

ANNEXE / BIJLAGE

PARTIE II :

LISTE DES PRESTATIONS : FORFAITS, HONORAIRES ET QUANTITÉS MAXIMALES ADMISES

DEEL II :

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

TITRE 2. Nutrition médicale

TITEL 2. Medische voeding

Chapitre II : Nutrition parentérale pour des bénéficiaires ambulatoires non hospitalisés

Hoofdstuk II : Parenterale voeding voor ambulante en niet gehospitaliseerde rechthebbenden

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

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

- 1° maladies inflammatoires idiopathiques de l'intestin (maladie de Crohn, rectocolite ulcéro-hémorragique):
- a) résistantes aux médicaments et
 - b) ayant atteint des segments étendus de l'intestin

2° résections intestinales étendues

- 3° malabsorption intestinale très sévère consécutive à:
- a) entérite radique
 - b) atrophie villositaire totale (maladie coeliaque) ou affections équivalentes qui ne répondent pas à un traitement classique
 - c) lymphomes intestinaux
 - d) pancréatite chronique dont il est démontré que l'alimentation par voie orale ou la nutrition entérale par sonde est impossible
 - e) mucoviscidose
 - f) carcinomatose péritonéale avec occlusion intestinale

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

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

6° ascite chyleuse rebelle.

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

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

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

- 1° idiopathische inflammatoire intestinale ziekten (ziekte van Crohn, colitis ulcerosa):
- a) die geneesmiddelenresistent zijn en
 - b) uitgebreide segmenten van de darm hebben aangetast

2° uitgebreide intestinale resecties

- 3° zeer ernstige intestinale malabsorptie ten gevolge van:
- a) radio-enteritis
 - b) totale darmvlokkenatrofie (coeliakie) of equivalente aandoeningen die niet beantwoorden aan een klassieke behandeling
 - c) intestinale lymfomen
 - d) chronische pancreatitis waarvan wordt aangetoond dat orale of maagsondevoeding onmogelijk is
 - e) mucoviscidose (cystische fibrose, taaislijmziekte)
 - f) peritoneale carcinomatose met intestinale occlusie

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

5° aanhoudende diarree bij kinderen, aangeboren of verworven

6° weerstandige chyleuze ascites.

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

C: malnutrition protéo-calorique démontrée par :

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

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

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

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

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

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

Art. 5. § 1^{er}. Par mélange total de nutrition parentérale ce forfait est de :

- 1° Poches « à la carte » adultes :
75 euros par jour.
Le pseudocode 751354 est attribué.
- 2° Poches « à la carte » enfants jusqu'à 17 ans inclus :
83 euros par jour.
Le pseudocode 751376 est attribué.

C: proteo-calorische malnutritie die wordt aangetoond door:

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

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

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

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

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

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

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

- 1° Zakken «op maat» voor volwassenen :
75 euro per dag.
De pseudocode 751354 wordt toegekend.
- 2° Zakken «op maat» voor kinderen tot en met 17 jaar :
83 euro per dag.
De pseudocode 751376 wordt toegekend.

3° Pré-mélanges industriels avec ou sans ajout de minéraux et/ou vitamines :
60 euros par jour.
Le pseudocode 751391 est attribué

4° Poches « per dialytique » :
35 euros par jour.
Le pseudocode 751413 est attribué

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 7. Le Collège des médecins-directeurs peut proposer des modifications à la liste des affections visées à l'article 1^{er} et aux interventions de l'assurance, visées à l'article 5.

3° Industriële pre-mengsels waaraan al dan niet mineralen en/of vitamines toegevoegd worden :
60 euro per dag.
De pseudocode 751391 wordt toegekend.

4° Zakken « per dialyse »:
35 euro per dag.
De pseudocode 751413 wordt toegekend.

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

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

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

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

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

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

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

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

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