

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2024/000546]

10 JANUARI 2024. — Ministerieel besluit tot wijziging van 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

De Minister van Sociale Zaken,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 35, § 2 quater, ingevoegd bij de wet van 22 juni 2016 en gewijzigd bij de wet van 13 februari 2020;

Gelet op het koninklijk besluit 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;

Overwegende de adviezen van de Commissie voor terugbetaling van farmaceutische producten en verstrekkingen, uitgebracht op 27 juli 2023 en 24 augustus 2023;

Gelet op de adviezen van de inspecteur van Financiën, gegeven op 19 september 2023 en 20 september 2023;

Gelet op het akkoord van de Staatssecretaris voor Begroting, gegeven op 21 september en 6 oktober 2023;

Gelet op de adviesaanvraag binnen 30 dagen, die op 5 december 2023 bij de Raad van State is ingediend, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2° van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwegende dat het advies niet is meegedeeld binnen die termijn;

Gelet op artikel 84, § 4, tweede lid, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Besluit :

Art. 3. Deel I, titel1, hoofdstuk II van de bijlage bij hetzelfde besluit wordt aangevuld met een afdeling 6, luidende:

“ Afdeling 6 – transanale irrigatie

a) Het medisch hulpmiddel Peristeen Plus wordt vergoed in categorie A indien ze wordt gebruikt voor de behandeling van rechthebbenden (volwassenen en kinderen ≥ 3 jaar) met colorectale

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2024/000546]

10 JANVIER 2024. — Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Le Ministre des Affaires sociales,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 35, § 2, quater inséré par la loi du 22 juin 2016 et modifié par la loi du 13 février 2020;

Vu l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

Considérant les avis de la Commission de remboursement des produits et prestations pharmaceutiques, formulé les 27 juillet 2023 et 24 août 2023;

Vu les avis de l'inspecteur des Finances, donné les 19 septembre 2023 et 20 septembre 2023;

Vu les accords de la Secrétaire d'Etat au budget, donné le 21 septembre 2023 et 6 octobre 2023;

Vu la demande d'avis dans un délai de 30 jours, adressée au Conseil d'Etat le 5 décembre 2023, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Considérant l'absence de communication de l'avis dans ce délai ;

Vu l'article 84, § 4, alinéa 2, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Arrête :

Art. 3. La partie I, titre 1, chapitre II de l'annexe à ce même arrêté est complétée par une section 6 rédigée comme suit :

“ Section 6 – irrigation transanale

a) Le dispositif médical Peristeen Plus est remboursé en catégorie A si il est utilisé pour le traitement des bénéficiaires (adultes et enfants ≥ 3 ans) avec des troubles colorectaux qui se traduisent par une

stoornissen die leiden tot chronische constipatie en/of fecale incontinentie, die resistent zijn aan goed uitgevoerde medische behandeling en die de kwaliteit van leven van de patiënt ernstig aantasten.

b) De rechthebbende moet aan de volgende voorwaarden voldoen:

- Colorectale stoornissen aangetoond op basis van het bijhouden van een agenda over een periode meer dan drie maanden;

- Onvoldoende resultaat (falen) van medische behandelingen;

- Onvoldoende resultaat van pelvi-perineale revalidatietherapie.

c) De behandeling wordt alleen vergoed bij rechthebbenden met een darmdisfunctie van :

- Neurologische oorsprong en alleen in geval van :

- dwarslaesie

- multiple sclerose

- spina bifida

- Niet neurologische oorsprong en alleen in geval van :

- Syndroom van Lagere Anterieur Resectie (" LARS patiënten »).

Voor deze rechthebbenden kan het medisch hulpmiddel pas worden voorgeschreven na een periode van minimaal 12 weken na de resectie operatie.

d) De bepaling van het stadium van de ernst van de colorectale aandoeningen wordt met de functionele " NBD » score (Krogh K et al. (2006) Neurogenic bowel dysfunction score) of de " LARS » score uitgevoerd (Emmertsen KJ et al. (2012) Low anterior resection syndrome score).

Bij het opstarten van de behandeling moet de rechthebbende een functionele score hebben van:

- NBD ≥ 14 ; bij rechthebbenden met een aandoening van neurologische oorsprong;

- LARS ≥ 30 bij rechthebbenden met een ernstig Syndroom van Lagere Anterieur Resectie.

Voor deze rechthebbenden moet de score ten minste 12 weken na de resectie operatie worden berekend.

e) Het eerste voorschrift dient opgesteld te worden door een arts-specialist in:

- gastro-enterologie

- colorectale chirurgie

- neurologie

- pediater

- fysisch geneeskunde en revalidatiearts.

f) Na een eerste behandelingsperiode van maximaal 3 maanden moet de patiënt opnieuw naar de arts-specialist die de behandeling voorgeschreven heeft om een nieuw voorschrift te krijgen om een verlenging van de vergoeding aan te vragen voor een nieuwe periode van maximaal 6 maanden.

Vervolgens, kan Peristeen Plus voor een nieuwe terugbetalingsperiode van maximaal 6 maanden door alle artsen (specialisten of huisartsen) worden voorgeschreven.

g) Het type en het maximum aantal terugbetaalbare verpakkingen (CNK) afgeleverd voor de eerste behandelingsperiode van maximaal 3 maanden zijn de volgende :

- 1 $\times$ 1 doos met de complete set (CNK 4362315 of 4362323 of 4633806)

- 5 $\times$ 1 doos van de set met 1 waterzak et 15 katheters (CNK 4362349 of 4362331 of 4633814)

- 1 $\times$ 1 doos van de set met 10 ballon katheters (CNK 4362356 of 4362364)

of

- 1 $\times$ 1 doos van de set met 15 conus katheters (CNK 4633822).

h) Het type en het maximum aantal terugbetaalbare verpakkingen (CNK) afgeleverd voor de verlenging behandelingsperiode van maximaal 6 maanden zijn de volgende :

- 1 $\times$ 1 doos met de complete set (CNK 4362315 of 4362323 of 4633806)

- 5 $\times$ 1 doos van de set met 1 waterzak et 15 katheters (CNK 4362349 of 4362331 of 4633814)

- 1 $\times$ 1 doos van de set met 10 ballon katheters (CNK 4362356 of 4362364)

of

- 1 $\times$ 1 doos van de set met 15 conus katheters (CNK 4633822).

constipation et/ou une incontinence fécale chroniques, rebelles au traitement médical bien conduit et qui affectent sévèrement la qualité de vie du patient.

b) Le bénéficiaire doit remplir les conditions suivantes :

- Troubles colorectaux démontrés sur base d'un agenda depuis plus de trois mois ;

- Résultat insuffisant (échec) des traitements médicaux ;

- Résultat insuffisant de la thérapie de rééducation pelvi-périnéale.

c) Le traitement est remboursé pour des bénéficiaires avec une dysfonction intestinale d'origine :

- Neurologique et uniquement en cas de :

- lésion médullaire

- sclérose en plaque

- spina bifida

- Non neurologique et uniquement en cas de :

- Syndrome de Résection Antérieure Basse (" patients LARS »).

Pour ces bénéficiaires , le dispositif médical ne pourra être prescrit qu'après une période minimale de 12 semaines après la chirurgie de résection.

d) La détermination du degré de sévérité des troubles colorectaux est faite avec le score fonctionnel " NBD » (Krogh et al. (2006) Neurogenic bowel dysfunction score) ou le score fonctionnel " LARS » (Emmertsen KJ et al. (2012) Low anterior resection syndrome score).

A l'initiation du traitement, le bénéficiaire doit avoir un score fonctionnel :

- NBD ≥ 14 ; pour les bénéficiaires avec une affection d'origine neurologique;

- LARS ≥ 30 pour les bénéficiaires avec un Syndrome sévère de Résection Antérieure Basse.

Pour ces bénéficiaires, le score devra être calculé au minimum 12 semaines après la chirurgie de résection.

e) La première prescription doit être effectuée par un médecin spécialiste en :

- gastro-entérologie

- chirurgie colorectale

- neurologie

- pédiatrie

- médecine physique et de réadaptation.

f) Après une première période de traitement d'une durée maximale de 3 mois, le patient devra revoir le médecin spécialiste prescripteur du traitement pour recevoir une nouvelle prescription pour demander une prolongation du remboursement pour une nouvelle période d'une durée maximale de 6 mois.

Ensuite, pour une nouvelle demande de remboursement d'une durée maximale de 6 mois, Peristeen Plus pourra être prescrit par tous les médecins (spécialistes ou généralistes).

g) Le type et le nombre maximale de conditionnements (CNK) remboursables délivrés pour la première période de traitement d'une durée maximale de 3 mois sont les suivants :

- 1 $\times$ 1 boîte du set complet (CNK 4362315 ou 4362323 ou 4633806)

- 5 $\times$ 1 boîte du set contenant 1 réservoir d'eau et 15 sondes (CNK 4362349 ou 4362331 ou 4633814)

- 1 $\times$ 1 boîte du set contenant 10 sondes de type ballonnet (CNK 4362356 ou 4362364)

ou

- 1 $\times$ 1 boîte du set contenant 15 sondes de type cône (CNK 4633822).

h) Le type et le nombre maximal de conditionnements (CNK) remboursables délivrés par période de prolongation de traitement d'une durée maximale de 6 mois sont les suivants :

- 1 $\times$ 1 boîte du set complet (CNK 4362315 of 4362323 of 4633806)

- 5 $\times$ 1 boîte du set contenant 1 réservoir d'eau et 15 sondes (CNK 4362349 of 4362331 ou 4633814)

- 1 $\times$ 1 boîte du set contenant 10 sondes de type ballonnet (CNK 4362356 ou 4362364).

ou

- 1 $\times$ 1 boîte du set contenant 15 sondes de type cône (CNK 4633822).

i) De voorschrijvende arts bevestigt dat de rechthebbende voldoet aan de voorwaarden vermeld in punt a), b), c) en d) en stuurt de aanvraag op aan de adviserend-arts.

j) De aanvraag wordt opgemaakt conform model B81 voor terugbetaling voor de behandeling van colorectale aandoeningen van neurologische oorsprong door transanale irrigatiesysteem of model B91 voor de terugbetaling voor de behandeling van colorectale aandoeningen van niet neurologische oorsprong door transanale irrigatiesysteem van deel III van de lijst.

k) Op basis van het naar behoren ingevulde aanvraagformulier levert de adviserend-arts aan de rechthebbende de machtiging af, waarvan het model bepaald is onder A31 van deel III van de lijst en waarvan de geldigheidsduur beperkt is tot maximum:

- 3 maanden voor de eerste aanvraag
- 6 maanden voor een hernieuwing aanvraag.

l) De machtiging dient te worden voorgelegd aan de apotheker, die er de vereiste gegevens op vermeldt en terugbezorgt aan de rechthebbende.

Lijst van de producten die in aanmerking komen voor een tegemoetkoming:

i) Le médecin prescripteur atteste que le bénéficiaire remplit les conditions reprises au point a), b), c) et d) il envoie la demande à l'attention du médecin-conseil.

j) La demande est faite conformément au modèle B81 pour le traitement des troubles colorectaux d'origine neurologique par irrigation transanale ou au modèle B91 pour le traitement des troubles colorectaux d'origine non-neurologique par irrigation transanale de la partie III de la liste.

k) Sur base du formulaire de demande dûment complété, 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 au maximum à :

- 3 mois pour la première demande
- 6 mois pour une demande de renouvellement.

l) L'autorisation doit être présentée au pharmacien qui la complète par les données requises et la remet au bénéficiaire.

Liste des produits qui entrent en ligne de compte pour une intervention :

Criterium-Critère	Code-Code	Benaming en verpakkingenDénomination et conditionnements	Opm.Obs.	PrijsPrix	Basis van tegemoetkomingBase de remboursement.	I	II
A	4362315	Peristeen Plus anale irrigatie compleet systeem standaard sondes / Peristeen Plus irrigation anale système complet sondes standards		115,54	115,54	0,00	0,00
A	4362323	Peristeen Plus anale irrigatie compleet systeem korte sondes / Peristeen Plus irrigation anale système complet sondes courtes		115,54	115,54	0,00	0,00
A	4633806	Peristeen Plus anale irrigatie compleet systeem met conuskatheter / Peristeen Plus irrigation anale système complet avec sonde rectale conique		115,54	115,54	0,00	0,00
A	4362349	Peristeen Plus accessoire set standaard / Peristeen Plus set d'accessoires standard	M	209,88	209,88	0,00	0,00
A	4362331	Peristeen Plus accessoire set kort / Peristeen Plus set d'accessoires courts	M	209,88	209,88	0,00	0,00
A	4633814	Peristeen Plus accessoire set met conuskatheter / Peristeen Plus set d'accessoires avec sonde rectale conique	M	209,88	209,88	0,00	0,00
A	4362356	Peristeen Plus sondes standaard / Peristeen Plus sondes standards		105,90	105,90	0,00	0,00
A	4362364	Peristeen Plus sondes kort / Peristeen Plus sondes courtes		105,90	105,90	0,00	0,00
A	4633822	Peristeen Plus conuskatheter / Peristeen Plus sondes rectales coniques		158,90	158,90	0,00	0,00

Art. 4. In de lijst deel I, titel 1, hoofdstuk III, afdeling 1 van hetzelfde besluit, wordt het volgend middel ingevoegd:

Art. 4. Dans la liste partie I, titre 1, chapitre III, section 1 du même arrêté, le moyen suivant est ajouté :

CNK-codeCNK Code/Code CNK	BenamingDénomination	BEBAT(excl. T.V.A. – excl.btw)	RECUPEL(excl. T.V.A. – excl.btw)	Apothekerprijs (incl. btw, BEBAT, RECUPEL)Prix pharmacien (incl. T.V.A., BEBAT, RECUPEL)	Toeslag recht-hebbendeSupplémentbénéficiaire
44312927116734*	OFFISOINS TENSIOMETRE AUTOMATIQUE BRASSARD/ OFFISOINS BOVENARM BLOEDDRUKMETER (Nepenthes Benelux)	0.0530	0.3306	41,78 €	0,00 €

Art. 5. Deel III, titel 2, van de bijlage bij hetzelfde besluit wordt aangevuld met de volgende documenten:

- B81) - Aanvraag formulier voor terugbetaling voor de behandeling van colorectale aandoeningen van neurologische oorsprong door transanale irrigatiesysteem
- B81) - Formulaire de demande de remboursement pour le traitement des troubles colorectaux d’origine neurologique par irrigation transanale
- B91) - Aanvraag formulier voor de terugbetaling voor de behandeling van colorectale aandoeningen van niet neurologische oorsprong door transanale irrigatiesysteem
- B91) - Formulaire de demande de remboursement pour le traitement des troubles colorectaux d’origine non-neurologique par irrigation transanale

Art. 6. Dit besluit treedt in werking op 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*.

Brussel, 10 januari 2024.

F. VANDENBROUCKE

Art. 5. La partie III, titre 2, de l’annexe à ce même arrêté est complétée par les documents suivants :

- B81) - Formulaire de demande de remboursement pour le traitement des troubles colorectaux d’origine neurologique par irrigation transanale
- B81) - Formulaire de demande de remboursement pour le traitement des troubles colorectaux d’origine neurologique par irrigation transanale
- B91) - Formulaire de demande de remboursement pour le traitement des troubles colorectaux d’origine non-neurologique par irrigation transanale
- B91) - Formulaire de demande de remboursement pour le traitement des troubles colorectaux d’origine non-neurologique par irrigation transanale

Art. 6. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du mois qui suit l’expiration d’un délai de dix jours prenant cours le jour suivant sa publication au *Moniteur belge*.

Bruxelles, le 10 janvier 2024.

F. VANDENBROUCKE

BIJLAGE

B81) Aanvraag formulier voor terugbetaling voor de behandeling van colorectale aandoeningen van neurologische oorsprong door transanale irrigatiesysteem**Identificatie van de voorschrijvende arts**

- ☐ Gastro-enteroloog.
☐ Chirurg (arts-specialist in en colorectale chirurg).
☐ Neuroloog.
☐ Pediater.
☐ Specialist in fysisch geneeskunde en revalidatiearts.
☐ Ander:

Voor- en achternaam van de arts:

RIZIV-nummer van de arts:

E-mailadres:.....

Telefoon (secretariaat van de dienst):

Identificatie van de rechthebbende

Naam:.....

Voornaam:.....

Identificatienummer rijksregister:

Geboortedatum:.....

Mutualiteit:.....

Neurologische aandoening van de patiënt

- ☐ dwarslaesie.
☐ multiple sclérose.
☐ spina Bifida.

Type aanvraagEerste aanvraag ☐ ja ☐ neeEerste hernieuwing ☐ ja ☐ nee

1. Bepaling van het stadium van de ernst van de colorectale aandoening(en)

1.1. Berekening van de functionele NBD score ([Krogh K et al. (2006) Neurogenic bowel dysfunction score])

Beoordeeld criteria	waarde	patiënt score
Hoe vaak heb je een stoelgang ?		
Elke dag	0	
2 tot 6 keer per week	1	
minder dan 1 keer per week	6	
Hoeveel tijd breng je elke keer gemiddeld door op de WC?		
Minder dan 30 minuten	0	
30 tot 60 minuten	3	
Meer dan 1 uur	7	
Voelt u zich onwel, hoofdpijn of zweet u op het moment van ontlasting?		
Nee	0	
Ja	2	
Neemt u medicatie in tabletvorm tegen constipatie?		
Nee	0	
Ja	2	
Neemt u medicatie in zakjes/poedervorm voor constipatie?		
Nee	0	
Ja	2	
Moet je je vinger in je anus steken om ontlasting te hebben?		
minder dan 1 keer per week	0	
meer dan 1 keer per week	6	
Heb je ongecontroleerde ontlastingsverlies door de anus?		
minder dan 1 keer per week	0	
1 tot 4 keer per maand	6	
1 tot 4 keer per week	7	
Tenminste dagelijks	13	
Neemt u medicatie voor incontinentie?		
Nee	0	
Ja	4	
Heeft u ongecontroleerd gasverlies?		
Nee	0	
Ja	2	
Heeft u huidproblemen aan de anus?		
Nee		
Ja	0	
	3	
TOTALE NBD SCORE		

1.2. Duur van de colorectale aandoening :maandenjaren

1.3. Reeds voorgeschreven therapie(en):

- Lavement☐
- Medicatie☐
- Dieet☐
- Andere☐.....

2. Therapeutische geschiedenis

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Engagements

Ondergetekende verklaart dat bovenvermelde rechthebbende aan de volgende voorwaarden voldoet :

- Colorectale stoornissen aangetoond op basis van het bijhouden van een agenda over een periode meer dan drie maanden: ☐ ja ☐ nee
- Onvoldoende resultaat (falen) van medische behandelingen ☐ ja ☐ nee
- Onvoldoende resultaat van pelvi-perineale revalidatietherapie ☐ ja ☐ nee
- Geen chronische darmziekte ☐ ja ☐ nee
- Geen bekende contra-indicaties (anatomische of niet) zoals : ☐ ja ☐ nee
 - Gekende colorectale of anale stenose.
 - Colorectale kanker.
 - Acute inflammatoire pathologie van de darm (IBD, diverticulitis, gecompliceerde diverticulaire ziekte, ischemische colitis ...).
 - Recente buik- of anale operatie (< 3 maanden).
 - Kinderen jonger dan 3 jaar en zwangere vrouwen.

Gedaan te (locatie)

op (datum)/...../.....

Naam, voornaam, handtekening en stempel van de arts:

B91) Aanvraag formulier voor de terugbetaling voor de behandeling van colorectale aandoeningen van niet neurologische oorsprong door transanale irrigatiesysteem.**Identificatie van de voorschrijvende arts**

- ☐ Gastro-enteroloog.
☐ Chirurg (arts-specialist in en colorectale chirurg).
☐ Neuroloog.
☐ Pediater.
☐ Specialist in fysisch geneeskunde en revalidatiearts.
☐ Ander:

Voor- en achternaam van de arts:

RIZIV-nummer van de arts:

E-mailadres:.....

Telefoon (secretariaat van de dienst):

Identificatie van de rechthebbende

Naam:.....

Voornaam:.....

Identificatienummer rijksregister:

Geboortedatum:.....

Mutualiteit:.....

Type aanvraag

Eerste aanvraag ☐ ja ☐ nee

Eerste hernieuwing ☐ ja ☐ nee

1. Bepaling van het stadium van de ernst van de colorectale aandoeningen**1.1. Patiënten met een ernstig Syndroom van Lagere Anterieur Resectie (« LARS patiënten»).****1.1.1. Berekening van de functionele LARS score (Emmertsen KJ et al. 2012)**

Beoordeeld criteria	waarde	patiënt score
Bent u weleens in de situatie geweest dat u geen controle had over uw winderigheid?		
Nee, nooit	0	
Ja, minder dan 1 keer per week	4	
Ja, minstens 1 keer per week	7	
Heeft u wel last van ongewenste lekkage van dunne ontlasting ?		
Nee, nooit	0	
Ja, minder dan 1 keer per week	3	
Ja, minstens 1 keer per week	3	
Hoe vaak gaat u naar het toilet voor ontlasting?		
Meer dan 7 keer per dag (24 uur)	4	
4-7 keer per dag (24 uur)	2	
1-3 keer per dag (24 uur)	0	
Minder dan 1 keer per dag (24 uur)	5	
Als u ontlasting heeft gehad, moet u dan wel eens binnen het uur nog een keer naar het toilet voor ontlasting?		
Nee, nooit	0	
Ja, minder dan 1 keer per week	9	
Ja, minstens 1 keer per week	11	
Heeft u weleens zo een sterke aandrang van ontlasting, dat u zich naar het toilet moet haasten?		
Nee, nooit	0	
Ja, minder dan 1 keer per week	11	
Ja, minstens 1 keer per week	16	
TOTALE LARS SCORE		

1.1.2. Resectie operatie datum / /

1.1.3. Duur van de colorectale aandoening : maandenjaar

1.1.4. Reeds voorgeschreven therapie(en):

- Lavement ☐
- Medicatie ☐
- Dieet ☐
- Andere ☐

2. Therapeutische geschiedenis

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Engagementen

Ondergetekende verklaart dat bovenvermelde rechthebbende aan de volgende voorwaarden voldoet :

- Colorectale stoornissen aangetoond op basis van het bijhouden van een agenda over een periode meer dan drie maanden: ☐ ja ☐ nee
- Onvoldoende resultaat (falen) van medische behandelingen ☐ ja ☐ nee
- Onvoldoende resultaat van pelvi-perineale revalidatietherapie ☐ ja ☐ nee
- Geen chronische darmziekte ☐ ja ☐ nee
- Geen bekende contra-indicaties (anatomische of niet) zoals : ☐ ja ☐ nee
 - Gekende colorectale of anale stenose.
 - Colorectale kanker.
 - Acute inflammatoire pathologie van de darm (IBD, diverticulitis, gecompliceerde diverticulaire ziekte, ischemische colitis ...).
 - Recente buik- of anale operatie (< 3 maanden).
 - Kinderen jonger dan 3 jaar en zwangere vrouwen.

Gedaan te (locatie) op (datum)/...../.....

Naam, voornaam, handtekening en stempel van de arts:

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit van 10 januari 2024 tot wijziging van 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.

Frank Vandenbroucke

ANNEXE

B81) Formulaire de demande de remboursement pour le traitement des troubles colorectaux d'origine neurologique par irrigation transanale.**Médecin prescripteur**

- ☐ Gastro-entérologue.
☐ Chirurgien (spécialiste en chirurgie colorectale).
☐ Neurologue.
☐ Pédiatrie.
☐ Spécialiste en médecine physique et de réadaptation

☐ Autre :

Nom et prénom du médecin:

N° INAMI du médecin:

Adresse Email :

Téléphone (secrétariat du service) :

Identification du bénéficiaire

Nom :

Prénom :

Numéro d'identification au Registre National :

Date de naissance :

Organisme assureur :

Affection neurologique du patient

- ☐ lésion médullaire

☐ sclérose en plaques

☐ spina Bifida

Type de demande

Première demande ☐ oui ☐ non

Premier renouvellement ☐ oui ☐ non

2. Détermination du degré de sévérité des troubles colorectaux

1.1. Calcul du score fonctionnel NBD [Krogh K et al. (2006) Neurogenic bowel dysfunction score]

Critères évalués	Valeur	Score du patient
Avec quelle fréquence allez-vous à la selle ?		
Chaque jour	0	
2 à 6 fois par semaine	1	
Moins d'une fois par semaine	6	
Quel temps passer vous en moyenne aux toilettes à chaque fois?		
Moins de 30 minutes	0	
De 30 à 60 minutes	3	
Plus d'une heure	7	
Ressentez-vous une sensation de malaise, mal à la tête ou transpirez-vous au moment de la défécation ?		
Non	0	
Oui	2	
Prenez-vous des médicaments en comprimés pour la constipation ?		
Non	0	
Oui	2	
Prenez-vous des médicaments en sachet/poudre pour la constipation ?		
Non	0	
Oui	2	
Avez-vous besoin de mettre le doigt dans l'anus pour aller à la selle ?		
Moins d'une fois par semaine	0	
Plus d'une fois par semaine	6	
Avez-vous des pertes incontrôlées de selles par l'anus ?		
Moins d'une fois par semaine	0	
1 à 4 fois par mois	6	
1 à 6 fois par semaine	7	
Au moins chaque jour	13	
Prenez-vous des médicaments pour l'incontinence ?		
Non	0	
Oui	4	
Avez-vous des pertes incontrôlées de gaz ?		
Non	0	
Oui	2	
Avez-vous des problèmes de peau autour de votre anus ?		
Non		
Oui	0	
	3	
SCORE NBD TOTAL		

1.2. Durée des troubles colorectaux :moisannées

1.3. Thérapie(s) déjà prescrite(s) :

- Lavement☐
- Médication☐
- Diète☐
- Autre☐.....

2. Discussion thérapeutique

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Engagements

Le médecin prescripteur déclare que le bénéficiaire susmentionné satisfait aux conditions suivantes :

- Troubles colorectaux démontrés sur base d'un agenda depuis plus de trois mois : ☐ oui ☐ non
- Effet insuffisant (échec) des traitements médicaux ☐ oui ☐ non
- Effet insuffisant de la thérapie de rééducation pelvi-périnéale ☐ oui ☐ non
- Pas de maladie intestinale chronique ☐ oui ☐ non
- Pas de contre-indications (anatomiques ou pas) connues telles que : ☐ oui ☐ non
 - Sténose colorectale ou anale.
 - Cancer colorectal.
 - Pathologie inflammatoire aiguë de l'intestin (IBD, diverticulite, maladie diverticulaire colique compliquée, colite ischémique, ...)
 - Chirurgie abdominale ou anale récente (< 3mois).
 - Enfants de moins de 3 ans et femmes enceintes.

Fait à (lieu)

le (date)/...../.....

Nom, prénom, signature et cachet du médecin :

B91) Formulaire de demande de remboursement pour le traitement des troubles colorectaux d'origine non-neurologique par irrigation transanale.

Médecin prescripteur

- ☐ Gastro-entérologue.
- ☐ Chirurgien (spécialiste en chirurgie colorectale).
- ☐ Neurologue.
- ☐ Pédiatrie.
- ☐ Spécialiste en médecine physique et de réadaptation
- ☐ Autre :

Nom et prénom du médecin :.....

N° INAMI du médecin:

Adresse Email :

Téléphone (secrétariat du service) :

Identification du bénéficiaire

Nom :

Prénom :

Numéro d'identification au Registre National :

Date de naissance :

Organisme assureur :

Type de demande

Première demande ☐ oui ☐ non

Premier renouvellement ☐ oui ☐ non

1. Détermination du degré de sévérité des troubles colorectaux**1.1. Patients avec un Syndrome sévère de Résection Antérieure Basse (« patients LARS »).****1.1.1. Calcul du score LARS (Emmertsen KJ et al. 2012)**

Critères évalués	Valeur	Score du patient
Vous arrive-t-il d'avoir un gaz qui s'échappe alors que vous vouliez le retenir ?		
Non, jamais	0	
Oui, moins d'une fois par semaine	4	
Oui, au moins une fois par semaine	7	
Avez-vous des fuites accidentelles de selles liquides ?		
Non, jamais	0	
Oui, moins d'une fois par semaine	3	
Oui, au moins une fois par semaine	3	
Combien de fois par jour allez-vous aux toilettes pour évacuer des selles ?		
Plus de 7 fois par jour	4	
4 à 7 fois par jour	2	
1 à 3 fois par jour	0	
Moins d'une fois par jour	5	
Avez-vous besoin d'aller aux toilettes, puis d'y retourner moins d'une heure après ?		
Non, jamais	0	
Oui, moins d'une fois par semaine	9	
Oui, au moins une fois par semaine	11	
Avez-vous des besoins urgents qui vous obligent à courir aux toilettes ?		
Non, jamais	0	
Oui, moins d'une fois par semaine	11	
Oui, au moins une fois par semaine	16	
SCORE LARS TOTAL		

1.1.2. Date de l'opération de résection / /

1.1.3. Durée des troubles colorectaux :moisannées

1.1.4. Thérapie(s) déjà prescrite(s) :

- Lavement ☐
- Médication ☐
- Diète ☐
- Autre ☐

2. Discussion thérapeutique

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Engagements

Le médecin prescripteur déclare que le bénéficiaire susmentionné satisfait aux conditions suivantes :

- Troubles colorectaux démontrés sur base d'un agenda depuis plus de trois mois : ☐ oui ☐ non
- Effet insuffisant (échec) des traitements médicaux ☐ oui ☐ non
- Effet insuffisant de la thérapie de rééducation pelvi-périnéale ☐ oui ☐ non
- Pas de maladie intestinale chronique ☐ oui ☐ non
- Pas de contre-indications (anatomiques ou pas) connues telles que : ☐ oui ☐ non
 - Sténose colorectale ou anale.
 - Cancer colorectal.
 - Pathologie inflammatoire aiguë de l'intestin (IBD, diverticulite, maladie diverticulaire colique compliquée, colite ischémique, ...).
 - Chirurgie abdominale ou anale récente (< 3mois).
 - Enfants de moins de 3 ans et femmes enceintes.

Fait à (lieu) le (date)/...../.....

Nom, prénom, signature et cachet du médecin :

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 10 janvier 2024 modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1er, 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994