

2° Le § 4, a), alinéa 3, est remplacé par la disposition suivante :

« L'intervention de l'assurance pour les prestations 202451 – 202462, 202473 – 202484, 202495 – 202506, 202532 – 202543, 202554 – 202565, 202591 – 202602, 202613 – 202624, 202650 – 202661, 202672 – 202683 et 202753 – 202764 n'intervient que si le patient a subi au moins une fois, au cours du mois précédent, un blocage diagnostic sélectif figurant sous les numéros de prestations respectifs 202436 – 202440, 202510 – 202521, 202576 – 202580, 202635 – 202646 et 202731 – 202742. ».

3° Au § 5, les chiffres « 202214 » sont remplacés par les chiffres « 202414 ».

Art. 2. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} juillet 2007.

Art. 3. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 20 juillet 2007;

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
R. DEMOTTE

2° § 4, a), derde lid, wordt de volgende bepaling vervangen :

« De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekkingen 202451 – 202462, 202473 – 202484, 202495 – 202506, 202532 – 202543, 202554 – 202565, 202591 – 202602, 202613 – 202624, 202650 – 202661, 202672 – 202683 en 202753 – 202764 is slechts verschuldigd indien de patiënt in de voorafgaande maand minstens éénmaal een selectieve diagnostische blokkade gehad heeft vermeld onder de respectievelijke prestatienummers 202436 – 202440, 202510 – 202521, 202576 – 202580, 202635 – 202646 en 202731 – 202742. ».

3° In § 5, de cijfers « 202214 » vervangen door de cijfers « 202414 ».

Art. 2. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 juli 2007.

Art. 3. Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 20 juli 2007.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
R. DEMOTTE

**SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE**

F. 2007 — 3487

[C – 2007/23210]

20 JUILLET 2007. — Arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de la nutrition parentérale pour des bénéficiaires ambulatoires non hospitalisés

ALBERT II, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 34, 1^{er} alinéa, 19°, remplacé par la loi du 24 décembre 1999, 35, § 1^{er}, modifié par les lois des 20 décembre 1995, 22 février 1998, 24 décembre 1999, 10 août 2001, 22 août 2002, 5 août 2003, 22 décembre 2003, 9 juillet 2004, 27 avril 2005 et 27 décembre 2005, l'article 35, § 2, modifié par les lois des 20 décembre 1995 et 10 août 2001 et par l'arrêté royal du 25 avril 1997, et l'article 37, § 14bis, remplacé par la loi du 24 décembre 1999;

Vu le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 26, § 2;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, donné le 6 mars 2007;

Vu la proposition de la Commission de conventions pharmaciens-organismes assureurs, formulée le 9 mars 2007;

Vu l'avis du Comité de l'Assurance des Soins de Santé, donné le 26 mars 2007;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 28 mars 2007;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, rendu le 26 avril 2007;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 6 juin 2007;

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID**

N. 2007 — 3487

[C – 2007/23210]

20 JULI 2007. — Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van parenterale voeding voor ambulante niet in het ziekenhuis opgenomen rechthebbenden

ALBERT II, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 34, eerste lid, 19°, vervangen bij de wet van 24 december 1999, 35, § 1, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 22 februari 1998, 24 december 1999, 10 augustus 2001, 22 augustus 2002, 5 augustus 2003, 22 december 2003, 9 juli 2004, 27 april 2005 en 27 december 2005, artikel 35, § 2, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995 en 10 augustus 2001 en bij het koninklijk besluit van 25 april 1997, en op artikel 37, § 14bis, vervangen bij de wet van 24 december 1999;

Gelet op de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 26, § 2;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, gegeven op 6 maart 2007;

Gelet op het voorstel van de overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringsinstellingen, geformuleerd op 9 maart 2007;

Gelet op het advies van het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging, gegeven op 26 maart 2007;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 28 maart 2007;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 26 april 2007;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting van 6 juni 2007;

Vu l'avis 43.310/1 du Conseil d'Etat, donné le 10 juillet 2007, en application de l'article 84, § 1^{er}, premier alinéa, 1^o, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Pour l'application du présent arrêté, on entend par :

1^o « assurance », l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

2^o « INAMI », l'Institut national d'assurance maladie invalidité;

3^o « bénéficiaire », le bénéficiaire ambulatoire non hospitalisé;

4^o « arrêté royal du 21 décembre 2001 », l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques;

5^o « arrêté royal du 7 mai 1991 », l'arrêté royal du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

6^o « règlement du 28 juillet 2003 », le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 2. L'intervention de l'assurance est accordée pour des bénéficiaires atteints d'une des pathologies suivantes :

A : insuffisance intestinale temporaire ou permanente à la suite de :

1^o maladies inflammatoires idiopathiques de l'intestin (maladie de Crohn, colite ulcéreuse) :

a) résistantes aux médicaments et

b) ayant atteint des segments étendus de l'intestin;

2^o résections intestinales étendues;

3^o troubles graves de la motricité intestinale;

4^o malabsorption intestinale très sévère consécutive à :

a) entérite radique;

b) atrophie totale villositaire (maladie coeliaque) ou affections équivalentes;

c) pancréatite chronique dont il est démontré que l'alimentation par voie orale ou la nutrition entérale par sonde est impossible;

d) carcinomatose péritonéale avec occlusion intestinale;

e) lymphomes intestinaux;

5^o surinfection du tube digestif chez les bénéficiaires atteints du « syndrome d'immunodéficience acquise »;

6^o diarrhée rebelle de l'enfant, d'origine congénitale ou acquise;

7^o ascite chyleuse rebelle.

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

C : malnutrition protéo-calorique démontrée par :

a) soit une diminution du poids corporel (poids sec après hémodialyse) égale à 10 p.c. ou plus au cours des 12 derniers mois;

b) soit un taux de pré-albumine inférieur à 0,3 g/L;

chez des bénéficiaires hémodialysés pour lesquels il est démontré que la prescription de dialyse est adéquate par une des méthodes d'évaluation du Kt/V qui doit être au minimum égal à 0,9.

Gelet op advies 43.310/1 van de Raad van State, gegeven op 10 juli 2007, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1^o, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan onder :

1^o « verzekering », de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

2^o « RIZIV », het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

3^o « rechthebbende », de ambulante rechthebbende niet opgenomen in het ziekenhuis;

4^o « koninklijk besluit van 21 december 2001 », het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten;

5^o « koninklijk besluit van 7 mei 1991 », het koninklijk besluit van 7 mei 1991 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 farmaceutische verstrekkingen;

6^o « verordening van 28 juli 2003 », de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11^o, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Art. 2. De verzekeringstegemoetkoming wordt toegestaan voor de rechthebbenden die lijden aan één van de volgende pathologieën :

A : tijdelijke of blijvende intestinale insufficiëntie ten gevolge van :

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

a) die geneesmiddelenresistent zijn en

b) uitgebreide segmenten van de darm hebben aangetast;

2^o uitgebreide intestinale resecties;

3^o ernstige stoornissen van de intestinale motoriek;

4^o zeer ernstige intestinale malabsorptie ten gevolge van :

a) radio-enteritis;

b) totale darmvlokkenatrofie (coeliakie) of equivalente aandoeningen;

c) chronische pancreatitis waarvan wordt aangetoond dat orale of maagsondevoeding onmogelijk is;

d) peritoneale carcinomatose met intestinale occlusie;

e) intestinale lymfomen;

5^o surinfectie van het spijsverteringskanaal bij rechthebbenden die lijden aan « acquired immune deficiency syndrome »;

6^o aanhoudende diarree bij kinderen, aangeboren of verworven;

7^o weerstandige chyleuze ascites.

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

C : proteo-calorische malnutritie die wordt aangetoond door :

a) ofwel een verlaging van het lichaamsgewicht (droog gewicht na hemodialyse) gelijk aan 10 pct. of meer tijdens de laatste 12 maanden;

b) ofwel een pre-albuminegehalte lager dan 0,3 g/L;

bij gehemodialyseerde rechthebbenden voor wie is aangetoond dat het dialysevoorschrift adequaat is door een van de evaluatiemethoden van de Kt/V die minimum gelijk aan 0,9 moet zijn.

Art. 3. 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. 4. Par mélange total de nutrition parentérale ce forfait est de :

1° poches « à la carte » adultes : 75 euros

le pseudocode 751354 est attribué;

2° poches « à la carte » enfants : 83 euros

le pseudocode 751376 est attribué;

3° pré-mélanges industriels avec ou sans ajout de minéraux et/ou vitamines : 60 euros

le pseudocode 751391 est attribué;

4° poches « per dialytique » : 35 euros

le pseudocode 751413 est attribué.

Un pseudocode peut être porté en compte par jour.

Les spécialités pharmaceutiques remboursables incorporées dans la poche sont remboursées séparément par l'assurance dans les conditions fixées à l'article 95, § 2a), de l'arrêté royal du 21 décembre 2001, 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.

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. 5. A cette fin, 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 motivée.

Le modèle de la demande est fixé en annexe I^{re} au présent arrêté.

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 du présent arrêté sur base d'une autorisation dont le modèle est repris en annexe II au 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. 6. L'article 26, § 2, du règlement du 28 juillet 2003 est abrogé.

Art. 7. Toutes les autorisations qui sont accordées par le médecin conseil avant l'entrée en vigueur du présent arrêté restent valables durant la période de validité de ces autorisations.

Art. 8. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du mois suivant l'expiration d'un délai de dix jours prenant cours le jour suivant sa publication au *Moniteur belge*.

Art. 9. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 20 juillet 2007.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
R. DEMOTTE

Art. 3. 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. 4. Dat forfait bedraagt per totaal parenteraal voedingsmengsel :

1° zakken « op maat » voor volwassenen : 75 euro

de pseudocode 751354 wordt toegekend;

2° zakken « op maat » voor kinderen : 83 euro

de pseudocode 751376 wordt toegekend;

3° industriële pre-mengsels waaraan al dan niet mineralen en/of vitamines toegevoegd worden : 60 euro

de pseudocode 751391 wordt toegekend

4° zakken « per dialyse » : 35 euro

de pseudocode 751413 wordt toegekend.

Een pseudocode wordt per dag aangerekend.

De vergoedbare farmaceutische specialiteiten, verwerkt in de zak, worden afzonderlijk door de verzekering vergoed onder de voorwaarden vastgesteld in artikel 95, § 2a), van het koninklijk besluit van 21 december 2001, 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 geneesheer is gedekt, zoals bepaald is bij artikel 2, § 2, van het koninklijk besluit van 7 mei 1991.

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. 5. Met het oog daarop wordt door de geneesheer-specialist die samenwerkt met een multidisciplinair ziekenhuisteam dat ervaring heeft in deze materie, aan de adviserend geneesheer een gemotiveerde aanvraag gericht.

Het model van de aanvraag is als bijlage I bij dit besluit gevoegd.

De verzekeringstegemoetkoming voor de afgeleverde zakken bestemd voor de rechthebbende, wordt enkel toegestaan na voorafgaandelijke machtiging door de adviserend geneesheer indien aan de voorwaarden uit artikel 2 van dit besluit is voldaan. Het model van de machtiging is als bijlage II 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. 6. Artikel 26, § 2, van de verordening van 28 juli 2003 wordt opgeheven.

Art. 7. Alle machtigingen die toegestaan zijn door de adviserend geneesheer vóór de inwerkingtreding van dit besluit blijven geldig gedurende de looptijd van die machtigingen.

Art. 8. Dit besluit treedt in werking de eerste dag van de maand die volgt op het verstrijken van een termijn van tien dagen die ingaat de dag na de bekendmaking ervan in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 9. Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 20 juli 2007.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
R. DEMOTTE

ANNEXE I^{re}

**Demande d'intervention pour le remboursement des poches destinées à la nutrition parentérale
pour des bénéficiaires ambulatoires non hospitalisés**

Identification du bénéficiaire
Nom, prénom :
Adresse :
Date de naissance :
NISS :

Lieu de résidence :

 1^{re} demande

 prolongation
DONNEES MEDICALES

Diagnostics : *

Description circonstanciée de l'état clinique du bénéficiaire :

le bénéficiaire ne peut atteindre un apport nutritionnel suffisant pour satisfaire ses besoins métaboliques, par voie orale ou entérale et il est atteint d'une des affections suivantes :

- ∇ A. insuffisance intestinale temporaire ou permanente à la suite de :
- ◇ maladies inflammatoires idiopathiques de l'intestin (maladie de Crohn, colite ulcéreuse) résistantes aux médicaments et ayant atteint des segments étendus de l'intestin;
 - ◇ résections intestinales étendues;
 - ◇ troubles graves de la motricité intestinale;
 - ◇ malabsorption intestinale très sévère consécutive à :
 - 0 entérite radique;
 - 0 atrophie totale villositaire (maladie coeliaque) ou affections équivalentes;
 - 0 pancréatite chronique dont il est démontré que l'alimentation par voie orale ou la nutrition entérale par sonde est impossible;
 - 0 carcinomatose péritonéale avec occlusion intestinale;
 - 0 lymphomes intestinaux.
 - ◇ surinfection du tube digestif chez des bénéficiaires atteints du « syndrome d'immunodéficience acquise »;
 - ◇ diarrhée rebelle de l'enfant, d'origine congénitale ou acquise;
 - ◇ ascite chyleuse rebelle
- ∇ B. mise au repos intestinale pour motif thérapeutique dû à des fistules faisant suite à une complication d'une des affections citées sous A.
- ∇ C. malnutrition protéo-calorique démontrée par :
- ◇ soit une diminution du poids corporel (poids sec après hémodialyse) égale à 10 p.c. ou plus au cours des 12 derniers mois;
 - ◇ soit un taux de pré-albumine inférieur à 0,3 g./L.;

chez des bénéficiaires hémodialysés pour lesquels il est démontré que la prescription de dialyse est adéquate par une des méthodes d'évaluation du Kt/V qui doit être au minimum égal à 0,9.

NUTRITION

Date de début :

Durée prévue :

Type de poches :

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

* Cocher les cases correspondantes

ANNEXE II

**Autorisation de remboursement des poches destinées à la nutrition parentérale
pour des bénéficiaires ambulatoires non hospitalisés**

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 1 an en cas de 1^{re} demande - maximum 5 ans en cas de renouvellement) le remboursement des poches destinées à la nutrition parentérale pour des bénéficiaires ambulatoires non hospitalisés.

- Nom et prénom du bénéficiaire

- Adresse

- Numéro NISS

Date :

Signature et cachet du médecin-conseil :

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 20 juillet 2007 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de la nutrition parentérale pour des bénéficiaires ambulatoires non hospitalisés.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

R. DEMOTTE

BIJLAGE I

**Aanvraag tot tegemoetkoming voor afgeleverde zakken bestemd
voor parenterale voeding voor ambulante niet in het ziekenhuis opgenomen rechthebbenden**

Identificatie van de rechthebbende
Naam, voornaam :
Adres :
Geboortedatum :
INSZ :
Verblijfplaats :

 1^{ste} aanvraag

 verlenging
MEDISCHE GEGEVENS

Diagnose : *

Omstandige beschrijving van de klinische toestand van de rechthebbende :

De rechthebbende kan via orale of enterale weg onvoldoende voedingsaanbod bekomen om aan zijn metabole behoeften te voldoen

De rechthebbende leidt aan één van de volgende aandoeningen :

- ∇ A. tijdelijke of blijvende intestinale insufficiëntie ten gevolge van :
 - ∇ idiopathische inflammatoire intestinale ziekten (ziekte van Crohn, colitis ulcerosa) die geneesmiddelenresistent zijn en uitgebreide segmenten van de darm hebben aangetast;
 - ◇ uitgebreide intestinale resecties;
 - ◇ ernstige stoornissen van de intestinale motoriek;
 - ◇ zeer ernstige intestinale malabsorptie ten gevolge van :
 - 0 Radio-enteritis;
 - 0 totale darmvlokkenatrofie (coeliakie) of equivalente aandoeningen;
 - 0 chronische pancreatitis waarvan wordt aangetoond dat de orale of maagsondevoeding onmogelijk is;
 - 0 carcinosis peritonei met intestinale occlusie;
 - 0 intestinale lymfomen.
 - ◇ surinfectie van het spijsverteringskanaal bij rechthebbenden die lijden aan aquired immune deficiency syndrome;
 - ◇ aanhoudende diarree bij kinderen, aangeboren of verworven;
 - ◇ weerstandige chyleuze ascites.
 - ∇ B. het intestinaal inactiveren om therapeutische motieven wegens fistels als verwikkeling bij één van de sub A opgesomde aandoeningen.
 - ◇ C. proteo-calorische malnutritie die wordt aangetoond door :
 - ◇ ofwel een verlaging van het lichaamsgewicht (droog gewicht na hemodialyse) gelijk aan 10 % of meer tijdens de laatste 12 maanden;
 - ◇ 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 Kt/V die minimum gelijk aan 0,9 moet zijn.

VOEDING

Begindatum :

Voorziene duur :

Type van zakken :

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

* Het (De) desbetreffende vak(ken) aanduiden

BIJLAGE II

Machtiging tot het vergoeden van de afgeleverde zakken bestemd voor parenterale voeding voor ambulante niet in het ziekenhuis opgenomen rechthebbenden

ZIEKENFONDS, GEWESTELIJKE DIENST OF KAS DES GENEESKUNDIGE VERZORGING :

.....

Volnummer van de machtiging :

--

De ondergetekende, adviserend geneesheer, machtigt van tot

(maximum 1 jaar in het geval van 1^{ste} aanvraag - maximum 5 jaren in het geval van hernieuwing) de vergoeding van de afgeleverde zakken bestemd voor parenterale voeding voor ambulante niet in het ziekenhuis opgenomen rechthebbenden.

- Naam en voornamen van de rechthebbende

- Adres

- INSZ-nmmer.

Datum :

Handtekening en stempel van de adviserend geneesheer,

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit van 20 juli 2007 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van parenterale voeding voor ambulante niet in het ziekenhuis opgenomen rechthebbenden.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
R. DEMOTTE