

ANNEXE/BIJLAGE

PARTIE III : liste des documents

DEEL III : lijst van documenten

TITRE 1. Documents généraux

TITEL 1. Algemene documenten

- A11) modèle d'engagement visé à l'article 1, 36° du présent arrêté
- A11) model van verbintenis zoals bedoeld in artikel 1, 36° van huidig besluit

- A21) demande d'autorisation à l'attention du médecin-conseil
- A21) aanvraagformulier ter attentie van de adviserend-arts

- A31) autorisation de remboursement
- A31) machtiging tot terugbetaling

TITRE 2. Moyens diagnostiques et matériel de soins

TITEL 2. Diagnostische middelen en verzorgingsmateriaal

- B11) Installation / livraison de l'oxygène médical gazeux : attestation
- B11) Installatie / levering van gasvormige medische zuurstof: attest

- B21) oxyconcentrateur : autorisation de remboursement
- B21) oxyconcentrator : machtiging tot terugbetaling

- B31) trajet de soins diabète : demande pour la délivrance d'un glucomètre
- B31) zorgtraject diabetes : vraag tot aflevering van een glucometer

- B41) programme « éducation et autogestion » chez un patient atteint du diabète de type 2 : notification
- B41) programma « opvoeding en zelfbeheer » bij een patiënt die aan diabetes type 2 lijdt : notificatie

- B51) diffuseurs portables ou pour les cassettes pour l'administration à domicile d'antibiotiques par voie intraveineuse: prescription
- B51) draagbare diffusors of cassettes noodzakelijk voor het thuis intraveneus toedienen van antibiotica: voorschrift

TITRE 3. Nutrition médicale

TITEL 3. Medische voeding

- Aliments diététiques (denrées alimentaires) à des fins médicales spéciales pour des bénéficiaires hospitalisés ou non
- Dieetvoeding (voeding) voor speciale medische doeleinden voor al dan niet gehospitaliseerde rechthebbenden

- C11) Modèle d'autorisation à durée limitée
- C11) Machtigingsmodel met beperkte geldigheidsduur

- C21) Modèle d'autorisation à durée illimitée
- C21) Machtigingsmodel met onbeperkte geldigheidsduur

- Nutrition Entérale par sonde à domicile
- Enterale sondevoeding thuis

C31) Demande pour l'intervention et pour la prolongation à l'attention du médecin-conseil
C31) Aanvraag voor de tegemoetkoming en voor de verlenging ter attentie van de adviserend-arts

C32) Modèle d'autorisation
C32) Machtigingsmodel

- Nutrition Parentérale pour des bénéficiaires ambulatoires non hospitalisés
- Parenterale voeding voor niet gehospitaliseerde ambulatoire rechthebbenden

C41) Demande pour l'intervention et pour la prolongation à l'attention du médecin-conseil
C41) Aanvraag voor de tegemoetkoming en voor de verlenging ter attentie van de adviserend-arts

C42) Modèle d'autorisation
C42) Machtigingsmodel

- Galactosémie
- Galactosemie

C51) Notification pour une intervention pour des aliments diététiques (denrées alimentaires)
C51) Kennisgeving voor een tegemoetkoming voor dieetvoeding (voeding)

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

Avenue de Galilée, 5/01 - 1210 Bruxelles

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
MOYEN DIAGNOSTIQUE - MATERIEL DE SOINS /
NUTRITION MEDICALE /
PRODUIT POUR PREPARATIONS MAGISTRALES**

1. IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom de la firme responsable de l'introduction de la demande

2. IDENTIFICATION DU PRODUIT

Type de produit

Catégorie de produit

Dénomination du produit

Conditionnement

Nom de la firme qui met le produit sur le marché

3. COMPOSITION

4. CODE ATC

5. CLASSIFICATION UE

6. ENGAGEMENT

Le/la soussigné(e) (nom et prénom)

.....

agissant au nom de la firme (forme juridique- désignation - adresse)

.....

qu'il/elle représente en qualité de

.....

est garant(e) que toutes les données, telles qu'elles sont communiquées dans les demandes d'admission, de modification ou de suppression de la liste, sont exactes et complètes.

Il / Elle déclare:

- qu'il/elle a pris connaissance du contenu de l'Arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1er, 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et s'engage à respecter les obligations imposées dans ledit arrêté royal ;
- que le produit pour lequel la présente demande est introduite sera effectivement disponible sur le marché au plus tard au moment de l'entrée en vigueur de l'admission au remboursement.

Il/elle s'engage:

- à communiquer dans les plus brefs délais au secrétariat de la Commission toute modification apportée à l'un des éléments de la demande d'admission au remboursement ;
- à assurer la continuité de la mise sur le marché du produit susvisé et à prévenir le secrétariat de la Commission dans les délais prévus à l'article 132 du retrait du marché ou de la mise hors marché provisoire d'un ou des produit(s) ou conditionnement(s) concerné(s);
- lorsqu'un produit est retiré du marché, à communiquer au secrétariat de la Commission la date de péremption du dernier lot du conditionnement retiré;
- à communiquer avant le 1er mars de chaque année les quantités vendues de chaque conditionnement vendu durant l'année précédente ;
- à renouveler la formule d'engagement chaque fois qu'il y a des modifications qui sont de telle nature que le demandeur qui est responsable d'un produit inscrit ne porte plus cette responsabilité (par exemple, à la suite d'une fusion ou de la vente d'un produit remboursable);

Il sait (Ils savent) que si le demandeur demande un prix plus élevé que celui qui est publié dans la liste en annexe, le produit sera supprimé de plein droit à partir de la date à laquelle le prix non convenu sera appliqué.

Fait à, le

Nom:

Prénom(s):

Adresse:

.....

Signature

"Lu et approuvé"

A21) Modèle de formulaire de demande de remboursement

Formulaire de demande de remboursement pour un produit dont les conditions de remboursement fixées à la partie I de la liste annexée à l'A.R. du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 n'imposent pas un formulaire de demande spécifique.
(facultatif pour la nutrition médicale)

I - Identification du bénéficiaire :

Nom :

Prénom :

Adresse :

N°-NISS :

II - Eléments à attester par le médecin traitant:

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit toutes les conditions nécessaires pour obtenir le remboursement de :

..... (nom du produit)

Il s'agit d'une première période d'autorisation (durée de l'autorisation

Il s'agit d'une période de prolongation d'autorisation (durée de la prolongation

(Cocher la case correspondante)

Si la réglementation le prévoit, je joins le rapport motivé à la demande.

Je tiens à disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le bénéficiaire concerné se trouve dans la situation attestée y compris, le cas échéant, lorsque les conditions prévoient que la demande doit être rédigée par un médecin titulaire d'une qualification médicale particulière, une attestation d'un médecin possédant cette qualification, qui confirme que les conditions sont bien remplies chez le patient concerné.

Sur base de tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de ce produit pour la période prévue dans la réglementation du paragraphe mentionné ci-dessus.

III- Identification du médecin traitant:

Nom :

Prénom :

Adresse :

N° INAMI :

CACHET



.....DATE

..... SIGNATURE DU MEDECIN

A31) Modèle d'autorisation de remboursement

MUTUALITE, OFFICE REGIONAL OU CAISSE DES SOINS DE SANTE:

.....

Numéro d'ordre de l'autorisation:

Le soussigné, médecin-conseil, autorise pour la période duau.....

(maximum mois) (1)

le remboursement du produit.....

ou

le remboursement des préparations magistrales relatif à des produits mentionnés au § du chapitre IV, partie I, titre 3

de la liste annexée à l'A.R. du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

- Nom et prénom du bénéficiaire:.....
- Adresse:.....
- Numéro d'inscription au Registre national:.....

Le bénéficiaire est obligé de montrer cette autorisation au pharmacien qui délivre; celui-ci apporte, lors de la présentation de la prescription de médicaments, les renseignements nécessaires dans la case prévue à cet effet (cf. verso).

Date:

Signature et cachet du médecin-conseil:

(1) Les maxima autorisés sont fixés dans la réglementation de remboursement qui s'y rapporte.

A remplir par le pharmacien qui délivre:

Date de la délivrance	Nombre d'unités ou quantités délivrées Ou Dénomination et conditionnement du moyen	Signature du pharmacien	Cachet du pharmacien

REMARQUES IMPORTANTES:

- a) L'autorisation est valable pour la période autorisée par le médecin-conseil. A son expiration, le bénéficiaire la remet au médecin-conseil.

Sur demande motivée du médecin traitant et dans la mesure où la réglementation le permet et dans les conditions et limites qui y sont prévues, une nouvelle autorisation peut être accordée pour le moyen remboursable que le médecin traitant aura prescrit en vue de la poursuite du traitement.

- b) Le pharmacien transmet à l'office de tarification les données figurant sur l'autorisation ainsi que, dans tous les cas où cela s'avère indispensable pour la tarification, la catégorie en vertu de laquelle le médecin-conseil a autorisé le remboursement du produit concerné. Il est autorisé à appliquer dans ce cas le régime du tiers payant.

B11) Installation – livraison de l’oxygène médical gazeux : attestation

.....(cachet du pharmacien) déclare que pour

..... (prénom et nom du bénéficiaire)

.....(N° NISS du bénéficiaire)

le (date) les prestations suivantes ont été exécutées :

installation de l’oxygène gazeux et des accessoires par le pharmacien

installation

contrôle

information

livraison des accessoires par le pharmacien

Types d’accessoire	Montant de location / prix par unité	Nombre d’unités	Nombre de jours de location
.....
.....
.....
.....
.....

Signature :
Le pharmacien

Le bénéficiaire ou son représentant

B21) Autorisation de remboursement d'un oxyconcentrateur pour lequel le régime du tiers payant est autorisé

MUTUALITE, OFFICE REGIONAL OU CAISSE DES SOINS DE SANTE :

.....

Numéro d'ordre de l'autorisation:

Le soussigné, médecin-conseil, autorise le remboursement d'un oxyconcentrateur à partir du .../.../..... pour une période de ... mois.

(La durée de validité est limitée à 12 mois avec un maximum de 3 périodes de remboursement de chacune 1 mois maximum).

- Nom et prénom du bénéficiaire:.....

- Adresse:.....

- N° NISS:.....

Le bénéficiaire est obligé de montrer cette autorisation au pharmacien qui délivre. Celui-ci apporte, lors de la présentation de la prescription de médicaments, les renseignements nécessaires dans la case prévue à cet effet (cf. verso).

Date:

Signature et cachet du médecin-conseil:

A remplir par le pharmacien qui délivre:

Période	Date de début du mois comptabilisé	Date de fin du mois comptabilisé	Signature du pharmacien	Cachet du Pharmacien
Période 1				
Période 2				
Période 3				

REMARQUES IMPORTANTES:

- a) Cette autorisation se rapporte à l'installation unique d'un oxyconcentrateur lorsque les périodes se suivent. Elle se rapporte cependant à plusieurs installations d'un oxyconcentrateur lorsque les périodes ne se suivent pas avec un maximum de 3 installations sur une période de 12 mois.
- b) Le pharmacien remplit une ligne avec les informations demandées en ce qui concerne la location, l'humidificateur et l'honoraire comptabilisés.
- c) L'autorisation est valable pour la période autorisée par le médecin-conseil. Le pharmacien doit attacher l'autorisation à la dernière prescription
- d) Le pharmacien transmet à l'office de tarification les données figurant sur l'autorisation. Il est autorisé à appliquer dans ce cas le régime du tiers payant.

B31) Trajet de soins diabète - demande pour la délivrance d'un glucomètre

Important : L'éducateur en diabétologie complète les rubriques de 1 à 4 et remet le formulaire au bénéficiaire. Le bénéficiaire remet ensuite le formulaire accompagné de la prescription du médecin généraliste au pharmacien, au pharmacien hospitalier ou au fournisseur. Le pharmacien, le pharmacien hospitalier ou le fournisseur attache ensuite le formulaire à la prescription.

RUBRIQUE 1: Données d'identification du bénéficiaire

Prénom :	Nom:
Numéro NISS:.....	

RUBRIQUE 2: Données d'identification du médecin généraliste

Prénom :	Nom :
Numéro INAMI :	

RUBRIQUE 3: Données d'identification de l'éducateur en diabétologie

Prénom :	Nom :
Numéro de téléphone et/ou adresse e-mail :	
Identification au moyen du : (Cochez une des deux possibilités et complétez le numéro concerné par le choix effectué.)	
<input type="checkbox"/>	numéro INAMI de l'éducateur lui-même:.....
<input type="checkbox"/>	numéro du centre conventionné ¹

RUBRIQUE 4: Engagement de l'éducateur en diabétologie - Choix du type de glucomètre

L'éducateur en diabétologie s'engage à exécuter le programme d'éducation prescrit dans le cadre du trajet de soins diabète.	
<u>Type de glucomètre proposé²:</u>	
Date :/...../.....	Signature de l'éducateur en diabétologie :

1 Seulement pour l'éducateur en diabétologie qui fait partie de l'équipe d'éducateurs en diabétologie de l'hôpital qui a conclu avec l'INAMI une convention diabétique

2 Dénomination reprise conformément à la dénomination décrite au sein de la liste du matériel d'autogestion (tiges de contrôle du glucose, lancettes et glucomètres) pour lequel une intervention de l'assurance peut être octroyée inscrite au sein de l'AR du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1er, 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

B41) notification d'un programme « éducation et autogestion » chez un patient atteint du diabète de type 2

Vignette de la mutualité du patient

Je soussigné Dr (nom et prénom)
..... (numéro d'identification INAMI)

communiqué par la présente dispenser à (nom et prénom du patient), pour lequel je gère le dossier médical global, un programme « éducation et autogestion ».

Je confirme que le patient suit un traitement par insulinothérapie injectable ou qu'il reçoit une seule injection d'insuline par jour et qu'une éducation en diabétologie a été dispensée au patient.

O J'ai démarré le programme le .././... (jj/mm/aaaa)

O* J'ai prolongé le programme à partir du .././...(jj/mm/aaaa) : j'ai constaté que mon patient a effectivement effectué les contrôles de glycémie requis au cours de la période écoulée et que la valeur HbA1c du patient, mesurée au plus tôt 3 mois avant la fin de la période précédente de 12 mois, est inférieure à 58 mmol/mol (ou 7,5 %).

Je tiens à votre disposition les données relatives à l'éducation en diabétologie et aux résultats de HbA1c du patient.

Nom+Cachet

Date et signature

* Ne cocher que si le programme de contrôle de la glycémie est prolongé après une période précédente de 12 mois pour une nouvelle période de 12 mois.

ENVOYER LE DOCUMENT SOUS PLI FERMÉ AU MÉDECIN-CONSEIL DE LA MUTUALITÉ

B51) PRESCRIPTION POUR LES DIFFUSEURS PORTABLES OU POUR LES CASSETTES POUR L'ADMINISTRATION À DOMICILE D'ANTIBIOTIQUES PAR VOIE INTRAVEINEUSE

Identification du bénéficiaire: Nom et prénom Rue et n° code postal et commune N° NISS	Nom, adresse et n° d'identification INAMI du Centre muco:
Coordonnées de la permanence téléphonique de l'hôpital auquel est rattaché le centre de référence:	

Le soussigné, médecin dirigeant le centre muco ou son collaborateur (sa collaboratrice) mandaté (e) (dont le nom, l'adresse et le n° d'identification INAMI sont mentionnés ci-dessus), déclare que le bénéficiaire et sa famille ont reçu de l'équipe de rééducation, la formation et les instructions écrites nécessaires pour pouvoir suivre d'une façon autonome à domicile le traitement par antibiotiques administrés par voie intraveineuse.

Il y a eu concertation entre le médecin généraliste, le pharmacien hospitalier qui délivre et l'équipe du centre muco de référence pour patients atteints de mucoviscidose, concertation au cours de laquelle tous les aspects de la thérapie d'antibiotiques ambulatoire par diffuseurs portables ou par cassette prescrite ont été examinés et estimés sûrs par le médecin dirigeant l'institution conventionnée ou par son collaborateur (sa collaboratrice) mandaté(e).

Le remplissage des diffuseurs portables ou des cassettes se fait par le pharmacien hospitalier.

Le traitement ambulatoire par antibiotiques administrés par voie intraveineuse se fait:	Le médecin dirigeant le centre muco ou son collaborateur (sa collaboratrice) mandaté (e) complète la case adéquate.
de façon autonome, sous la surveillance médicale du médecin généraliste (dont le nom doit être indiqué),	
de façon autonome, avec l'intervention du médecin généraliste (dont le nom doit être indiqué)	
de façon autonome, avec l'intervention éventuelle du médecin généraliste (dont le nom doit être indiqué) et des praticiens de l'art infirmier (dont les noms et l'organisation doivent être indiqués).	

Les diffuseurs portables ou les cassettes (avec la pompe) ainsi que les dispositifs médicaux pour l'administration et les soins nécessaires sont:

	Le médecin dirigeant le centre muco ou son collaborateur (sa collaboratrice) mandaté (e) complète les cases adéquates.
Le genre et le nombre de diffuseurs portables (à usage unique) à délivrer préremplis:	
Le genre et le nombre de cassettes (à usage unique), à délivrer préremplis – avec la location de la pompe:	
Le genre de diffuseurs portables (à usage unique) à délivrer vides (max.1) :	
Le genre de cassettes (à usage unique), à délivrer vides (max.1):	

	Le médecin dirigeant le centre muco ou son collaborateur (sa collaboratrice) mandaté (e)
--	--

Les dispositifs médicaux pour l'administration et les soins:	
--	--

Date, nom, signature et cachet du médecin prescripteur

A remplir par le pharmacien hospitalier qui délivre:

	Pseudocode	Type ou marque	Code CNK	Montant par unité	Nombre d'unités délivrées	Date de délivrance	prix total T.V.A.C.
Le genre et le nombre de diffuseurs portables préremplis:	759496			30,44			
Le genre de diffuseurs portables vides:	759533			30,44	Max. 1		
Le genre et le nombre de cassettes à délivrer préremplis y compris la location de la pompe:	759511			30,44			
Le genre de cassettes à délivrer vides;	759555			30,44	Max. 1		
Les dispositifs médicaux d'administration et de soins (forfait):	759570		-	1,24			
Les honoraires de remplissage:	759592	-	-	12,40			
MONTANT TOTAL							

Le soussigné, pharmacien hospitalier, a délivré les prestations précitées au bénéficiaire précité.

Date, nom, adresse, numéro d'identification à l'INAMI, signature et cachet du pharmacien hospitalier qui délivre:

Lorsque les prix sont complétés, une copie de la présente prescription doit être adressée au médecin dirigeant le centre muco ou son collaborateur (sa collaboratrice) mandaté (e).

C11) Autorisation de remboursement des aliments diététiques à des fins médicales spéciales pour lesquels le régime du tiers payant est autorisé (durée limitée)

MUTUALITE, OFFICE REGIONAL OU CAISSE DES SOINS DE SANTE:

.....

Numéro d'ordre de l'autorisation:

Le soussigné, médecin-conseil, autorise pour la période du au

(maximum ... mois) (1) le remboursement des aliments diététiques à des fins médicales spéciales inscrits :

au paragraphe n°

dénomination du paragraphe (2)

ou

le produit importé :

de la liste (Partie I – Titre 2 – Chapitre I ou Titre 4 – Chapitre II – Section I) annexée à l'A.R. du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5^o a), 19^o, 20^o et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

- Nom et prénom du bénéficiaire :

- Adresse :

- NISS :

Date :

Signature et cachet du médecin-conseil :

Instructions pour le bénéficiaire :

Le bénéficiaire est obligé de soumettre le présent formulaire d'autorisation au pharmacien qui effectue la délivrance.

Instructions pour le pharmacien qui délivre :

Le pharmacien dispensateur est autorisé à appliquer le régime du tiers payant si toutes les conditions suivantes sont respectées :

- 1) La délivrance doit se situer dans la période autorisée par le médecin-conseil;
- 2) Dans les données de tarification, le pharmacien enregistrera le numéro d'ordre de l'autorisation ainsi que, dans tous les cas où cela s'avère indispensable pour la tarification, la catégorie en vertu de laquelle le médecin-conseil a autorisé le remboursement de la nutrition médicale concernée.
- 3) Le pharmacien doit toujours vérifier que, au moment de la délivrance, le produit prescrit est inscrit dans le paragraphe figurant sur la présente autorisation.

(1) Les périodes maximales autorisées sont fixées dans la réglementation de remboursement qui s'y rapporte.

(2) La liste de la nutrition médicale remboursable, par paragraphe, est consultable à l'adresse suivante :

<http://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/produits-sante/nutrition/Pages/aliments-dietetiques.aspx>

C21) Autorisation de remboursement des aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales pour lesquels le régime du tiers payant est autorisé (durée illimitée)

MUTUALITE, OFFICE REGIONAL OU CAISSE DES SOINS DE SANTE:
.....

Numéro d'ordre de l'autorisation:

Le soussigné, médecin-conseil, autorise pour la période à partir dule remboursement des aliments diététiques à des fins médicales spéciales inscrits au paragraphe n°

..... dénomination du paragraphe

(*).....

de la liste (Partie I – Titre 2 – Chapitre I) annexée à l'A.R. du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

- Nom et prénom du bénéficiaire :.....
- Adresse :.....
- NISS:.....

Date :

Signature et cachet du médecin-conseil :

Instructions pour le bénéficiaire :

Le bénéficiaire est obligé de soumettre le présent formulaire d'autorisation au pharmacien qui effectue la délivrance.

Instructions pour le pharmacien qui délivre :

Le pharmacien dispensateur est autorisé à appliquer le régime du tiers payant si toutes les conditions suivantes sont respectées :

- 1) La délivrance doit se situer dans la période autorisée par le médecin-conseil;
- 2) Dans les données de tarification, le pharmacien enregistrera le numéro d'ordre de l'autorisation ainsi que, dans tous les cas où cela s'avère indispensable pour la tarification, la catégorie en vertu de laquelle le médecin-conseil a autorisé le remboursement de la nutrition médicale concernée.
- 3) Le pharmacien doit toujours vérifier que, au moment de la délivrance, la spécialité prescrite est inscrite dans le paragraphe figurant sur la présente autorisation.

(*) La liste de la nutrition médicale remboursable, par paragraphe, est consultable à l'adresse suivante :
<http://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/produits-sante/nutrition/Pages/aliments-dietetiques.aspx>

La situation spécifique de l'intéressé concerne* :

- A:** une pathologie reprise dans un des groupes suivants:
- 1° pathologies neurologiques sévères avec absence ou incoordination du réflexe de déglutition
 - 2° séquelles de chirurgie et/ou de radiothérapie bucco-pharyngée ou laryngée
 - 3° obstruction de l'oropharynx, de l'oesophage ou de l'estomac
 - 4° maladies métaboliques héréditaires.
- B:** une insuffisance intestinale temporaire ou permanente à la suite de :
- 1° maladies inflammatoires idiopathiques de l'intestin (maladie de Crohn, rectocolite ulcéro-hémorragique) :
 - a) résistantes aux médicaments et
 - b) ayant atteint des segments étendus de l'intestin
 - 2° résections intestinales étendues
 - 3° malabsorption intestinale très sévère consécutive à:
 - a) entérite radique
 - b) atrophie villositaire totale (maladie coeliaque) ou affections équivalentes qui ne répondent pas à un traitement classique
 - c) lymphomes intestinaux
 - d) pancréatite chronique récidivante
 - e) mucoviscidose
 - 4° surinfection du tube digestif chez les patients atteints du "syndrome d'immunodéficience acquise"
 - 5° diarrhée rebelle de l'enfant, d'origine congénitale ou acquise
 - 6° ascite chyleuse rebelle.
- C:** enfant / adolescent jusqu'à 17 ans inclus en phase de croissance atteint d'une affection entraînant une dénutrition sévère avec retentissement sur le développement staturo-pondéral.
- D:** un grave trouble fonctionnel du système gastro-intestinal ayant un important impact sur l'état nutritionnel qu'il était impossible de corriger d'une manière acceptable par la voie orale. Un rapport circonstancié avec l'historique des traitements doit être rédigé par le médecin spécialiste et joint aux demandes dont il est question aux articles 2 et 2/1.
- E:** une maladie grave entraînant une dénutrition sévère (soit NRS *Nutritional Risk Screening* score supérieur à 3 soit BMI inférieur à 18,5) et ne pouvoir atteindre ses objectifs nutritionnels sous forme d'alimentation orale ou de compléments alimentaires oraux.
Pour cette indication, la nutrition entérale doit être initiée pendant l'hospitalisation ou pendant les 3 mois qui suivent l'hospitalisation sur prescription du médecin qui était responsable du traitement durant l'hospitalisation.

C51) Notification pour une intervention pour des d'aliments diététiques en cas de GALACTOSEMIE

<u>Identification du bénéficiaire</u>
Nom, prénom :
Adresse :
Date de naissance :
Numéro INSS:

Je soussigné, médecin spécialiste en pédiatrie déclare que le patient susmentionné est en traitement chez lui/elle pour galactosémie. Il/elle tient son dossier à disposition du médecin-conseil pour confirmation du diagnostic avec les résultats de :

- l'analyse intra-érythrocytaire du galactose 1 phosphate
- la détermination du dosage urinaire du galactitol

Aliments prescrits:

Identification du médecin spécialiste en pédiatrie (remplir ou apposer cachet)
Nom, prénom :.....
N° d'ident. INAMI :.....
Date:.....
Signature:.....

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 23 novembre 2021 et la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1er, 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Par le Roi:

Le Vice Premier-ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
Frank Vandenbroucke