
	7002-348	** 1 x 200 ml		5,0606	5,0606		
A	4581-492	K.Flo (VitaFlo France) 24 x 250 ml	M	200,70	200,70	0,00	0,00
	7002-413	* 1 x 250 ml		7,5846	7,5846		
	7002-413	** 1 x 250 ml		7,2883	7,2883		

A	3664-216	K.Yo chocolat/chocolade (Vitaflor International Limited) 4 x 100 g	M	29,88	29,88	0,00	0,00
	7002-173	* pr. 1 x 100 g		7,5225	7,5225		
	7001-173	** pr. 1 x 100 g		6,1800	6,1800		
A	4572-236	K.Yo vanille (Vitaflor International Limited) 4 x 100 g	M	29,88	29,88	0,00	0,00
	7002-264	* pr. 1 x 100 g		7,5225	7,5225		
	7002-264	** pr. 1 x 100 g		6,1800	6,1800		
A	4572-269	K.Yo chocolat/chocolade (Vitaflor France) 36 x 100 g	M	244,47	244,47	0,00	0,00
	7002-280	* pr. 1 x 100 g		6,1631	6,1631		
	7002-280	** pr. 1 x 100 g		5,9656	5,9656		
A	4572-244	K.Yo vanille (Vitaflor France) 36 x 100 g	M	244,47	244,47	0,00	0,00
	7002-272	* pr. 1 x 100 g		6,1631	6,1631		
	7002-272	** pr. 1 x 100 g		5,9656	5,9656		
A	3030-079	LIQUIGEN (Nutricia) 4 x 250 ml	M	115,32	115,32	0,00	0,00
	7001-175	* pr. 1 x 250 ml		23,6175	23,6175		
	7001-175	** pr. 1 x 125 ml		21,8400	21,8400		

§170000. Préparations pour le traitement des enfants atteints de la maladie de Crohn

L'alimentation médicale suivante fait l'objet d'un remboursement en catégorie B si elle a été prescrite chez un enfant de 0 à 17 ans inclus atteint de la maladie de Crohn.

L'alimentation doit se faire de manière exclusive au moyen de l'aliment concerné pendant une période de minimum 6 semaines (excepté en cas d'arrêt précoce du traitement) et doit être suivie d'une période d'alimentation partielle de maximum 3 mois.

La prescription et la demande de remboursement doivent être rédigées par un médecin spécialiste en pédiatrie.

Sur base d'un rapport circonstancié établi par le médecin visé ci-dessus démontrant que les conditions visées ci-dessus sont remplies, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire une autorisation dont le modèle est fixé sous C11) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée une fois sur base d'une nouvelle demande du médecin visé ci-dessus, étant entendu que la fin de la seconde période d'autorisation ne peut pas dépasser le 18^{ème} anniversaire du patient.

§170000. Preparaten voor de behandeling van kinderen met de ziekte van Crohn

De volgende medische voeding wordt vergoed in categorie B als ze wordt voorgeschreven voor kinderen van 0 tot en met 17 jaar die lijden aan de ziekte van Crohn.

De voeding moet gedurende een periode van minimum 6 weken (behalve bij vroegtijdig stopzetten van de behandeling) uitsluitend bestaan uit het betrokken voedingsmiddel en moet gevolgd worden door een periode van gedeeltelijke voeding van maximum 3 maanden.

Het voorschrift en de aanvraag tot vergoeding moeten opgesteld worden door een arts-specialist in de pediatrie.

Op basis van een omstandig verslag van de voornoemde arts waarin aangetoond wordt dat aan voornoemde voorwaarden wordt voldaan, reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C11) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging voor vergoeding mag eens worden verlengd op basis van een nieuwe aanvraag van de voornoemde arts, met dien verstande dat het einde van de tweede toelatingsperiode de 18^{de} verjaardag van de patiënt niet mag overschrijden.

Critérium Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegenmoetk. Base de rembours.	I	II
B	1472-307	MODULEN IBD Nestlé 400 g pulv. or.	M	14,29	14,29	2,14	3,57
	7000-490	* pr. 400 g pulv. or.		11,9800	11,9800		
	7000-490	** pr. 400 g pulv. or.		9,8400	9,8400		

§180000. Préparations destinées au traitement de la glycogénose de type 1a, 1b ou 3

L'alimentation médicale suivante fait l'objet d'un remboursement en catégorie A si elle a été prescrite pour le traitement de la glycogénose de type 1a, 1b ou 3.

Un « loading test » doit être fait sous surveillance médicale.

Sur base d'un rapport circonstancié établi par le médecin traitant démontrant que les conditions visées ci-dessus sont remplies, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C11) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour une durée illimitée à la demande motivée du médecin traitant, qui tient les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouvait dans la situation attestée à disposition du médecin conseil, et qui s'engage à ne pas poursuivre le traitement si cela ne s'avère plus nécessaire.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C21) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est illimitée.

§180000. Preparaten voor de behandeling van de glycogeenstapelingsziekte type 1a, 1b of 3

De volgende medische voeding wordt vergoed in categorie A indien ze is voorgeschreven voor de behandeling van de glycogeenstapelingsziekte type 1a, 1b of 3.

Een "loading test" dient uitgevoerd worden onder medisch toezicht.

Op basis van een omstandig verslag van de behandelende arts waarin aangetoond wordt dat aan voornoemde voorwaarden wordt voldaan, reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C11) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging tot vergoeding mag worden verlengd voor onbeperkte duur op gemotiveerd verzoek van de behandelende arts. Hij houdt de bewijselementen ter beschikking van de adviserend-arts die bevestigen dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevond en hij verbindt zich er toe de behandeling niet verder te zetten als deze niet meer noodzakelijk is.

Met het oog hierop reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C21) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur is onbeperkt.

Criterion Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegenmoetk. Base de rembours.	I	II
A	2679-132	GLYCOSADE (Vitaflo International Limited) 30 x 60 g	M	145,27	145,27	0,00	0,00
	7000-615	* pr. 1 x 60 g		4,2757	4,2757		
	7000-615	** pr. 1 x 60 g		4,0387	4,0387		

§190000. Préparations destinées aux patients souffrant d'une maladie rénale avec hyperphosphatémie et/ou hyperkaliémie

L'alimentation médicale suivante fait l'objet d'un remboursement en catégorie A si elle a été prescrite pour un patient souffrant d'une maladie rénale accompagnée d'hyperphosphatémie et/ou d'hyperkaliémie qui a besoin d'une alimentation lactée ou d'une alimentation par sonde.

Le patient doit être en traitement dans un centre de référence en néphrologie pédiatrique qui a conclu une convention de rééducation fonctionnelle avec le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'INAMI.

L'autorisation du médecin-conseil est subordonnée aux conditions suivantes:

- 1° le diagnostic est posé par un médecin spécialiste en pédiatrie, exerçant ses activités dans un centre de référence en néphrologie pédiatrique;
- 2° le centre établit le programme de traitement comprenant la médication.

Sur base d'un rapport circonstancié établi par le médecin traitant démontrant que les conditions visées ci-dessus sont remplies, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C11) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum à la demande motivée d'un médecin spécialiste en pédiatrie exerçant dans un centre de référence en néphrologie pédiatrique, qui tient les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouvait dans la situation attestée à disposition du médecin-conseil.

§190000. Preparaten voor patiënten die lijden aan een nierziekte met hyperfosfatemie en/of hyperkaliëmie

De volgende medische voeding wordt vergoed in categorie A indien ze is voorgeschreven voor een patiënt die lijdt aan een nierziekte met hyperfosfatemie en/of hyperkaliëmie die nood heeft aan melkvoeding of sondevoeding.

De patiënt moet behandeld worden in een referentiecentrum voor kindernefrologie dat een revalidatieovereenkomst heeft afgesloten met het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV.

De machtiging van de adviserend-arts is onderworpen aan de volgende voorwaarden:

- 1° de diagnose wordt gesteld door een arts-specialist voor kindergeneeskunde, werkzaam in een referentiecentrum voor kindernefrologie;
- 2° het centrum stelt het behandelingsprogramma op waarin de medicatie is opgenomen.

Op basis van een omstandig verslag van de behandelende arts waarin aangetoond wordt dat aan voornoemde voorwaarden wordt voldaan, levert de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C11) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging voor vergoeding mag worden verlengd voor nieuwe perioden van maximum 12 maanden op gemotiveerd verzoek van een arts-specialist voor kindergeneeskunde die werkzaam is in een referentiecentrum voor kindernefrologie. Hij houdt de bewijselementen ter beschikking van de adviserend-arts die bevestigen dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevond.

Critérium Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegemeetk. Base de rembours.	I	II
A	2915-379	RENASTART (Vitaflo International Limited) 400 g	M	45,75	45,75	0,00	0,00
	7001-522	* 1 x 400 g		41,0300	41,0300		
	7001-522	** 1 x 400 g		33,9200	33,9200		

§200000. Préparations à base d'acides aminés pour le traitement des troubles du cycle de l'urée

L'alimentation médicale suivante fait l'objet d'un remboursement en catégorie A si elle a été prescrite pour le traitement des troubles du cycle de l'urée suivants :

- déficit en carbamoyl-phosphate synthétase (CPS) OMIM 237300
- déficit en N-acétylglutamate synthétase (NAGS) OMIM 237310
- déficit en ornithine transcarbamylase (OTC) OMIM 311250

La prescription et la demande de remboursement doivent être rédigées par un médecin attaché à un centre reconnu pour maladies métaboliques ayant signé une convention avec le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'INAMI.

Sur base d'un rapport circonstancié établi par le médecin susmentionné démontrant que les conditions visées ci-dessus sont remplies, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C11) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour une durée illimitée à la demande motivée du médecin traitant, qui tient les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouvait dans la situation attestée à disposition du médecin conseil, et qui s'engage à ne pas poursuivre le traitement si cela ne s'avère plus nécessaire.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C21) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est illimitée.

§200000. Preparaten op basis van aminozuren voor de behandeling van ureumcyclusstoornissen

De volgende medische voeding wordt vergoed in categorie A indien ze is voorgeschreven voor de behandeling van de volgende ureumcyclusstoornissen:

- carbamoylfosfaatsynthetasedeficiëntie (CPS) OMIM 237300
- N-acetylglutamaat synthetasedeficiëntie (NAGS) OMIM 237310
- ornithine transcarbamylasedeficiëntie (OTC) OMIM 311250

Het voorschrift en de aanvraag tot vergoeding moeten opgesteld worden door een arts verbonden aan een erkend centrum voor metabole ziekten dat een overeenkomst heeft gesloten met het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV.

Op basis van een omstandig verslag van de voornoemde arts waarin aangetoond wordt dat aan voornoemde voorwaarden wordt voldaan, reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C11) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging tot vergoeding mag worden verlengd voor onbeperkte duur op gemotiveerd verzoek van de behandelende arts. Hij houdt de bewijselementen ter beschikking van de adviserend-arts die bevestigen dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevond en hij verbindt zich er toe de behandeling niet verder te zetten als deze niet meer noodzakelijk is.

Met het oog hierop reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C21) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur is onbeperkt.

Critérium Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegemeoetk. Base de rembours.	I	II
A	3012-325	Citrulline 200 (Vitaflo International Limited) 30 x 4 g	M	84,19	84,19	0,00	0,00
	7001-530	* 1 x 4 g		2,5337	2,5337		
	7001-530	** 1 x 4 g		2,2967	2,2967		
A	3012-333	Citrulline 1000 (Vitaflo International Limited) 30 x 4 g	M	84,19	84,19	0,00	0,00
	7001-548	* 1 x 4 g		2,5337	2,5337		
	7001-548	** 1 x 4 g		2,2967	2,2967		

§210000. Compléments lipidiques pour le traitement de de l'adrénoleucodystrophie (ALD) ou de l'adrénomyéloneuropathie (AMN)

L'alimentation médicale suivante fait l'objet d'un remboursement en catégorie A si elle a été prescrite chez un patient atteint d'adrénoleucodystrophie (ALD) ou d'adrénomyéloneuropathie (AMN).

La prescription et la demande de remboursement doivent être rédigées par un médecin spécialiste attaché à un centre reconnu pour maladies métaboliques ayant signé une convention avec le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'INAMI.

Sur base d'un rapport circonstancié établi par le médecin susmentionné démontrant que les conditions visées ci-dessus sont remplies, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C11) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour une durée illimitée à la demande motivée du médecin traitant, qui tient les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouvait dans la situation attestée à disposition du médecin-conseil, et qui s'engage à ne pas poursuivre le traitement si cela ne s'avère plus nécessaire.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C21) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est illimitée.

§210000. Vetsupplementen voor de behandeling van adrenoleukodystrofie (ALD) of adrenomyeloneuropathie (AMN)

De volgende medische voeding wordt vergoed in categorie A indien ze is voorgeschreven voor patiënten die lijden aan adrenoleukodystrofie (ALD) of aan adrenomyeloneuropathie (AMN).

Het voorschrift en de aanvraag tot vergoeding moeten opgesteld worden door een arts-specialist gebonden aan een erkend centrum voor metabole ziekten dat een overeenkomst heeft gesloten met het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV.

Op basis van een omstandig verslag van de voornoemde arts waarin aangetoond wordt dat aan voornoemde voorwaarden wordt voldaan, reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C11) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging tot vergoeding mag worden verlengd voor onbeperkte duur op gemotiveerd verzoek van de behandelende arts. Hij houdt de bewijselementen ter beschikking van de adviserend-arts die bevestigen dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevond en hij verbindt zich er toe de behandeling niet verder te zetten als deze niet meer noodzakelijk is.

Met het oog hierop reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C21) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur is onbeperkt.

Critérium Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegemeetk. Base de rembours.	I	II
A	2256-519	GTE olie (Nutricia) 1.000 ml (2 x 500 ml)	M	1.069,68	1.069,68	0,00	0,00
	7000-185	* 1 x 1.000 ml		817,4800	817,4800		
	7000-185	** 1 x 1.000 ml		810,3700	810,3700		
A	2402-659	GTO olie (Nutricia) 500 ml	M	24,50	24,50	0,00	0,00
	7001-621	* 1 x 500 ml		22,6000	22,6000		
	7001-621	** 1 x 500 ml		18,5600	18,5600		

§220100. Préparations à haute teneur en triglycérides à chaîne moyenne (TCM) utilisées dans le traitement d'affections métaboliques

L'alimentation médicale suivante fait l'objet d'un remboursement en catégorie A si elle a été prescrite dans une des indications suivantes :

- Trouble du métabolisme des acides gras à longue chaîne ;
- Hyperlipoprotéïnémie de type 1 (OMIM 118830, 207750, 238600);
- Carence en carnitine palmitoyl transferase IA (OMIM 255120) ou II (OMIM 255110, 600649, 608836) ;
- Glycogénose musculaire.

Pour ces affections, les bénéficiaires sont diagnostiqués et traités dans un centre reconnu pour maladies métaboliques ayant signé une convention avec le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'INAMI.

Sur base d'un rapport circonstancié établi par le médecin traitant démontrant que les conditions visées ci-dessus sont remplies, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire une autorisation dont le modèle est fixé sous C11) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour une durée illimitée à la demande motivée du médecin traitant, qui tient les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouvait dans la situation attestée à disposition du médecin-conseil, et qui s'engage à ne pas poursuivre le traitement si cela ne s'avère plus nécessaire.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C21) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est illimitée.

§220100. Preparaten met een hoog gehalte aan middellange keten triglyceriden (MCT) gebruikt bij de behandeling van stofwisselingsaandoeningen

De volgende medische voeding wordt vergoed in categorie A als ze wordt voorgeschreven in één van de volgende indicaties:

- Lange keten vetzuuroxidatiestoornissen;
- Hyperlipoproteïnemie type 1 (OMIM 118830, 207750, 238600);
- Carnitine palmitoyl transferase IA (OMIM 255120) of II deficiëntie (OMIM 255110, 600649, 608836);
- Spierglycogenose.

Voor deze aandoeningen worden de rechthebbenden gediagnosticeerd en behandeld in een erkend centrum voor metabole ziekten dat een overeenkomst heeft gesloten met het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV.

Op basis van een omstandig verslag van de behandelende arts waarin aangetoond wordt dat aan voornoemde voorwaarden wordt voldaan, reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C11) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging tot vergoeding mag worden verlengd voor onbeperkte duur op gemotiveerd verzoek van de behandelende arts. Hij houdt de bewijselementen ter beschikking van de adviserend-arts die bevestigen dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevond en hij verbindt zich er toe de behandeling niet verder te zetten als deze niet meer noodzakelijk is.

Met het oog hierop reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C21) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur is onbeperkt.

Critérium Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegemeetk. Base de rembours.	I	II
A	2910-362	Lipistart (Vitaflo International Limited) 400 g	M	28,21	28,21	0,00	0,00
	7001-712	* 1 x 400 g		28,1300	28,1300		
	7001-712	** 1 x 400 g		23,1100	23,1100		
A	2910-370	MCT Procal (Vitaflo International Limited) 30 x 16 g	M	45,29	45,29	0,00	0,00
	7001-720	* 1 x 16 g		1,3537	1,3537		
	7001-720	** 1 x 16 g		1,1167	1,1167		

§220200. Préparations à haute teneur en triglycérides à chaîne moyenne (TCM) à destination des enfants de moins de 4 ans

L'alimentation médicale suivante fait l'objet d'un remboursement en catégorie A si elle a été prescrite dans une des indications suivantes :

- Affection hépatique chronique avec cholestase
- En préalable à une transplantation hépatique

Pour ces affections, le remboursement du **Lipistart** est accordé pour autant que le bénéficiaire soit âgé de moins de 4 ans.

La prescription et la demande de remboursement, accompagnée d'un rapport circonstancié, doivent être rédigées par un médecin spécialiste en pédiatrie attaché à un centre de transplantation hépatique.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire une autorisation dont le modèle est fixé sous C11) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum à la demande motivée du médecin susmentionné, qui tient les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouvait dans la situation attestée à disposition du médecin-conseil.

§220200. Preparaten met een hoog gehalte aan middellange keten triglyceriden (MCT) bestemd voor kinderen jonger dan 4 jaar

De volgende medische voeding wordt vergoed in categorie A als ze wordt voorgeschreven in één van de volgende indicaties :

- Chronische leveraandoeningen met cholestase
- Prelevertransplant

Voor deze aandoeningen wordt de vergoeding van **Lipistart** toegekend voor zover de rechthebbende jonger is dan 4 jaar.

Het voorschrift en de aanvraag tot vergoeding, vergezeld van een omstandig verslag, moeten opgesteld worden door een arts-specialist in de pediatrie verbonden aan een levertransplantatiecentrum.

Met het oog hierop reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C11) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging voor vergoeding mag worden verlengd voor nieuwe perioden van maximum 12 maanden op gemotiveerd verzoek van de voornoemde arts. Hij houdt de bewijselementen ter beschikking van de adviserend-arts die bevestigen dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevond.

Critérium Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegenmoetk. Base de rembours.	I	II
A	2910-362	Lipistart (Vitaflo International Limited) 400 g	M	28,21	28,21	0,00	0,00
	7001-712	* 1 x 400 g		28,1300	28,1300		
	7001-712	** 1 x 400 g		23,1100	23,1100		

§220300. Préparations à haute teneur en triglycérides à chaîne moyenne (TCM) à destination des enfants à partir de 3 ans

L'alimentation médicale suivante fait l'objet d'un remboursement en catégorie A si elle a été prescrite dans une des indications suivantes :

- Affection hépatique chronique avec cholestase
- En préalable à une transplantation hépatique

Pour ces affections, le remboursement du **MCT Procal** est accordé pour autant que le bénéficiaire soit âgé d'au moins 3 ans et de moins de 18 ans.

La prescription et la demande de remboursement, accompagnée d'un rapport circonstancié, doivent être rédigées par un médecin spécialiste en pédiatrie attaché à un centre de transplantation hépatique.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire une autorisation dont le modèle est fixé sous C11) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum à la demande motivée du médecin susmentionné, qui tient les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouvait dans la situation attestée à disposition du médecin-conseil.

§220300. Preparaten met een hoog gehalte aan middellange keten triglyceriden (MCT) bestemd voor kinderen vanaf 3 jaar

De volgende medische voeding wordt vergoed in categorie A als ze wordt voorgeschreven in één van de volgende indicaties:

- Chronische leveraandoeningen met cholestase
- Prelevertransplant

Voor deze aandoeningen wordt de vergoeding van **MCT Procal** toegekend voor zover de rechthebbende minstens 3 jaar is en jonger is dan 18 jaar.

Het voorschrift en de aanvraag tot vergoeding, vergezeld van een omstandig verslag moeten opgesteld worden door een arts-specialist in de pediatrie verbonden aan een levertransplantatiecentrum.

Met het oog hierop reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C11) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging voor vergoeding mag worden verlengd voor nieuwe perioden van maximum 12 maanden op gemotiveerd verzoek van de voornoemde arts. Hij houdt de bewijselementen ter beschikking van de adviserend-arts die bevestigen dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevond.

Critérium Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegenoetk. Base de rembours.	I	II
A	2910-370	MCT Procal (Vitaflo International Limited) 30 x 16 g	M	45,29	45,29		
	7001-720	* 1 x 16 g		1,3537	1,3537		
	7001-720	** 1 x 16 g		1,1167	1,1167		

§220400. Préparations à haute teneur en triglycérides à chaîne moyenne (TCM) utilisées dans le traitement de lymphangiectasie, chylothorax et ascite chyleuse

L'alimentation médicale suivante fait l'objet d'un remboursement en catégorie A si elle a été prescrite dans une des indications suivantes :

- Lymphangiectasie intestinale (primaire, ou dans le cadre d'affections congénitales des vaisseaux lymphatiques telles que la maladie de Milroy)
- Chylothorax
- Ascite chyleuse (après une chirurgie abdominale)

La prescription et la demande de remboursement, accompagnée d'un rapport circonstancié, doivent être rédigées par le médecin spécialiste responsable du traitement de l'affection susmentionnée.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire une autorisation dont le modèle est fixé sous C11) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 6 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 6 mois maximum à la demande motivée du médecin spécialiste susmentionné, qui tient les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouvait dans la situation attestée à disposition du médecin-conseil.

§220400. Preparaten met een hoog gehalte aan middellange keten triglyceriden (MCT) gebruikt bij de behandeling van lymphangiëctasie, chylothorax en chyleuse ascites

De volgende medische voeding wordt vergoed in categorie A als ze wordt voorgeschreven in één van de volgende indicaties:

- Intestinale lymphangiëctasie (primaire, of in het kader van aangeboren aandoeningen van de lymfwegen zoals Milroy's disease)
- Chylothorax
- Chyleuse ascites (na abdominale chirurgie)

Het voorschrift en de aanvraag tot vergoeding, vergezeld van een omstandig verslag, moeten opgesteld worden door de arts-specialist verantwoordelijk voor de behandeling van de voornoemde aandoening.

Met het oog hierop reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C11) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 6 maanden is beperkt.

De machtiging voor vergoeding mag worden verlengd voor nieuwe perioden van maximum 6 maanden op gemotiveerd verzoek van de voornoemde arts-specialist. Hij houdt de bewijselementen ter beschikking van de adviserend-arts die bevestigen dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevond.

Critérium Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegemeetk. Base de rembours.	I	II
A	2910-362	Lipistart (Vitaflo International Limited) 400 g	M	28,21	28,21	0,00	0,00
	7001-712	* 1 x 400 g		28,1300	28,1300		
	7001-712	** 1 x 400 g		23,1100	23,1100		
A	2910-370	MCT Procal (Vitaflo International Limited) 30 x 16 g	M	45,29	45,29		
	7001-720	* 1 x 16 g		1,3537	1,3537		
	7001-720	** 1 x 16 g		1,1167	1,1167		

§230000. Préparations destinées au traitement des nourrissons et jeunes enfants cholestatiques

L'alimentation médicale suivante ne fait l'objet d'un remboursement en catégorie A que si elle a été prescrite pour des nourrissons ou des enfants âgés de 0 à 3 ans atteints de cholestase chronique associée à une des indications suivantes :

- obstacle sur les voies biliaires
- atrésie des voies biliaires
- stricture des voies biliaires
- cholangite sclérosante
- cholangiopathie immune
- paucité ductulaire syndromique ou non
- rejet chronique de greffe hépatique
- vanishing bile duct syndrome
- déficit de synthèse des sels biliaires
- cholestase familiale intrahépatique
- mucoviscidose
- déficience en alpha-1-antitrypsine
- hépatite néonatale idiopathique

La cholestase chronique est définie par une élévation durant plus de 1 mois de la bilirubine conjuguée et/ou des sels biliaires totaux par rapport aux valeurs normales du laboratoire utilisé.

La prescription et la demande de remboursement, accompagnée d'un rapport circonstancié, doivent être rédigées par un médecin spécialiste en pédiatrie attaché à un centre de transplantation hépatique.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire une autorisation dont le modèle est fixé sous C11) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum à la demande motivée du médecin susmentionné.

§230000. Preparaten bestemd voor de behandeling van cholestatische zuigelingen en jonge kinderen

De volgende medische voeding wordt slechts vergoed in categorie A als ze wordt voorgeschreven voor zuigelingen of kinderen van 0 tot en met 3 jaar die lijden aan chronische cholestase geassocieerd met één van de volgende indicaties:

- afvloei hinder van de gal
- biliaire atresie
- biliaire strictuur
- scleroserende cholangitis
- autoimmune cholangiopathie
- 'paucity' van galwegen
- chronische rejectie van een transplantlever
- vanishing bile duct syndrome
- galzuursynthesestoornis
- familiale intrahepatische cholestase
- cystische fibrose - taaislijmziekte
- alpha-1-antitrypsine deficiëntie
- idiopathische neonatale hepatitis

De chronische cholestase wordt bevestigd door de stijging gedurende meer dan 1 maand van de geconjugeerde bilirubine en/of van galzouten tegenover de normale waarde van het gebruikte laboratorium.

Het voorschrift en de aanvraag tot vergoeding, vergezeld van een omstandig verslag, moeten opgesteld worden door een arts-specialist in de pediatrie verbonden aan een levertransplantatiecentrum.

Met het oog hierop reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C11) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging voor vergoeding mag worden verlengd voor nieuwe perioden van maximum 12 maanden op gemotiveerd verzoek van de voornoemde arts.

Critérium Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegenmoetk. Base de rembours.	I	II
A		HEPARON Junior (Nutricia)					

1180-116	400 g	M	19,02	19,02	0,00	0,00
7001-944	* 400 g		17,5400	17,5400		
7001-944	** 400 g		14,4100	14,4100		

§ 240000. Préparations à base de valine

L'alimentation médicale suivante ne fait l'objet d'un remboursement en catégorie A que si elle a été prescrite pour le traitement d'une des affections suivantes :

acidémie méthylmalonique, acidémie propionique, acidurie isovalérique, histidinémie, homocystinurie, hyperammoniémie, hyperlysiniémie, hyperméthioninémie, leucinose, phénylcétonurie et thyrosinémie.

Sur base d'un rapport circonstancié établi par le médecin traitant démontrant que les conditions visées ci-dessus sont remplies, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C11) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour une durée illimitée à la demande motivée du médecin traitant, qui tient les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouvait dans la situation attestée à disposition du médecin-conseil.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C21) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est illimitée.

§ 240000. Preparaten op basis van valine

De volgende medische voeding wordt slechts vergoed in categorie A indien ze is voorgeschreven voor de behandeling van één van de volgende aandoeningen:

methylmaloacidemie, propionacidemie, isovalerische acidurie, histidinemie, homocystinurie, hyperammoniëmie, hyperlysiniemie, hypermethioninemie, leucinose, fenylketonurie en thyrosinemie.

Op basis van een omstandig verslag van de behandelende arts waarin aangetoond wordt dat aan voornoemde voorwaarden wordt voldaan, reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C11) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging voor vergoeding mag worden verlengd voor onbeperkte duur op gemotiveerd verzoek van de behandelende arts. Hij houdt de bewijselementen ter beschikking van de adviserend-arts die bevestigen dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevond.

Met het oog hierop reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C21) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur is onbeperkt.

Critérium Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegemoeftk. Base de rembours.	I	II
A	3012-440	VALINE 50 (Vitaflo International Ltd) 30 x 4 g	M	84,19	84,19	0,00	0,00
	7001-951	* 4 g		2,5337	2,5337		
	7001-951	** 4 g		2,2967	2,2967		
	3012-457	VALINE 1000 (Vitaflo International Ltd) 30 x 4 g	M	84,19	84,19	0,00	0,00
	7001-969	* 4 g		2,5337	2,5337		
	7001-969	** 4 g		2,2967	2,2967		

§ 250000. Préparations à base de vitamines, minéraux et oligo-éléments destinées au traitement de la mucoviscidose.

L'alimentation médicale suivante fait l'objet d'un remboursement en catégorie A si elle a été prescrite pour le traitement de la mucoviscidose chez des patients qui sont en traitement dans un centre de référence en matière de mucoviscidose qui a conclu une convention avec le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'INAMI.

L'autorisation du médecin-conseil est subordonnée aux conditions suivantes:

1° le diagnostic est posé par un médecin spécialiste exerçant dans le centre susmentionné;

2° le centre établit le programme de traitement comprenant la médication ;

3° la première prescription est rédigée par le médecin spécialiste ayant établi le diagnostic.

Sur base d'un rapport circonstancié établi par le médecin traitant démontrant que les conditions visées ci-dessus sont remplies, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous C11) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum à la demande motivée du médecin traitant, qui tient les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouvait dans la situation attestée à disposition du médecin conseil.

Le remboursement simultané de l'alimentation médicale avec une préparation magistrale inscrite au paragraphe 19 du chapitre IV de la partie I, titre 3 de la liste annexée au présent arrêté, n'est jamais autorisé.

§ 250000. Preparaten op basis van vitamines, mineralen en oligo-elementen voor de behandeling van taaislijmziekte (cystic fibrose of mucoviscidose).

De volgende medische voeding wordt vergoed in categorie A indien ze is voorgeschreven voor de behandeling van taaislijmziekte bij patiënten die behandeld worden in een erkend centrum inzake taaislijmziekte dat een overeenkomst heeft afgesloten met het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV.

De machtiging van de adviserend-arts is onderworpen aan de volgende voorwaarden:

1° de diagnose wordt gesteld door een arts-specialist die werkzaam is in voornoemd centrum;

2° het centrum stelt het behandelingsprogramma op waarin de medicatie is opgenomen;

3° het eerste voorschrift wordt opgesteld door de arts-specialist die de diagnose heeft gesteld.

Op basis van een omstandig verslag van de behandelende arts waarin aangetoond wordt dat aan voornoemde voorwaarden wordt voldaan, levert de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C11) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging voor vergoeding kan voor nieuwe perioden van maximum 12 maanden worden verlengd op gemotiveerd verzoek van de behandelende arts. Hij houdt de bewijselementen ter beschikking van de adviserend-arts die bevestigen dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevond.

De gelijktijdige vergoeding van de medische voeding met een magistrale bereiding ingeschreven in paragraaf 19 van hoofdstuk IV van deel I, titel 3 van de lijst gevoegd bij dit besluit is nooit toegelaten.

Critérium Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegemeetk. Base de rembours.	I	II
A	3767-456	DEKAs Essential capsules (Alveolus Biomedical BV) 60 capsules	M	52,30	52,30		
	7002-157	* 1 capsule		0,8332	0,8332	0,00	0,00
	7002-157	** 1 capsule		0,7147	0,7147		

A	3767-431 7002-132 7002-132	DEKAs Plus capsules molles / zachte capsules (Alveolus Biomedical BV) (06/2019) 60 capsules * 1 capsule ** 1 capsule	M	52,30 0,8332 0,7147	52,30 0,8332 0,7147	0,00	0,00
A	3770-351 7002-165 7002-165	DEKAs Plus comprimés à croquer / kauwtabletten (Alveolus Biomedical BV) 60 comprimés à croquer / kauwtabletten * 1 comprimé à croquer / kauwtablet ** 1 comprimé à croquer / kauwtablet	M	52,30 0,8332 0,7147	52,30 0,8332 0,7147	0,00	0,00;
A	3767-449 7002-140 7002-140	DEKAs Plus liquide / vloeibaar (Alveolus Biomedical BV) 60 ml * 1 x 60 ml ** 1 x 60 ml	M	52,30 49,9900 42,8800	52,30 49,9900 42,8800	0,00	0,00
A	4101-945 7002-355 7002-355	MVW Comcomplete Formulation™ Multivitamine Comprimés à croquer arôme orange/Kauwtabletten met sinaasappelsmaak (ASK Pharma) (Eivbra) 60 comprimés/tabletten * 1 comprimé/tablet ** 1 comprimé/tablet	M	52,30 0,8297 0,7112	52,30 0,8297 0,7112	0,00	0,00
A	4101-937 7002-363 7002-363	MVW Complete Formulation™ Multivitamine Softgels D3000 Capsules molles/Zachtecapsules (ASK Pharma) (Eivbra) 60 capsules * 1 capsule ** 1 capsule	M	52,30 0,8297 0,7112	52,30 0,8297 0,7112	0,00	0,00
A	4101-952 7002-371 7002-371	MVW Complete Formulation™ Multivitamine Gouttes pédiatriques/Pediatrische druppels (ASK Pharma) (Eivbra) 30 ml * 30 ml ** 30 ml	M	52,30 49,78 42,67	52,30 49,78 42,67	0,00	0,00
A	4654-885 7002-454 7002-454	Paravit-CF® Capsule soft gel capsules (Nordic Pharma BV) 60 capsules * 1 capsule ** 1 capsule	M	52,30 0,8157 0,6972	52,30 0,8157 0,6972	0,00	0,00
A		Paravit-CF® Liquid oplossing/solution (Nordic Pharma BV)					

4654-877	7 ml	M	52,30	52,30	0,00	0,00
7002-462	* 1 x 7 ml		48,94	48,94		
7002-462	** 1 x 7 ml		41,83	41,83		

§260000. Préparations à base de vitamines, minéraux et oligo-éléments utilisées dans le traitement de la cholestase chronique.

L'alimentation médicale suivante fait l'objet d'un remboursement en catégorie A si elle a été prescrite chez un patient âgé de moins de 18 ans atteint de cholestase chronique avec déficience documentée en vitamines liposolubles.

La prescription et la demande de remboursement, accompagnée d'un rapport circonstancié, doivent être rédigées par un médecin spécialiste en pédiatrie attaché à un centre de transplantation hépatique.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire une autorisation dont le modèle est fixé sous C11) de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum à la demande motivée du médecin susmentionné, qui tient les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouvait dans la situation attestée à disposition du médecin-conseil.

§260000. Preparaten op basis van vitaminen, mineralen en oligo-elementen gebruikt bij de behandeling van chronische cholestase.

De volgende medische voeding wordt vergoed in categorie A als ze wordt voorgeschreven bij een patiënt jonger dan 18 jaar lijdend aan chronische cholestase met gedocumenteerde deficiëntie in lipofiele vitamines.

Het voorschrift en de aanvraag tot vergoeding, vergezeld van een omstandig verslag, moeten opgesteld worden door een arts-specialist in de pediatrie verbonden aan een levertransplantatiecentrum.

Met het oog hierop reikt de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is bepaald onder C11) van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging voor vergoeding mag worden verlengd voor nieuwe perioden van maximum 12 maanden op gemotiveerd verzoek van de voornoemde arts. Hij houdt de bewijselementen ter beschikking van de adviserend-arts die bevestigen dat de betrokken patiënt zich in de verklaarde situatie bevond.

Critérium Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegemeetk. Base de rembours.	I	II
A	3932-738	DEKAs Aqua-E vloeibaar / liquide (Alveolus Biomedical BV) 60 ml	M	54,39	54,39	0,00	0,00
	7002-199	* 1 x 60 ml		51,8700	51,8700		
	7002-199	** 1 x 60 ml		44,7600	44,7600		
A	3932-746	DEKAs Essential vloeibaar / liquide (Alveolus Biomedical BV) 60 ml	M	60,04	60,04	0,00	0,00
	7002-207	* 1 x 60 ml		57,1600	57,1600		
	7002-207	** 1 x 60 ml		50,0500	50,0500		

TITRE 4. Produits importés

TITEL 4. Geïmporteerde producten

Art.1. Ce titre reprend les caractéristiques de produits qui n'ont pas de notification au Ministre ayant la santé publique dans ses attributions ou d'autorisation de mise sur le marché en Belgique et qui sont par conséquent importés par le pharmacien.

Ceci est également le cas pour les produits qui ont une notification au Ministre ayant la santé publique dans ses attributions ou une autorisation de mise sur le marché en Belgique mais qui ne sont pas mis sur le marché.

Art. 2. Pour les produits mentionnés dans le présent titre, les modalités d'application visées à l'article 101 sont également valables et l'intervention de l'assurance est accordée uniquement s'il est satisfait aux conditions générales et spécifiques reprises ci-après.

Il peut être dérogé à ces modalités d'application et à ces conditions générales dans la mesure où les conditions spécifiques énoncées sous le chapitre 2 le prévoient expressément.

Chapitre I : Conditions générales

1° Conformément aux dispositions de l'article 137 du présent arrêté, le produit doit être prescrit, importé et dispensé en application des dispositions émanant du Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions.

Le remboursement peut être autorisé par le médecin-conseil sur base des éléments d'appréciation visés au chapitre 2.

2° Le remboursement de l'assurance est calculé sur base du prix mentionné sur la facture d'achat qui comprend aussi les taxes et droits se rapportant au produit, majoré d'une marge de délivrance dont la valeur est égale à P 5,00.

Lorsqu' en application de la marge de délivrance telle que prévue, le prix mentionné sur la facture d'achat qui comprend aussi les taxes et droits se rapportant au produit est supérieur à 41,00 euros, le remboursement de l'assurance sera majoré d'une marge de financement d'une valeur équivalente à P 0,50.

3° Par nombre d'unités, visé sous 2° ci-dessus, le bénéficiaire paie sa participation fixée par l'arrêté royal du 7 mai 1991, l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des moyens diagnostiques et du matériel de soins remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire

Art.1. Deze titel bevat de beschrijving van producten die geen notificatie van de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid hebben of die geen vergunning voor het in de handel brengen in België hebben en die bijgevolg door de apotheker ingevoerd worden.

Dit is ook het geval voor de producten die een notificatie van de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid hebben of een vergunning voor het in de handel brengen in België hebben, maar die niet op de markt worden gebracht.

Art. 2. Voor de in deze titel vermelde producten zijn de in artikel 101 vermelde toepassingsmodaliteiten eveneens van toepassing en wordt de verzekeringstegemoetkoming slechts toegekend indien de hierna vermelde algemene en specifieke voorwaarden vervuld zijn.

Van deze toepassingsmodaliteiten en algemene voorwaarden mag worden afgeweken voor zover daarin is voorzien in de specifieke voorwaarden die uitdrukkelijk zijn vastgesteld onder hoofdstuk 2.

Hoofdstuk I : Algemene voorwaarden

1° Overeenkomstig de bepalingen van artikel 137 van dit besluit dient het product te zijn voorgeschreven, ingevoerd en afgeleverd conform de bepalingen uitgaande van de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

De vergoeding dient door de adviserend-arts te zijn gemachtigd op grond van de therapeutische beoordelingselementen bedoeld in hoofdstuk 2.

2° De tegemoetkoming van de verzekering wordt berekend op grond van de prijs vermeld op de aankoopfactuur, daarin begrepen de belastingen en rechten die op het product betrekking hebben, verhoogd met een afleveringsmarge waarvan de waarde gelijk is aan P 5,00.

Indien, na het toepassen van de voorziene afleveringsmarge, de prijs vermeld op de aankoopfactuur, die eveneens de belastingen en rechten die op het product betrekking hebben bevat, hoger is dan 41,00 euro, zal de tegemoetkoming van de verzekering verhoogd worden met een financieringsmarge met een waarde gelijk aan P 0,50.

3° Per aantal eenheden, bedoeld sub 2° hierboven, betaalt de rechthebbende het aandeel zoals vastgesteld bij het koninklijk besluit van 7 mei 1991, het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de kosten van de in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige

soins de santé et indemnités et l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des aliments diététiques à des fins médicales spéciales remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

S'il s'agit d'un patient séjournant dans un établissement hospitalier, sa participation est comprise dans le forfait fixé à l'article 2, 2°, b) de l'arrêté royal du 7 mai 1991 et l'article 2, b) des arrêtés royaux du 24 octobre 2002 précités.

4° Le pharmacien délivrant le produit peut appliquer le tiers payant. Le pharmacien transmet à l'office de tarification les données figurant sur l'autorisation ainsi que les éléments visés sous 2° ci-dessus, qui permettent de contrôler le montant porté en compte.

Le modèle de l'attestation autorisant le remboursement est fixé sous A31) de la partie III du présent arrêté pour les moyens diagnostiques et matériel de soins et pour les produits pour préparations magistrales et sous C11) de la partie III du présent arrêté pour les aliments diététiques à des fins médicales spéciales et la durée de validité est limitée à 12 mois maximum, étant entendu que des prolongations de cette période de chaque fois 12 mois peuvent être autorisées à la demande motivée du médecin traitant.

verzorging en uitkeringen vergoedbare diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen en het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare dieetvoeding voor medisch gebruik.

Indien het gaat om een patiënt die ter verpleging is opgenomen in een verplegingsinrichting, is zijn aandeel begrepen in het forfait vastgesteld in artikel 2, 2°, b) van het koninklijk besluit van 7 mei 1991 en in artikel 2, b) van de voormelde koninklijke besluiten van 24 oktober 2002.

4° De apotheker die het product aflevert mag de derdebetalersregeling toepassen. De apotheker stuurt, samen met de onder 2° bedoelde elementen, de gegevens die op de machtiging vermeld zijn naar de tarifieringsdienst zodat het mogelijk wordt het aangerekende bedrag te controleren.

Het model van het machtigingsattest is onder A31) van deel III van dit besluit voor de diagnostische- en verzorgingsmiddelen en voor de producten voor magistrale bereidingen en onder C11) van deel III van dit besluit voor dieetvoeding voor medische gebruik vastgesteld en de geldigheidsduur ervan is tot maximum 12 maanden beperkt, met dien verstande dat verlengingen van die periode met telkens 12 maanden op gemotiveerd verzoek van de behandelende arts kunnen worden toegestaan.

Chapitre II : Conditions spécifiques

Section 1 – Nutrition médicale

Les préparations suivantes peuvent être remboursées sur base d'un rapport documenté établissant que la prescription a été faite dans le cadre d'un des traitements repris ci-après:

a) phénylcétonurie

Critérium Critère	Code Code	Benaming Dénomination	Opm. Obs.	Eenheden beoogd sub 1-2° Unités visées sous 1-2°

b) déficience en ornithine transcarbamoylase

Hoofdstuk II : Specifieke voorwaarden

Afdeling 1 – Medische voeding

Die preparaten mogen worden vergoed op grond van een gedocumenteerd verslag waaruit blijkt dat het voorschrift is opgemaakt in het raam van een van de hierna vermelde behandelingen:

a) fenylketonurie

b) ornithinetranscarbamoylasedeficiëntie

Critérium Critère	Code Code	Benaming Dénomination	Opm. Obs.	Eenheden beoogd sub 1-2° Unités visées sous 1-2°
A	1481-373 0761-858 0761-858	FENYLBUTYRAAT (BUPHENYL, TRIBUTYRAAT) PHENYLBUTYRATE - g (2/2000) * pr. g (2/2000) ** pr. g (2/2000)		per par 100 g