

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)

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING

Tervurenlaan 5/01 - 1210 Brussel

**AANVRAAG TOT VERGOEDBAARHEID
DIAGNOSTISCH MIDDEL – VERZORGINGSMIDDEL /
MEDISCHE VOEDING /
PRODUCT VOOR MAGISTRALE BEREIDINGEN**

1. IDENTIFICATIE VAN DE AANVRAGER

Naam van het bedrijf dat verantwoordelijk is voor de aanvraag

2. IDENTIFICATIE VAN HET PRODUCT

Soort product

Categorie van het product

Benaming van het product

Verpakking

Naam van het bedrijf waaronder het product in de handel wordt gebracht

3. SAMENSTELLING

4. ATC-CODE

5. EU-RANGSCHIKKING

6. VERBINTENIS

De ondergetekende (naam en voornaam)

.....

die handelt in naam van de onderneming (rechtsvorm - naam - adres)

.....

welke hij / zij vertegenwoordigt in de hoedanigheid van

.....

staat(n) garant dat alle gegevens zoals ze worden meegedeeld in de aanvragen tot opname, wijziging of schrapping van de inschrijving op de lijst juist en volledig zijn.

Hij / Zij verklaart:

- dat hij/zij kennis heeft/hebben genomen van de inhoud van het Koninklijk Besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en verbindt(en) zich ertoe de verplichtingen opgelegd in dit Koninklijk Besluit, na te leven.
- dat het product waarvoor de aanvraag wordt ingediend, daadwerkelijk in de handel zal beschikbaar zijn, uiterlijk op het ogenblik waarop de aanneming ervan voor vergoeding in werking treedt.

Hij/Zij verbindt(en) zich ertoe:

- elke wijziging aan één van de elementen van de aanvraag tot vergoedbaarheid onmiddellijk mee te delen aan het secretariaat van de Commissie;
- te zorgen voor de continuïteit van het in de handel brengen van bovengenoemd product en het secretariaat van de Commissie binnen de termijnen voorzien in artikel 132 in kennis te stellen van de terugtrekking of het voorlopig uit de handel nemen van een of meerdere betrokken product(en) of verpakking(en);
- wanneer hij/zij een product uit de handel neemt(nemen) de vervaldatum van het laatste lot van die verpakking aan het secretariaat van de Commissie mee te delen;
- vóór 1 maart van elk jaar de verkochte hoeveelheid van elke verpakking die tijdens het vorig jaar verkocht werd mee te delen;
- de verbintenis te hernieuwen wanneer er wijzigingen gebeuren die van die aard zijn dat de aanvrager dat verantwoordelijk is voor een ingeschreven product deze verantwoordelijkheid niet langer draagt (vb. als gevolg van een fusie, een verkoop van een vergoedbaar product,...).

Hij weet (Zij weten) dat indien zijn (hun) aanvrager een hogere prijs vraagt dan gepubliceerd in de bijgevoegde lijsten, het product van rechtswege geschrapt wordt vanaf de datum waarop de niet overeengekomen prijs toegepast wordt.

Opgemaakt te, op

Naam:

Voorna(a)m(en):

Adres:

.....

Handtekening

Gelezen en goedgekeurd

A21) Model van formulier voor een aanvraag tot terugbetaling

Formulier voor aanvraag tot terugbetaling, voor een product waarvoor de vergoedingsvoorwaarden, zoals bepaald in deel I van de lijst in bijlage van het KB van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994geen specifiek aanvraagformulier opleggen
(optioneel voor medische voeding)

I – Identificatie van de rechthebbende:

Naam :

Voornaam :

Adres :

INSZ-nr :

II – Elementen te bevestigen door de behandelende arts:

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende voldoet aan alle voorwaarden, noodzakelijk om een vergoeding te verkrijgen voor:

..... (naam van het product)

- Het gaat over een eerste aanvraag tot machtiging (looptijd van de machtiging).
- Het gaat over een verlenging van de machtiging (looptijd van de verlenging).

(Vink het overeenkomstige vakje aan)

Als de reglementering in het voorziet, voeg ik het gemotiveerde verslag samen met de vraag..

Ik verbind ik mij ertoe om het bewijsmateriaal waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend arts, inbegrepen, in voorkomend geval, indien de voorwaarden voorzien dat de aanvraag moet opgesteld worden door een arts die houder is van een bijzondere medische kwalificatie, een attest van een arts die deze kwalificatie bezit, die bevestigt dat de voorwaarden wel degelijk vervuld zijn bij deze patiënt.

Op grond van al deze elementen attesteer ik dat deze patiënt de vergoeding voor dit product moet krijgen voor de periode voorzien in de reglementering van de hierboven vermelde paragraaf.

III- Identificatie van de behandelende arts:

Naam :

Voornaam :

Adres :

RIZIV-nr:

DATUM

STEMPEL

HANDTEKENING VAN DE ARTS

A31) Model van de machtiging tot vergoeding

ZIEKENFONDS, GEWESTELIJKE DIENST OF KAS DER GENEESKUNDIGE VERZORGING:

.....

Volgnummer van de machtiging:

De ondergetekende, adviserend -arts, machtigt voor de periode van tot

(maximum maanden) (1)

de vergoeding van het product

of

de vergoeding van de magistrale bereidingen betreffende de onder § van hoofdstuk IV van deel I, titel 3

van de lijst in bijlage van het KB van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 vermelde producten.

- Naam en voornamen van de rechthebbende:

- Adres:

- Identificatienummer uit het Rijksregister:

De rechthebbende is verplicht deze machtiging te tonen aan de afleverende apotheker die er de nodige inlichtingen in het daartoe bestemde vak op aanbrengt bij het voorleggen van het geneesmiddelenvoorschrift (zie keerzijde).

Datum:

Handtekening en stempel van de adviserend-arts,

(1) De toegelaten maxima zijn bepaald in de desbetreffende vergoedingsreglementering.

In te vullen door de afleverende apotheker:

Datum van aflevering	Aantal eenheden of afgeleverde hoeveelheid Of Benaming en verpakking van het middel	Handtekening van de apotheker	Stempel van de apotheker

BELANGRIJKE OPMERKINGEN:

- a) De machtiging geldt voor de door de adviserend-arts toegestane periode. Bij het verstrijken ervan overhandigt de rechthebbende deze opnieuw aan de adviserend-arts.

Op gemotiveerd advies van de behandelende arts en voor zover de reglementering het toelaat, en volgens de voorwaarden en beperkingen die voorzien worden, kan een nieuwe machtiging toegekend worden, voor het vergoedbaar middel dat de behandelende arts zal voorschrijven voor de voortzetting van de behandeling.

- b) De apotheker stuurt de gegevens die op de machtiging is vermeld zijn, alsook, in alle gevallen waar dit voor de tarifiering onontbeerlijk is, de categorie krachtens dewelke de adviserend-arts de vergoeding van het betrokken middel heeft gemachtigd naar de tarifieringsdienst.
In dat geval is het toegestaan om de derdebetalersregeling toe te passen.

B11) Installatie – levering van gasvormige medische zuurstof: attest

..... (stempel van de apotheker) verklaart dat voor
..... (voornaam en naam van de rechthebbende)
..... (INSS nummer van de rechthebbende)

op (datum)

de volgende verstrekkingen uitgevoerd werden:

installatie van gasvormige zuurstof en toebehoren door de apotheker

installatie

controle

informatie

levering van toebehoren door de apotheker

Types van toebehoren	Huursom / prijs per eenheid	Aantal eenheden	Aantal huurdagen
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Handtekening:

De apotheker

De rechthebbende of zijn vertegenwoordiger

B21) Machtiging voor de vergoeding van een zuurstofconcentrator waarvoor de derdebetalersregeling toegelaten is

ZIEKENFONDS, GEWESTELIJKE DIENST OF KAS DER GENEESKUNDIGE VERZORGING:

.....

Volgnummer van de machtiging:

De ondergetekende, adviserend-arts, machtigt de vergoeding van een zuurstofconcentrator vanaf .../.../..... voor een periode van ... maanden.

(De geldigheidsduur is beperkt tot 12 maanden met een maximum van 3 perioden van tegemoetkoming van telkens maximaal 1 maand).

- Naam en voornaam van de rechthebbende:
- Adres:
- INSZ-nr:

De rechthebbende is verplicht deze machtiging voor te leggen aan de afleverende apotheker die er de nodige inlichtingen in het daartoe bestemde vak op aanbrengt bij het aanbieden van het geneesmiddelenvoorschrift. (zie verso)

Datum:

Handtekening en stempel van de adviserend-arts,

In te vullen door de afleverende apotheker:

Periode	Begindatum aangerekende maand	Einddatum aangerekende maand	Handtekening van de apotheker	Stempel van de apotheker
Periode 1				
Periode 2				
Periode 3				

BELANGRIJKE OPMERKINGEN:

- a) Deze machtiging heeft betrekking op de éénmalige installatie van een zuurstofconcentrator wanneer de periodes elkaar opvolgen. Ze heeft echter betrekking op meerdere installaties van een zuurstofconcentrator wanneer de periodes elkaar niet opvolgen met een maximum van 3 installaties over een periode van 12 maanden.
- b) De apotheker vult per periode de gevraagde informatie in waarbij hij het huurgeld, de bevochtiger en het honorarium kan aanrekenen.
- c) De machtiging geldt voor de door de adviserend-arts toegestane periode. De apotheker dient deze machtiging te hechten aan het laatste voorschrift.
- d) De apotheker stuurt naar de tarifieringsdienst de gegevens die op de machtiging is vermeld zijn. In dat geval is het toegestaan om de derdebetalersregeling toe te passen.

B31) Zorgtraject diabetes - aanvraag voor aflevering van een bloedglucosemeter

Belangrijk: De diabeteseducator vult vakken 1 tot en met 4 in en bezorgt het formulier aan de rechthebbende. De rechthebbende bezorgt het formulier daarna samen met het voorschrift van de huisarts aan de apotheker, de ziekenhuisapotheker of de leverancier van de bloedglucosemeter. De apotheker, de ziekenhuisapotheker of de leverancier hecht daarna het formulier aan het voorschrift.

VAK 1: Identificatiegegevens van de rechthebbende

Voornaam:	Naam:
INSZ-nr.:	

VAK 2: Identificatiegegevens van de huisarts

Voornaam:	Naam:
RIZIV-nummer:	

VAK 3: Identificatiegegevens van de diabeteseducator

Voornaam:	Naam:
Telefoonnummer en/of e-mail adres:	
Identificatie aan de hand van: (Kruis één van beide mogelijkheden aan en vul het nummer van de gekozen mogelijkheid in.)	
<input type="checkbox"/> het RIZIV-nummer van de educator zelf:	
<input type="checkbox"/> het nummer van het conventiecentrum ¹ :	

VAK 4: Verbintenis van de diabeteseducator - Keuze van het type bloedglucosemeter

De diabeteseducator verbindt zich ertoe het voorgeschreven educatieprogramma in het kader van het zorgtraject diabetes uit te voeren.	
Voorgesteld type bloedglucosemeter ² :	
Datum:/...../.....	Handtekening diabeteseducator:

1 Alleen voor een diabeteseducator die deel uitmaakt van het diabeteseducatieteam van een ziekenhuis dat met het RIZIV een diabetesovereenkomst heeft gesloten

2 De gebruikte benaming voor het toestel moet in overeenstemming zijn met de benaming waaronder het toestel opgenomen is in de lijst van zelfzorgmateriaal (glucosecontrolestrips, lancetten en bloedglucosemeters) waarvoor een tegemoetkoming kan worden toegekend, opgenomen in het KB van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

B41) notificatie van een programma “educatie en zelfzorg” bij een patiënt met diabetes type 2

Kleefbriefje ziekenfonds van de patiënt

Ik, Dr. (naam en voornaam)
..... (RIZIV-identificatienummer)

deel hierbij mee dat ik aan (naam en voornaam van de patiënt), voor wie ik het globaal medisch dossier beheer, een programma “educatie en zelfzorg” verleen.

Ik bevestig dat de patiënt een behandeling volgt met inspuitable incretinemimetica of dagelijks één enkele insuline-injectie krijgt en dat de patiënt een diabeteseducatie heeft gekregen.

O Ik heb het programma gestart op .././.... (dd/mm/jjjj)

O* Ik heb het programma verlengd vanaf .././....(dd/mm/jjjj) : ik heb vastgesteld dat mijn patiënt tijdens de afgelopen periode daadwerkelijk de vereiste glycemiecontroles heeft uitgevoerd en dat de HbA1c-waarde van de patiënt, gemeten op zijn vroegst 3 maanden voor het einde van de voorbije periode van 12 maanden, minder bedraagt dan 58 mmol/mol (of 7,5%).

Ik houd de gegevens over de diabeteseducatie en de HbA1c-resultaten van de patiënt te uwer beschikking.

Naam+Stempel

Datum en handtekening

* Enkel aankruisen indien het glycemiecontroleprogramma na een voorgaande periode van 12 maanden verlengd wordt voor een nieuwe periode van 12 maanden.

DOCUMENT ONDER GESLOTEN OMSLAG OVER TE MAKEN AAN DE ADVISEREND-ARTS VAN HET ZIEKENFONDS

B51) VOORSCHRIFT VOOR DRAAGBARE DIFFUSORS OF CASSETTES NOODZAKELIJK VOOR HET THUIS INTRAVENEUS TOEDIENEN VAN ANTIBIOTICA

Identificatie van de rechthebbende: Naam en voornaam straat en nr. postcode en gemeente NISS N°	Naam, adres en RIZIV-identificatienummer van het muco centrum:
Telefoonnummer van de permanentie van het ziekenhuis waaraan het referentiecentrum verbonden is:	

Ondergetekende, leidinggevende arts van het muco centrum of zijn (haar) gemandateerde medewerker (waarvan de naam, het adres, en het RIZIV-identificatienummer hierboven staan), verklaart dat de rechthebbende en zijn familie vanwege het revalidatieteam de nodige vorming en de nodige schriftelijke instructies hebben gekregen om autonoom de voorgeschreven intraveneuze antibioticabehandeling thuis te volgen.

Er is overleg geweest tussen de huisarts, de afleverende ziekenhuisapotheker en het team van het muco centrum waarbij alle aspecten van de voorgeschreven ambulante antibioticatherapie met draagbare diffusors of met cassettes besproken werden en door de leidinggevende arts van de geconventioneerde inrichting of zijn (haar) gemandateerde medewerker veilig bevonden.

De vulling van de draagbare diffusors of de cassettes gebeurt door de ziekenhuisapotheker.

De ambulante intraveneuze antibioticabehandeling gebeurt:	De leidinggevende arts van het muco centrum of zijn (haar) gemandateerde medewerker vult het passende vakje in.
autonoom onder medisch toezicht van de huisarts (naam te vermelden)	
autonoom met tussenkomst van de huisarts (naam te vermelden)	
autonoom met de eventuele tussenkomst van de huisarts (naam te vermelden) en van thuisverpleegkundigen (naam en organisatie te vermelden)	

De nodige draagbare diffusors of de pomp (met cassettes) en de medische hulpmiddelen voor toediening en verzorging zijn:

	De leidinggevende arts van het muco centrum of zijn (haar) gemandateerde medewerker vult de passende vakjes in.
Soort en aantal draagbare diffusors (voor eenmalig gebruik) voorgevuld af te leveren:	
Soort en aantal cassettes (voor eenmalig gebruik) voorgevuld af te leveren – met de huur van een pomp:	
Soort draagbare diffusors (voor eenmalig gebruik) leeg af te leveren (max.1):	
Soort cassettes (voor eenmalig gebruik) leeg af te leveren (max.1):	
	De leidinggevende arts van het muco centrum of zijn (haar) gemandateerde medewerker vult de vakje

De medische hulpmiddelen voor toediening en verzorging:	
---	--

Datum, naam, handtekening en stempel van de voorschrijvende arts:

In te vullen door de afleverende ziekenhuisapotheker:

	Pseudocode	Soort of merk	Code CNK	Montant par unité	Aantal afgeleverde eenheden	Datum van aflevering	totale prijs BTWI
Soort en aantal draagbare diffusors voorgevuld:	759496			30,44			
Soort draagbare diffusors leeg:	759533			30,44	Max. 1		
Soort en aantal cassettes voorgevuld af te leveren:	759511			30,44			
Soort cassettes leeg af te leveren:	759555			30,44	Max. 1		
De medische hulpmiddelen voor toediening en verzorging (forfait):	759570		-	1,24			
Vullingshonoraria:	759592	-	-	12,40			
TOTAAL BEDRAG							

Ondergetekende, ziekenhuisapotheker, heeft aan de voornoemde rechthebbende de voornoemde verstrekkingen afgeleverd.

Datum, naam, adres, RIZIV-identificatienummer, handtekening en stempel van de afleverende ziekenhuisapotheker:

Na invullen van de prijzen moet een kopie van dit voorschrift gestuurd worden naar de leidinggevende arts van het muco centrum of zijn (haar) gemandateerde medewerker.

C11) Machtiging tot het vergoeden van de dieetvoeding voor medisch gebruik waarvoor de derdebetalersregeling toegelaten is (beperkte geldigheidsduur)

ZIEKENFONDS, GEWESTELIJKE DIENST OF KAS DER GENEESKUNDIGE VERZORGING:

.....

Volgnummer van de machtiging:

De ondergetekende, adviserend-arts, machtigt van tot

(maximum maanden) (1) de vergoeding van de dieetvoeding voor medisch gebruik ingeschreven in

paragraaf nr.....

benaming van de paragraaf (2).....

of

het gelmporteerde product :.....

van de lijst (Deel I – Titel 2 – Hoofdstuk I of Titel 4 – Hoofdstuk II – Afdeling I) in bijlage van het KB van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

- Naam en voornaam van de rechthebbende :

- Adres :

- INSZ :

Datum :

Handtekening en stempel van de adviserend-arts :

Instructies voor de rechthebbende:

De rechthebbende is verplicht deze machtiging voor te leggen aan de afleverende apotheker.

Instructies voor de afleverende apotheker :

Het is de afleverende apotheker toegestaan de derdebetalersregeling toe te passen indien aan alle volgende voorwaarden voldaan is:

- 1) De aflevering gebeurt binnen de door de adviserend-arts toegestane periode;
- 2) De apotheker zal in de tarifieringsgegevens het volgnummer van de machtiging registreren alsook, in alle gevallen waar dit voor de tarifiering onontbeerlijk is, de categorie krachtens dewelke de adviserend-arts de vergoeding van de betrokken medische voeding heeft gemachtigd.
- 3) De apotheker moet bij de aflevering steeds controleren of het voorgeschreven product ingeschreven is in de paragraaf vermeld op de machtiging.

(1) De toegelaten maximale perioden zijn bepaald in de desbetreffende vergoedingsreglementering.

(2) De lijst van de vergoedbare medische voeding, per paragraaf, is raadpleegbaar via het volgende adres:

<http://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/gezondheidsproducten/voeding/Paginas/dieetvoeding-bestemd-bijzonder-medisch.aspx>

C21) Machtiging tot het vergoeden van producten voor dieetvoeding bestemd voor een bijzonder medisch doel waarvoor de derdebetalersregeling toegelaten is (onbeperkte geldigheidsduur)

ZIEKENFONDS, GEWESTELIJKE DIENST OF KAS DER GENEESKUNDIGE VERZORGING :

.....

Volgnummer van de machtiging:

De ondergetekende, adviserend-arts, machtigt voor de periode vanaf de vergoeding van de dieetvoeding voor medisch gebruik ingeschreven in paragraaf

n°

benaming van de paragraaf (*)

.....

van de lijst (Deel I – Titel 2 – Hoofdstuk I) in bijlage van het KB van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

- Naam en voornaam van de rechthebbende:.....

- Adres:.....

- INSZ :

Datum :

Handtekening en stempel van de adviserend-arts :

Instructies voor de rechthebbende:

De rechthebbende is verplicht deze machtiging voor te leggen aan de afleverende apotheker.

Instructies voor de afleverende apotheker :

Het is de afleverende apotheker toegestaan de derdebetalersregeling toe te passen indien aan alle volgende voorwaarden voldaan is:

- 1) De aflevering gebeurt binnen de door de adviserend-arts toegestane periode;
- 2) De apotheker zal in de tarifieringsgegevens het volgnummer van de machtiging registreren alsook, in alle gevallen waar dit voor de tarifiering onontbeerlijk is, de categorie krachtens dewelke de adviserend-arts de vergoeding van de betrokken medische voeding heeft gemachtigd.
- 3) De apotheker moet bij de aflevering steeds controleren of de voorgeschreven specialiteit ingeschreven is in de paragraaf vermeld op de machtiging.

(*) De lijst van de vergoedbare medische voeding, per paragraaf, is raadpleegbaar via het volgende adres:

<http://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/gezondheidsproducten/voeding/Paginas/dieetvoeding-bestemd-bijzonder-medisch.aspx>

De specifieke situatie van betrokkene betreft*:

- A:** een pathologie opgenomen onder één van de volgende groepen:
- 1° ernstige neurologische pathologieën met afwezigheid of incoördinatie van de slikreflex
 - 2° sequellen van buccofaryngeale of laryngeale heelkunde en/of radiotherapie
 - 3° obstructie van de orofarynx, de slokdarm of van de maag
 - 4° erfelijke metabole ziekten.
- B:** een tijdelijke of blijvende intestinale insufficiëntie ten gevolge van :
- 1° idiopathische inflammatoire darmziekten (ziekte van Crohn, colitis ulcerosa)
 - a) die geneesmiddelenresistent zijn en
 - b) die uitgebreide segmenten van de darm hebben aangetast
 - 2° uitgebreide intestinale resecties
 - 3° zeer ernstige intestinale malabsorptie ten gevolge van:
 - a) radio-enteritis
 - b) totale darmvlokkenatrofie (coeliakie) of equivalente aandoeningen die niet beantwoorden aan een klassieke behandeling
 - c) intestinale lymfomen
 - d) chronische recidiverende pancreatitis
 - e) mucoviscidose (cystische fibrose, taaislijmziekte)
 - 4° surinfectie van het spijsverteringskanaal bij patiënten lijdend aan "acquired immunodeficiency syndrome"
 - 5° aanhoudende diarree bij kinderen, aangeboren of verworven
 - 6° weerstandige chyleuze ascites.
- C:** kind / adolescent tot en met 17 jaar in de groeifase die lijdt aan aandoening die een ernstige ondervoeding met een weerslag op de ontwikkeling van de lichaamslengte en het lichaamsgewicht tot gevolg heeft.
- D:** lijden aan een ernstige functionele stoornis van het gastro-intestinale systeem met gedocumenteerde belangrijke weerslag op de voedingstoestand, waarbij het onmogelijk was om via orale weg de voedingstoestand op een aanvaardbare manier te corrigeren. Een omstandig verslag met de historiek van de behandelingen moet door de arts-specialist opgesteld worden en aan de aanvragen bedoeld in artikels 2 en 2/1 toegevoegd worden.
- E:** lijden aan een ernstige ziekte die leidt tot een ernstige ondervoeding (ofwel NRS *Nutritional Risk Screening* score hoger dan 3 ofwel BMI lager dan 18,5) en zijn aanbevolen voedingsdoelstellingen niet bereiken in de vorm van orale voeding of orale voedingssupplementen. Voor de indicatie moet de enterale voeding ingesteld worden tijdens een ziekenhuisopname of gedurende de 3 maanden die volgen op een ziekenhuisverblijf op voorschrift van een arts die verantwoordelijk was voor de behandeling tijdens het ziekenhuisverblijf.

C51) Kennisgeving voor een tegemoetkoming voor dieetvoeding bij GALACTOSEMIE

<u>Identificatie van de rechthebbende</u>
Naam, voornaam:
Adres:
Geboortedatum:
INSZ-nummer:

Ondergetekende arts-specialist in de kindergeneeskunde verklaart dat hij / zij de hoger vermelde patiënt in behandeling heeft voor galactosemie. Hij / zij houdt in zijn / haar dossier ter bevestiging van de diagnose en beschikbaar voor de adviserend-arts de resultaten van:

- de intra-erythrocytaire analyse van galactose 1 fosfaat
- de bepaling van het urinair galactitolgehalte

Voorgeschreven voeding :

Identificatie van de arts-specialist (invullen of stempel aanbrengen)
Naam, voornaam:
RIZIV-nummer:
Datum:
Handtekening:

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit van 23 november 2021 en de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994