

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.

Mise à jour au 1^{er} mai 2020

Modification par l'AR du 06.04.2020 (MB 17.04.2020)

Changement : couleur de fond en jaune.

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

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

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

3° « bénéficiaire », le bénéficiaire ambulatoire non hospitalisé;

4° « arrêté royal du 1^{er} février 2018 », l'arrêté royal du 1^{er} février 2018 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° « 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° « règlement du 28 juillet 2003 », 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.

Art. 2. 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.

C: malnutrition protéocalorique 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.

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 naso-duodénale 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 3 et 4.

Art. 3. 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 d'un formulaire dont le modèle est joint en annexe I au présent arrêté.

Art. 4. 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 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. 5. 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. 6. § 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.

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 bis. §1^{er}. 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 repris en annexe I 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 2 et aux interventions de l'assurance, visées à l'article 6.

Art. 8. Toutes les demandes d'intervention accordées par le médecin conseil avant l'entrée en vigueur du présent arrêté restent valables durant leur période de validité.