

**BIJLAGE / ANNEXE****DEEL I : LIJST VAN OPGENOMEN PRODUCTEN en HONORARIA  
PARTIE I : LISTE DES PRODUITS ADMIS et HONORAIRES****TITEL 1. Diagnostische- en verzorgingsmiddelen  
TITRE 1. Moyens diagnostiques et matériel de soins****Hoofdstuk II : lijst van de terugbetaalde verzorgingsmiddelen  
Chapitre II : liste du matériel de soins remboursable****Afdeling 3 : hypertonische natriumchloride inhalatie-oplossing voor de behandeling van mucoviscidose****Section 3 : solution d'inhalation de chlorure de sodium hypertonique destiné au traitement de la mucoviscidose**

Het volgende product wordt slechts vergoed in categorie « B » indien ze is voorgeschreven voor de behandeling van mucoviscidose (taaislijmziekte).

Voor de eerste aanvraag tot terugbetaling stelt de behandelende arts een gemotiveerd verslag op dat de diagnose bevestigt en stuurt dit aan de adviserend-arts.

Het verslag kan worden aangevuld met de aanvraag conform het model A21 van deel III van de lijst en dat als bijlage volgt bij dit besluit.

Op basis van dit (deze) document(en) levert de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging af, waarvan het model is bepaald onder A31 van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur beperkt is tot maximum 12 maanden.

De machtiging kan worden verlengd voor perioden van maximum 5 jaren hetzij op verzoek van de behandelende arts hetzij op basis van het formulier conform het model A21 van deel III van de lijst.

De rechthebbende legt de machtiging voor aan de afleverende apotheker. Hij vermeldt het volgnummer dat er op voorkomt, op het voorschrift. De afleverende apotheker mag dan de derdebetalersregeling toepassen.

Le produit suivant ne fait l'objet d'un remboursement en catégorie « B » que si il a été prescrit pour le traitement de la mucoviscidose.

Pour la première demande de remboursement, le médecin traitant établit un rapport motivé qui confirme le diagnostic et l'envoi à l'attention du médecin-conseil.

Le rapport peut être complété par la demande conforme au modèle A21 de la partie III de la liste et repris en annexe au présent arrêté.

Sur base de ce(s) document(s), le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous A31 de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 5 ans maximum soit à la demande du médecin traitant soit sur base du formulaire conforme au modèle A21 de la partie III de la liste.

Le bénéficiaire remet l'autorisation au pharmacien qui délivre. Celui-ci mentionne sur la prescription le numéro d'ordre qui y figure. Le pharmacien qui délivre est autorisé à appliquer le régime du tiers payant.

Criterion Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegemoetk. Base de rembours.	I	II
B		MUCOCLEAR 6% (Henrotech)					
	2456-010	60 x 4 mL solution hypertonique / hypertonische oplossing	M	58,79	58,79	8,50	12,80
	7108-657	* pr. 4 mL solution hypertonique / hypertonische oplossing		0,7583	0,7583		
	7108-657	** pr. 4 mL solution hypertonique / hypertonische oplossing		0,6398	0,6398		
B		NEBUSAL 7% (Teva Pharma)					
	2987-568	60 ampoules / ampulen x 4 mL	M	58,79	58,79	8,50	12,80
	7110-794	* pr. 4 mL ampoule / ampul		0,9043	0,9043		
	7110-794	** pr. 4 mL ampoule / ampul		0,7858	0,7858		