

- à partir du 1^{er} juillet 1993 :

675.608 - 998.691
 1¹ x 27.937
 2¹ x 10.481
 1² x 10.481
 1² x 13.970
 2² x 27.939
 7² x 24.450
 1² x 22.703
 N 2+ - G A

Art. 3. A l'article 12 bis du même arrêté, inséré par l'arrêté royal du 19 décembre 1986, l'échelle de traitements mentionnée au § 1^{er} est remplacée par l'échelle de traitement suivante :

- à partir du 1^{er} novembre 1990 :

803.983 - 1.235.324
 3¹ x 23.497
 10² x 36.085

- à partir du 1^{er} novembre 1991 :

812.022 - 1.247.678
 3¹ x 23.732
 10² x 36.446

- à partir du 1^{er} novembre 1992 :

836.383 - 1.285.115
 3¹ x 24.444
 10² x 37.540

- à partir du 1^{er} novembre 1993 :

853.110 - 1.310.819
 3¹ x 24.933
 10² x 38.291

Art. 4. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} mars 1990.

Art. 5. Notre Ministre de la Justice est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Châteauneuf-de-Grasse, le 8 août 1997.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de la Justice,
 S. DE CLERCK

- met ingang van 1 juli 1993 :

675.608 - 998.691
 1¹ x 27.937
 2¹ x 10.481
 1² x 10.481
 1² x 13.970
 2² x 27.939
 7² x 24.450
 1² x 22.703
 N 2+ - G A

Art. 3. In artikel 12 bis van hetzelfde besluit, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 19 december 1986, wordt de weddeschaal vermeld in § 1 vervangen door de volgende weddeschaal :

- met ingang van 1 november 1990 :

803.983 - 1.235.324
 3¹ x 23.497
 10² x 36.085

- met ingang van 1 november 1991 :

812.022 - 1.247.678
 3¹ x 23.732
 10² x 36.446

- met ingang van 1 november 1992 :

836.383 - 1.285.115
 3¹ x 24.444
 10² x 37.540

- met ingang van 1 november 1993 :

853.110 - 1.310.819
 3¹ x 24.933
 10² x 38.291

Art. 4. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 maart 1990.

Art. 5. Onze Minister van Justitie is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Châteauneuf-de-Grasse, 8 augustus 1997.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Justitie,
 S. DE CLERCK

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES,
 DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT

F. 97 — 1692

[S - C - 97/22512]

9 JUILLET 1997. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 2 septembre 1980 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité intervient dans le coût des spécialités pharmaceutiques et produits assimilés

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 35;

Vu l'arrêté royal du 2 septembre 1980 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité intervient dans le coût des spécialités pharmaceutiques et produits assimilés tel qu'il a été modifié jusqu'à ce jour;

Vu les propositions du Conseil technique des spécialités pharmaceutiques, émises les 13 juin 1996 et 16 janvier 1997;

Vu l'avis du Service du contrôle médical du 23 octobre 1996;

Vu l'avis de la Commission de conventions pharmaciens - organismes assureurs, émis le 28 février 1997;

Vu les avis du Comité de l'assurance des soins de santé, émis le 14 avril 1997;

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,
 VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU

N. 97 — 1692

[S - C - 97/22512]

9 JULI 1997. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 2 september 1980 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische specialiteiten en daarmee gelijkgestelde produkten

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 35;

Gelet op het koninklijk besluit van 2 september 1980 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische specialiteiten en daarmee gelijkgestelde produkten zoals tot op heden gewijzigd;

Gelet op de voorstellen, uitgebracht op 13 juni 1996 en 16 januari 1997 door de Technische raad voor farmaceutische specialiteiten;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige controle van 23 oktober 1996;

Gelet op het advies uitgebracht op 28 februari 1997 door de Overeenkomstencommissie apothekers - verzekeringsinstellingen;

Gelet op de adviezen uitgebracht op 14 april 1997 door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1^{er}, modifié par les lois du 9 août 1980, 16 juin 1989 et 4 juillet 1989;

Vu l'urgence;

Considérant qu'il y a lieu de tout mettre en oeuvre pour respecter les délais prévus à l'arrêté royal du 2 septembre 1980 susvisé;

Considérant que ces délais ont été fixés en application de la directive 89/105/CEE du 21 décembre 1988 du Conseil des Communautés européennes concernant la transparence des mesures régissant la fixation des prix des médicaments à usage humain et leur inclusion dans le champ d'application des systèmes nationaux d'assurance maladie;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Au chapitre IV de l'annexe I de l'arrêté royal du 2 septembre 1980 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité intervient dans le coût des spécialités pharmaceutiques et produits assimilés, sont apportées les modifications suivantes :

1° Sous A. - Modalités d'application, au point 1. - b), premier alinéa, remplacer la mention "sous b" par "sous b ou sous d";

2° Sous B. - Liste des spécialités remboursables sur avis du médecin-conseil, remplacer les dispositions des §§ repris ci-après par les suivantes :

« § 2. La spécialité suivante ne fait l'objet d'un remboursement que si elle a été prescrite pour le traitement d'hyperlipémies des types Fredrickson II b, III et IV et si les conditions suivantes ont été respectées :

a) il doit apparaître d'une période d'essai d'au moins trois mois au cours de laquelle une diète adaptée est appliquée, que cette diète à elle seule ne suffit pas pour faire baisser la teneur des triglycérides en dessous de 200 mg/100 ml.

Cette situation sera contrôlée par le médecin-conseil sur la base des résultats d'examens de laboratoire effectués au début et à la fin de la période d'essai précitée.

Sur base de ces éléments, le médecin-conseil peut autoriser le remboursement des spécialités concernées.

A cet effet, il délivre l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté.

b) Cette autorisation est limitée à une période de traitement de 3 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour des périodes renouvelables de 12 mois maximum sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant, accompagné d'un nouveau bilan lipidique, et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

§ 5. Les spécialités suivantes ne font l'objet d'un remboursement que si elles sont utilisées en cas d'insuffisances hépatiques et/ou de cirrhoses, dont le traitement par l'une d'elles a été instauré au cours d'une hospitalisation.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

§ 7. a) Les spécialités et produits suivants ne font l'objet d'un remboursement selon les règles de la catégorie A que si le médecin-conseil a constaté que ces produits constituent un traitement de la mucoviscidose.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation, dont le modèle est fixé sous "b" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

Gelet op de wetten op de Raad van State gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, gewijzigd bij de wetten van 9 augustus 1980, 16 juni 1989 en 4 juli 1989;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat alles moet in het werk gesteld worden om de termijnen, bepaald in het bovengenoemd koninklijk besluit van 2 september 1980, na te leven;

Overwegende dat deze termijnen werden bepaald in toepassing van de richtlijn 89/105/EEG van 21 december 1988 van de Raad van de Europese Gemeenschappen betreffende de doorzichtigheid van de maatregelen ter regeling van de prijsstelling van geneesmiddelen voor menselijk gebruik en de opnemings daarvan in de nationale stelsels van gezondheidszorg;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In hoofdstuk IV van bijlage I van het koninklijk besluit van 2 september 1980 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische specialiteiten en daarmee gelijkgestelde produkten, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° sub A. - Toepassingsmodaliteiten, punt 1. - b), eerste lid, de vermelding "onder b" door "onder b of onder d" vervangen;

2° sub B. - Lijst van de op advies van de adviserend geneesheer vergoedbare specialiteiten, de bepalingen van de hierna volgende §§ door de volgende vervangen :

« § 2. De volgende specialiteit komt slechts in aanmerking voor tegemoetkoming indien ze voorgeschreven werd ter behandeling van hyperlipemieën van de Fredrickson types II b, III en IV en indien aan de volgende voorwaarden werd voldaan :

a) uit een proefperiode van minstens drie maanden waarin een aangepast dieet wordt toegepast dient te blijken dat dit dieet op zichzelf niet volstaat om het triglyceridencijfer te doen dalen onder 200 mg/100 ml.

Deze toestand zal door de adviserend geneesheer worden gecontroleerd op basis van de resultaten van laboratoriumonderzoekingen die bij het begin en op het einde van vorenbedoelde proefperiode werden uitgevoerd.

Op basis daarvan kan de adviserend geneesheer de machtiging verlenen om de desbetreffende specialiteiten terug te betalen.

Met het oog hierop reikt hij de machtiging uit, waarvan het model onder "d" van bijlage III van dit besluit is vastgesteld.

b) Deze machtiging is beperkt tot een behandelingsperiode van hoogstens 3 maanden.

De machtiging tot terugbetaling kan worden verlengd voor hernieuwbare periodes van maximum 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts, waarbij hij een nieuwe lipidenbalans voegt, en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

§ 5. De volgende specialiteiten komen slechts in aanmerking voor terugbetaling indien ze aangewend werden in geval van leverinsufficiëntie en/of cirrhosen waarvan de behandeling met één ervan is begonnen tijdens een verpleging in het ziekenhuis.

Met het oog hierop reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende een machtiging uit waarvan het model is bepaald onder "d" van bijlage III van dit besluit, en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging tot terugbetaling kan worden verlengd voor nieuwe periodes van maximum 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

§ 7. a) Volgende specialiteiten en produkten komen slechts in aanmerking voor vergoeding volgens de regels van categorie A indien de adviserend geneesheer heeft vastgesteld dat die produkten een behandeling van mucoviscoïdosis uitmaken.

Met het oog hierop reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende een machtiging uit waarvan het model is bepaald onder "d" van bijlage III van dit besluit, en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging tot terugbetaling kan worden verlengd voor nieuwe periodes van maximum 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

b) Les spécialités et produits suivants ne font l'objet d'un remboursement selon les règles de la catégorie B que si le médecin-conseil a constaté que ces produits constituent un traitement d'une malabsorption de graisses suite à une réduction de la fonction pancréatique exocrine.

La pancréatite chronique doit être démontrée par des tests fonctionnels appropriés et/ou des techniques d'imagerie médicale.

La malabsorption de graisses due à une réduction chronique de la fonction pancréatique exocrine doit être démontrée par :

— ou bien une stéatorrhée de plus de 7 g de graisse sur une période de 24 heures;

— ou bien un test respiratoire oléique à l'aide de carbone radioactif (C14) ou d'isotope de carbone stable (C13), lors duquel moins de 3 % de la dose administrée sont récupérés.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation, dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

§ 8. Les spécialités suivantes ne font l'objet d'un remboursement que si elles ont été prescrites pour le traitement de la maladie de Parkinson.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

§ 10. a) La spécialité suivante ne fait l'objet d'un remboursement en catégorie A que si elle est prescrite pour le traitement de :

— l'hypersexualité chez l'homme; dans ce cas, la demande comprendra un rapport établi conjointement par un psychiatre et un interniste, rapport dans lequel, en se basant entre autres sur un bilan de la fonction gonadique, l'utilisation de ce produit est motivée;

— traitement hormonal du cancer avancé ou inopérable de la prostate.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

b) La spécialité suivante ne fait l'objet d'un remboursement, en catégorie B, dans l'hirsutisme grave que sur base d'un rapport d'un gynécologue ou d'un interniste endocrinologue établissant qu'il s'agit d'un hirsutisme ne pouvant pas être traité par une thérapie causale et dont la sévérité est de 8 minimum à l'échelle hormonale de Ferriman et Gallwey (c'est-à-dire exclusion des avant-bras et des jambes dans l'établissement du score) et dont l'origine est soit une hyperproduction d'androgènes par l'ovaire ou les surrénales objectivée par un taux plasmatique supérieur à la norme du laboratoire, soit une hypersensibilité des récepteurs cutanés avec production normale d'androgènes.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

§ 12. a) Les spécialités suivantes ne font l'objet d'un remboursement que si elles sont prescrites pour traiter un des cas mentionnés ci-après :

— Galactorrhée avec ou sans aménorrhée, d'origine :

- postpartale (syndrome de Chiari-Frommel);

b) Volgende specialiteiten en produkten komen slechts in aanmerking voor vergoeding volgens de regels van categorie B indien de advise-rend geneesheer heeft vastgesteld dat die geneesmiddelen een behan-deling uitmaken van een vetmalabsorptie ingevolge een verminderde exocriene pancreasfunctie.

Het chronisch pancreaslijden moet blijken uit geëigende functietests en/of beeldvormende technieken.

De malabsorptie van vetten te wijten aan een chronische vermin-derde exocriene pancreasfunctie moet blijken uit :

— of een steatorroe van meer dan 7 g vet over 24 uur;

— of een vetademtest met radioactief koolstof (C14) of stabiel koolstofisotoop (C13), waarbij minder dan 3 % van de toegediende dosis wordt gerecupereerd.

Met het oog hierop reikt de adviserend geneesheer aan de rechtheb-bende een machtiging uit waarvan het model is bepaald onder "d" van bijlage III van dit besluit, en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging tot terugbetaling kan worden verlengd voor nieuwe periodes van maximum 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

§ 8. De volgende specialiteiten komen slechts in aanmerking voor vergoeding indien ze voorgeschreven zijn ter behandeling van de ziekte van Parkinson.

Met het oog hierop reikt de adviserend geneesheer aan de rechtheb-bende een machtiging uit waarvan het model is bepaald onder "d" van bijlage III van dit besluit, en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging tot vergoeding kan worden verlengd voor nieuwe periodes van maximum 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

§ 10. a) De volgende specialiteit kan slechts worden vergoed in categorie A indien ze wordt voorgeschreven ter behandeling van :

— hyperseksualiteit bij de man; in dit geval zal de aanvraag een rapport bevatten dat door een psychiater samen met een internist is opgesteld en waarin, ondermeer steunend op een bilan van de gonadefunctie, de aanwending van dit produkt wordt gemotiveerd.

— hormonale therapie van vergevorderde of inoperabele prostaat-kanker.

Met het oog hierop reikt de adviserend geneesheer aan de rechtheb-bende een machtiging uit waarvan het model is bepaald onder "d" van bijlage III van dit besluit, en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging tot terugbetaling kan worden verlengd voor nieuwe periodes van maximum 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekerings-instelling.

b) De volgende specialiteit wordt bij ernstig hirsutisme in categorie B enkel vergoed op grond van een verslag van een gynecoloog of van een internist-endocrinoloog, waaruit blijkt dat het om een hirsutisme gaat dat niet met een causale therapie kan worden behandeld, waarvan de ernst minimum 8 bedraagt op de hormonale schaal van Ferriman en Gallwey (dus met uitsluiting van de onderarmen en de benen bij het opmaken van de score) en waarvan de oorsprong ofwel een hyperpro-dukctie van androgenen door de eierstok of de bijniere is die is geobjectiveerd door een plasmagehalte dat boven de laboratoriumnorm ligt, ofwel door een hypergevoeligheid van de huidreceptoren met een normale produktie van androgenen.

Met het oog hierop bezorgt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de machtiging waarvan het model is vastgesteld onder "d" van bijlage III bij dit besluit en waarvan de geldigheidsduur beperkt is tot 12 maanden.

De machtiging voor vergoeding kan, worden verlengd met nieuwe periodes van maximum 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts.

§ 12. a) De volgende specialiteiten komen slechts in aanmerking voor terugbetaling indien ze voorgeschreven werden ter behandeling van een der volgende gevallen :

— Galactorree, met of zonder amenorree waarvan de oorsprong de volgende is :

- postpartaal (syndroom van Chiari-Frommel);

- idiopathique (syndrome d'Argonz-del Castillo);
- tumorale (syndrome de Forbes-Albright);
- Post-pill aménorrhée accompagnée de galactorrhée ou d'hyperprolactinémie démontrée;
- Acromégalie;
- Aménorrhée secondaire consécutive à une hyperprolactinémie démontrée;
- Adénome hypophysaire sécrétant la prolactine.

Le remboursement de la spécialité PARLODEL est également autorisé si elle est prescrite pour traiter des cas démontrés d'hypogonadisme prolactinodépendant chez l'homme.

- idiopathisch (syndroom van Argonz-del Castillo);
- tumoraal (syndroom van Forbes-Albright);
- Post-pil amenorree vergezeld van galactorree of bewezen hyperprolactinemie;
- Acromegalie;
- Secondaire amenorree tengevolge van een aangetoonde hyperprolactinemie;
- Hypofysair adenoom met prolactine-afscheiding.

De terugbetaling van de specialiteit PARLODEL is eveneens toegestaan als zij wordt voorgeschreven ter behandeling van aangetoonde gevallen van prolactine-afhankelijk hypogonadisme bij de man.

Critère — Criterium	Code	Dénomination et conditionnements — Benaming en verpakkingen	Observations — Opmerkingen	Base de remboursement — Basis van tegemoetkoming	Intervention du bénéficiaire visé par l'art. 37, § 2, loi 14.7.1994 — Aandeel van de recht-hebbende beoogd bij art. 37, § 2, wet 14.7.1994	Intervention du bénéficiaire autre que celui visé par l'art. 37, § 2, loi 14.7.1994 — Aandeel van de recht-hebbende andere dan deze beoogd bij art. 37, § 2, wet 14.7.1994
B-92	0066-266 0726-257 0726-257	PARLODEL Sandoz compr. 30 x 2,5 mg * pr. compr. 1 x 2,5 mg ** pr. compr. 1 x 2,5 mg		617,— 15,— 12,33	93	154

Le remboursement de la spécialité suivante est également autorisé pour traiter l'acromégalie :

De terugbetaling van de volgende specialiteit is eveneens toegestaan voor de behandeling van acromegalie :

Critère — Criterium	Code	Dénomination et conditionnements — Benaming en verpakkingen	Observations — Opmerkingen	Base de remboursement — Basis van tegemoetkoming	Intervention du bénéficiaire visé par l'art. 37, § 2, loi 14.7.1994 — Aandeel van de recht-hebbende beoogd bij art. 37, § 2, wet 14.7.1994	Intervention du bénéficiaire autre que celui visé par l'art. 37, § 2, loi 14.7.1994 — Aandeel van de recht-hebbende andere dan deze beoogd bij art. 37, § 2, wet 14.7.1994
B-92	0869-266 0726-265 0726-265	PARLODEL 5 mg Sandoz caps. 100 x 5 mg * pr. caps. 1 x 5 mg ** pr. caps. 1 x 5 mg		2 482,— 23,58 20,71	250	375

Le remboursement des spécialités suivantes est également autorisé si elles ont été prescrites pour traiter un cas d'adénome hypophysaire sécrétant la prolactine;

De vergoeding van de volgende specialiteiten is eveneens toegestaan als ze voorgeschreven werden ter behandeling van een geval van hypofysaire adenoom met prolactine-afscheiding;

Critère — Criterium	Code	Dénomination et conditionnements — Benaming en verpakkingen	Observations — Opmerkingen	Base de remboursement — Basis van tegemoetkoming	Intervention du bénéficiaire visé par l'art. 37, § 2, loi 14.7.1994 — Aandeel van de recht-hebbende beoogd bij art. 37, § 2, wet 14.7.1994	Intervention du bénéficiaire autre que celui visé par l'art. 37, § 2, loi 14.7.1994 — Aandeel van de recht-hebbende andere dan deze beoogd bij art. 37, § 2, wet 14.7.1994
B-92	0869-131 0726-265 0726-265	PARLODEL 5 mg Sandoz caps. 100 x 5 mg * pr. caps. 1 x 5 mg ** pr. caps. 1 x 5 mg		2 482,— 23,58 20,71	250	375
B-92	0810-952 0726-299 0726-299	PARLODEL 10 mg Sandoz caps. 100 x 10 mg * pr. caps. 1 x 10 mg ** pr. caps. 1 x 10 mg		3 933,— 38,09 35,22	250	375

Dans tous les cas repris sous a), le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

b) Les spécialités suivantes ne font l'objet d'un remboursement que si elles sont prescrites pour le traitement de la maladie de Parkinson résistant aux thérapies réalisées avec d'autres antiparkinsoniens.

L'autorisation du médecin-conseil est subordonnée à la réception d'un rapport dans lequel un interniste, un neurochirurgien, un neurologue ou un neuro-psychiatre justifie l'installation du traitement, donne les directives posologiques nécessaires et précise l'historique des traitements précédents.

Sur base de ces éléments, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

§ 15. Les spécialités suivantes ne font l'objet d'un remboursement que si elles ont été prescrites pour le traitement d'hyperlipémies des types Fredrickson IIa, IIb, III, IV et V et si les conditions suivantes ont été respectées :

a) il doit apparaître d'une période d'essai d'au moins trois mois au cours de laquelle une diète adaptée est appliquée que cette diète à elle seule ne suffit pas pour :

— soit faire baisser la teneur en triglycérides sanguins en dessous de 200 mg/100 ml ou la teneur en cholestérol sanguin en dessous de 250 mg/100 ml;

— soit faire baisser le LDL-cholestérol en dessous de 160 mg/100 ml chez un patient présentant une pathologie athéroscléreuse démontrée (coronaropathie, accident vasculaire cérébral, artériopathie périphérique).

Cette situation sera contrôlée par le médecin-conseil sur la base des résultats d'examen de laboratoire effectués au début et à la fin de la période d'essai précitée.

Sur base de ces éléments, le médecin-conseil peut autoriser le remboursement des spécialités concernées.

A cet effet, il délivre l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté.

b) Cette autorisation est limitée à une période de traitement de 3 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour des périodes renouvelables de 12 mois maximum sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant, accompagné d'un nouveau bilan lipidique, et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

§ 16. 1° La spécialité suivante fait l'objet d'un remboursement en catégorie A si elle a été prescrite pour une des situations suivantes, en milieu hospitalier ou au domicile du patient :

— la prévention et la correction des troubles plaquetaires consécutifs à une dialyse effectuée avec des systèmes capillaires;

— le maintien de la perméabilité des voies d'accès en hémodialyse chronique (shunts et fistules);

— le maintien de la perméabilité des pontages aorto-coronariens.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

2° La spécialité suivante fait l'objet d'un remboursement en catégorie C s'il est démontré qu'elle a été prescrite pour des bénéficiaires ayant subi une dilatation artérielle percutanée ou une reperméabilisation vasculaire des membres.

A cet effet le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation, dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois/maximum.

In alle onder a) vermelde gevallen, reikt de adviserend geneesheer een machtiging uit waarvan het model is bepaald onder "d" van bijlage III van dit besluit, en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging tot vergoeding kan worden verlengd voor nieuwe periodes van maximum 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

b) De volgende specialiteiten komen slechts in aanmerking voor terugbetaling indien ze voorgeschreven worden voor de behandeling van de Parkinsonziekte resistent voor behandelingen met andere antiparkinsonia.

De machtiging van de adviserend geneesheer is afhankelijk van de ontvangst van een verslag waarin een internist, een neurochirurg, een neuroloog of een neuropsychiater de instelling van de behandeling verantwoordt, de noodzakelijke posologie-aanbevelingen verstrekt en de historie van de vorige behandelingen toelicht.

Op basis van die gegevens reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model onder "d" van bijlage III van dit besluit is vastgesteld en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging tot terugbetaling kan worden verlengd voor nieuwe periodes van maximum 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

§ 15. De volgende specialiteiten komen slechts in aanmerking voor terugbetaling indien ze voorgeschreven werden ter behandeling van hyperlipemieën van de Fredrickson types IIa, IIb, m, IV en V, en indien aan de volgende voorwaarden werd voldaan :

a) uit een proefperiode van minstens drie maanden waarin een aangepast dieet wordt toegepast, dient te blijken dat dit niet volstaat om :

— ofwel het triglyceridencijfer in het bloed onder 200 mg/100 ml of het bloedcholesterolgehalte onder 250 mg/100 ml te doen dalen;

— ofwel het LDL-cholesterolgehalte te doen dalen onder 160 mg/100 ml bij een patiënt met een aangetoonde atheroscleruze pathologie (coronaropathie, cerebrovasculair accident, perifere arteriopathie).

Deze toestand zal door de adviserend geneesheer worden gecontroleerd op basis van de resultaten van laboratoriumonderzoekingen die bij het begin en het einde van vorenbedoelde proefperiode werden uitgevoerd.

Op basis daarvan kan de adviserend geneesheer de machtiging verlenen om de desbetreffende specialiteiten terug te betalen.

Met het oog hierop reikt hij de machtiging uit, waarvan het model onder "d" in bijlage III van dit besluit is vastgesteld.

b) Deze machtiging is beperkt tot een behandelingsperiode van maximum 3 maanden.

De machtiging tot terugbetaling kan worden verlengd voor hernieuwbare periodes van maximum 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts, waarbij hij een nieuwe lipidenbalans voegt, en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

§ 16. 1°. De volgende specialiteit wordt vergoed in categorie C indien ze, in een van de volgende toestanden, voorgeschreven werd in een verplegingsinstelling of ten huize van de patiënt :

— de preventie en de correctie van bloedplaatjesstoornissen ten gevolge van dialysen uitgevoerd met capillaire systemen;

— het behoud van de permeabiliteit van fistels en shunts bij chronische hemodialyse;

— het behoud van de graf-patency na coronaire bypass.

Met het oog hierop reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende een machtiging uit waarvan het model is bepaald onder "d" van bijlage III van dit besluit, en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging tot terugbetaling kan worden verlengd voor nieuwe periodes van maximum 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

2° De volgende specialiteit wordt vergoed in categorie C indien wordt aangetoond dat ze is voorgeschreven voor rechthebbenden bij wie een percutane arteriële dilatatie of een vasculaire reperméabilisatie van de ledematen is verricht.

Met het oog hierop bezorgt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de machtiging waarvan het model is vastgesteld onder "d" van bijlage III bij dit besluit en waarvan de geldigheidsduur beperkt is tot 12 maanden.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

3°. La spécialité suivante fait l'objet d'un remboursement en catégorie B s'il est démontré qu'elle a été prescrite comme médicament de 2e intention dans la prévention secondaire des maladies cérébrales thromboemboliques :

— chez des patients qui ne supportent pas l'acide acétylsalicylique en raison d'antécédents d'hémorragies, ulcères, attaques d'asthme, oedème de Quincke ou hypotension;

— pour des patients chez lesquels un accident cérébral thromboembolique avec des séquelles cliniques se manifeste sous traitement à l'acide acétylsalicylique.

A cet effet le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation, dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

§ 18. Les spécialités suivantes ne font l'objet d'un remboursement que si elles sont prescrites pour le traitement d'une insuffisance gonadique primaire ou secondaire avérée.

L'autorisation est accordée sur base d'un rapport dans lequel un gynécologue, un interniste, un pédiatre ou un urologue confirme le diagnostic sur base notamment de deux dosages de testostérone, exécutés à un intervalle de 15 à 30 jours.

Peuvent également faire l'objet d'un remboursement, les formes injectables des spécialités suivantes, si elles ont été prescrites pour le traitement d'un carcinome mammaire.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté.

L'autorisation est valable pour 12 mois maximum et peut être prolongée sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

§ 24. 1. Les spécialités reprises ci-après ne font l'objet d'un remboursement que si elles ont été prescrites pour le traitement :

a) d'une hypertension rénovasculaire inopérable;

b) de patients atteints de décompensation cardiaque pour lesquels les thérapeutiques classiques associées (diurétiques, vasodilatateurs veineux et/ou digitaux) ne sont pas efficaces ou sont non tolérées;

c) de sujets atteints d'hypertension artérielle qui n'ont pas été favorablement influencés par les thérapeutiques classiques ou ont, dans ces conditions, présenté des effets secondaires inacceptables;

d) de patients diabétiques insulino-dépendants atteints d'hypertension artérielle avec néphropathies;

e) la spécialité CAPOTEN est remboursée si elle a été prescrite pour le traitement de patients diabétiques avec néphropathies albuminuriques ou protéinuriques.

Dans ces cas, l'autorisation du médecin-conseil est subordonnée à la réception d'un rapport écrit, comportant l'anamnèse du cas et, pour les situations visées sous b et c, toutes les précisions nécessaires au sujet des traitements précédents en mentionnant leur nature, leur durée, les doses utilisées, les effets secondaires éventuellement constatés ainsi que l'explication des raisons qui ont motivé le recours à un inhibiteur de l'enzyme de conversion.

Sur base de ces éléments, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

Le remboursement de la poursuite du traitement peut être accordé pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

f) Le remboursement des spécialités CAPOTEN, RAMACE, TRITACE et ZESTRIL est également autorisé si elles sont prescrites pour traiter un des cas mentionnés ci-après :

1° Infarctus myocardique à la phase aiguë démontré par les modifications électrocardiographiques et enzymatiques.

Le remboursement peut être accordé pour une période :

— de 6 semaines en cas de fraction éjectée globale du ventricule gauche normale;

De machtiging voor vergoeding kan worden verlengd met nieuwe periodes van maximum 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

3° De volgende specialiteit wordt vergoed in categorie B als aangetoond is dat ze is voorgeschreven als geneesmiddel van 2e keuze voor de secundaire preventie van cerebrale thrombo-embolische ziekten :

— bij patiënten die wegens antecedenten zoals bloedingen, ulcera, astma-aanvallen, oedeem van Quincke of hypotensie, geen acetylsalicylzuur verdragen;

— voor patiënten bij wie een thrombo-embolisch hersenaccident met klinische sequelae optreedt bij de behandeling met acetylsalicylzuur.

Met het oog hierop reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is vastgesteld onder "d" van bijlage III bij dit besluit en waarvan de geldigheidsduur is vastgesteld op maximum 12 maanden.

De machtiging voor vergoeding kan worden verlengd met nieuwe periodes van maximum 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

§ 18. De volgende specialiteiten komen slechts in aanmerking voor terugbetaling indien ze werden voorgeschreven ter behandeling van een klaarblijkende primaire of secundaire gonadeinsufficiëntie.

De machtiging wordt verleend op basis van een verslag waarin een gynecoloog, een internist, een kinderarts of een uroloog de diagnose ondermeer bevestigt op grond van twee testosteronedoseringen met een tussenpoos van 15 à 30 dagen.

Kunnen insgelijks voor vergoeding in aanmerking komen de inspuittbare vormen van de volgende specialiteiten als ze voorgeschreven zijn ter behandeling van borstcarcinoom.

Met het oog hierop reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende een machtiging uit waarvan het model is bepaald onder "d" van bijlage III van dit besluit.

De machtiging geldt voor maximum 12 maanden en kan worden verlengd op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

§ 24. 1. De hierna vermelde specialiteiten komen slechts in aanmerking voor terugbetaling indien ze werden voorgeschreven :

a) voor de behandeling van inoperabele renovasculaire hypertensie;

b) voor de behandeling van de patiënten met een hartdecompensatie voor wie de klassieke behandelingen geassocieerd (diuretica, veneuze vasodilatoren en/of digitalisprodukten) niet doeltreffend zijn of niet worden verdragen;

c) voor de behandeling van de personen met arteriële hypertensie waarvan de behandeling met de klassieke middelen geen gunstig gevolg heeft gehad of die in die voorwaarden onaanvaardbare nevenwerkingen voor gevolg hadden;

d) voor de behandeling van insuline-afhankelijke diabetespatiënten met arteriële hypertensie met nefropathien;

e) de specialiteit CAPOTEN is vergoedbaar als ze voorgeschreven wordt voor de behandeling van diabetespatiënten met nefropathien die gepaard gaan met proteïnurie of albuminurie;

In die gevallen is de toelating van de adviserend geneesheer afhankelijk van de ontvangst van een geschreven verslag waarin opgenomen zijn : de anamnese van het geval en, voor de toestanden beoogd onder b en c hiervoren, alle noodzakelijke toelichtingen inzake de vorige behandeling met vermelding van de aard ervan, de duur, de aangewende doses, de eventueel vastgestelde nevenwerkingen alsmede een uiteenzetting van de redenen die het gebruik van een remmer van het omzettingenzym motiveren.

Op basis daarvan reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is vastgesteld onder "d" van bijlage III van dit besluit en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De terugbetaling van de voortzetting der behandeling kan worden gemachtigd voor nieuwe periodes van maximum 12 maanden, op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

f) De vergoeding van de specialiteiten CAPOTEN, RAMACE, TRITACE en ZESTRIL is ook toegestaan als ze zijn voorgeschreven om één van de volgende gevallen te behandelen :

1° Myocardinfarct in de acute fase, aangetoond door de electrocardiografische en enzymatische wijzigingen.

De vergoeding kan worden toegekend voor een periode :

— van 6 weken in geval van een normale globale ejectionfractie van de linkerventrikel;

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire, l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 6 semaines.

Sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant, l'autorisation de remboursement peut être prolongée pour des périodes renouvelables de 12 mois maximum si la fraction éjectée globale du ventricule gauche a été abaissée d'au moins un dixième de la valeur normale établie par chaque laboratoire pour l'une des techniques suivantes : échocardiographie bidimensionnelle, ventriculographie isotopique ou ventriculographie de contraste (rapport d'examen à joindre).

— de 12 mois en cas de fraction éjectée globale du ventricule gauche abaissée d'au moins un dixième de la valeur normale établie par chaque laboratoire pour l'une des techniques suivantes : échocardiographie bidimensionnelle, ventriculographie isotopique ou ventriculographie de contraste.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire, l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

2° Status post infarctus documenté par des séquelles électrocardiographiques ou par les modifications électrocardiographiques et enzymatiques enregistrées à la phase aiguë.

Le remboursement peut être accordé pour une période de 12 mois en cas de fraction éjectée globale du ventricule gauche abaissée d'au moins un dixième de la valeur normale établie par chaque laboratoire pour l'une des techniques suivantes : échocardiographie bidimensionnelle, ventriculographie isotopique ou ventriculographie de contraste.

Sur base de ces éléments, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

Le remboursement de la poursuite du traitement peut être accordé pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

S'il s'agit de patients souffrant de décompensation cardiaque qui sont en possession d'une autorisation de remboursement pour un agoniste dopaminergique oral admis en vertu du critère B207, l'autorisation simultanée de remboursement ne peut être accordée que si le rapport susvisé a établi la nécessité d'avoir recours à ce médicament.

§ 29. La spécialité suivante ne fait l'objet d'un remboursement que si elle a été prescrite pour le traitement de choréo-athétose chronique, affection dont le diagnostic doit être attesté sur base d'un rapport établi par un neurologue.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

§ 30. La spécialité suivante ne fait l'objet d'un remboursement que si elle a été prescrite dans le traitement de l'hypertension résistante aux thérapies réalisées avec les associations classiques.

Dans ce cas, l'autorisation du médecin-conseil est subordonnée à la réception d'un rapport dans lequel un interniste ou un cardiologue donne des directives posologiques motivées par l'anamnèse du cas et qui comporte notamment l'historique des traitements précédents.

Sur base de ces éléments, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

Hiermee levert de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de machtiging af waarvan het model onder "d" van bijlage III van dit besluit is vastgesteld en waarvan de geldigheidsduur is beperkt tot 6 weken.

Op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts, kan de machtiging tot vergoeding worden verlengd voor nieuwe periodes van ten hoogste 12 maanden als de globale ejectionfrac-tie van de linkerventrikel verminderd was met minstens één tiende van de normaalwaarde die door elk laboratorium is opgesteld voor één van de volgende technieken : tweedimensionele echocardiografie, ventriculo-grafie met isotopen of contrastventriculografie (verslag van het onderzoek bij te voegen).

— van 12 maanden in geval van een vermindering van de globale ejectionfrac-tie van de linkerventrikel met minimum één tiende van de normaalwaarde die door elk laboratorium is opgesteld voor één van de volgende technieken : tweedimensionele echocardiografie, ventriculo-grafie met isotopen of contrastventriculografie.

Hiermee levert de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de machtiging af waarvan het model onder "d" van bijlage III van dit besluit is vastgesteld en waarvan de geldigheidsduur is beperkt tot ten hoogste 12 maanden.

De machtiging tot vergoeding kan worden verlengd voor nieuwe periodes van maximum 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

2° Post-infarctusstatus gedocumenteerd door electrocardiografische tekenen, of bestaan van electrocardiografische of enzymatische tekenen van infarct in de actieve fase.

De vergoeding kan worden toegekend voor een periode van 12 maanden in geval van een vermindering van de globale ejectionfrac-tie van de linkerventrikel met minimum één tiende van de normaalwaarde die door elk laboratorium is opgesteld voor één van de volgende technieken : tweedimensionele echocardiografie, ventriculografie met isotopen of contrastventriculografie.

Op basis daarvan reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is vastgesteld onder "d" van bijlage III van dit besluit en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De terugbetaling van de voortzetting der behandeling kan worden gemachtigd voor nieuwe periodes van maximum 12 maanden, op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

Als het gaat om patiënten met een hartdecompensatie die in het bezit zijn van een toestemming voor vergoeding voor een orale dopaminerge agonist die is aangenomen volgens het criterium B-207, mag de gelijktijdige toestemming voor vergoeding slechts worden toegestaan als uit bovengenoemd verslag blijkt dat het gebruik van dat genees-middel noodzakelijk was.

§ 29. De volgende specialiteit komt slechts in aanmerking voor terugbetaling indien ze voorgeschreven werd ter behandeling van chronische choreo-athetose, aandoening waarvan de diagnose geattesteerd werd door een neuroloog op basis van een door hem opgesteld verslag.

Met het oog daarop reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model onder "d" van bijlage III van dit besluit is vastgesteld en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging tot vergoeding kan worden verlengd voor nieuwe periodes van maximum 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

§ 30. De volgende specialiteit komt slechts in aanmerking voor terugbetaling indien ze voorgeschreven werd in de behandeling van ernstige hypertensie die weerstaat aan behandelingen met de klassieke associaties.

In dit geval is de machtiging van de adviserend geneesheer afhankelijk van de ontvangst van een verslag waarin een internist of een cardioloog posologie-richtlijnen geeft, gemotiveerd door de anamnese van het geval, en waarin met name de historie van de vorige behandelingen is vermeld.

Op basis daarvan reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is vastgesteld onder "d" van bijlage III van dit besluit, en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

§ 41. Les spécialités suivantes ne font l'objet d'un remboursement que si elles ont été prescrites pour le traitement de nanisme consécutif à une déficience de sécrétion de l'hormone de croissance hypophysaire, étayée par un rapport complet et motivé, rédigé par un spécialiste en la matière, attaché à un service universitaire.

Le remboursement de ces spécialités est également autorisé si elles sont prescrites pour traiter un retard de croissance dans les cas démontrés biologiquement de dysgénésie gonadique (Syndrome de Turner).

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum, des prolongations de cette période de chaque fois 12 mois peuvent être autorisées sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

§ 43. La spécialité suivante ne peut être remboursée que pour les patients souffrant de bronchopneumopathie chronique obstructive, à l'exclusion de l'asthme bronchique, démontrée par :

— soit une hypoxémie (Pa O₂ inférieur ou égal à 65 mm Hg au repos);

— soit une hypercapnie (Pa CO₂ supérieur ou égal à 50 mm Hg au repos).

Ces paramètres doivent être appréciés en dehors d'un épisode de décompensation respiratoire aiguë. Le remboursement pourra être poursuivi si le patient présente, après 3 mois, une amélioration gazométrique.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 3 mois maximum.

Si, après ces 3 mois, le patient présente une amélioration gazométrique, l'autorisation de remboursement peut être prolongée pour une période de 12 mois maximum sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur; des prolongations de cette période de chaque fois 12 mois peuvent être autorisées sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

§ 53. Les spécialités suivantes peuvent faire l'objet d'un remboursement si elles ont été prescrites dans un cas d'épilepsie, attesté par le médecin traitant.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

§ 58. La spécialité suivante ne fait l'objet d'un remboursement que si elle est prescrite pour le traitement de la maladie de Parkinson, affection dont le diagnostic doit être attesté sur base d'un rapport établi par un neurochirurgien ou un neurologue.

Sur base de ces éléments, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être renouvelée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

§ 59. Les spécialités et produits suivants ne font l'objet d'un remboursement que pour autant que le médecin-conseil ait constaté que ces produits constituent un traitement de la mucoviscidose.

De machtiging tot vergoeding kan worden verlengd voor nieuwe periodes van maximum 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

§ 41. De volgende specialiteiten geven enkel aanleiding tot terugbetaling indien ze worden voorgeschreven voor de behandeling van dwerggroei te wijten aan een onvoldoende secretie van groeihormoon door hypofyse, gestaald door een volledig en gemotiveerd verslag, opgesteld door een specialist ter zake, verbonden aan een universitaire dienst.

De vergoeding van deze specialiteiten is eveneens toegestaan indien ze worden voorgeschreven voor de behandeling van groeiretardatie in de biologisch aangetoonde gevallen van gonadale dysgenese (Syndroom van Turner).

Met het oog hierop reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model onder "d" van bijlage III van dit besluit is vastgesteld en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt, met dien verstande dat verlengingen van die periode met telkens 12 maanden kunnen worden toegestaan op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

§ 43. De volgende specialiteit kan enkel worden terugbetaald voor patiënten met chronische obstructieve bronchopneumopathie, met uitsluiting van bronchiaal asthma, aangetoond door :

— hetzij een hypoxemie (Pa O₂ lager dan of gelijk aan 65 mm Hg bij rust);

— hetzij een hypercapnie (Pa CO₂ hoger dan of gelijk aan 50 mm Hg bij rust).

Deze parameters moeten worden vastgesteld buiten een periode van acute ademhalingsdecompensatie. De terugbetaling kan worden voortgezet indien na 3 maanden bij de patiënt een gazometrische beterschap wordt vastgesteld.

Met het oog hierop reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende een machtiging uit waarvan het model is bepaald onder "d" van bijlage III van dit besluit, en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 3 maanden is beperkt.

Indien, na die 3 maanden, bij de patiënt een gazometrische beterschap wordt vastgesteld kan de terugbetaling worden voortgezet tijdens een periode van maximum 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling; verlengingen van die periode met telkens 12 maanden kunnen worden toegestaan op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

§ 53. De volgende specialiteiten kunnen worden terugbetaald, indien ze worden voorgeschreven ter behandeling van epilepsie, geattesteerd door de behandelende arts.

Met het oog daarop reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende een machtiging uit waarvan het model is vastgesteld onder "d" van bijlage III van dit besluit en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging tot terugbetaling kan worden verlengd met hernieuwbare periodes van 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

§ 58. De volgende specialiteit komt slechts in aanmerking voor vergoeding indien ze wordt voorgeschreven voor de behandeling van de ziekte van Parkinson; de diagnose van die aandoening moet worden bevestigd met een door een neurochirurg of een neuroloog opgemaakt verslag.

Op basis van die gegevens reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model onder "d" van bijlage III bij dit besluit is vastgesteld en waarvan de geldigheidsduur tot 12 maanden is beperkt.

De machtiging tot vergoeding kan worden verlengd voor nieuwe periodes van maximum 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

§ 59. Volgende specialiteiten en produkten komen slechts in aanmerking voor vergoeding indien de adviserend geneesheer heeft vastgesteld dat die produkten een behandeling uitmaken van mucoviscidosis.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation, dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

§ 61. a) Les spécialités suivantes ne font l'objet d'un remboursement en catégorie C que s'il est démontré qu'elles ont été prescrites dans une des situations suivantes :

— pour le traitement de la maladie de Crohn, de la recto-colite ulcéreuse ou de l'entérite radique;

— pour corriger les troubles du transit résultant d'une gastrectomie, d'une résection du grêle, d'une colectomie, d'une vagotomie avec dumping syndrome ou d'une pancréatectomie;

— chez les patients ayant subi une intervention ayant entraîné la réalisation d'une iléostomie ou d'une colostomie.

b) Les spécialités suivantes ne font l'objet d'un remboursement en catégorie B que s'il est démontré qu'elles ont été prescrites pour le traitement des diarrhées chroniques chez les patients atteints du syndrome d'immunodéficience acquise.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation, dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

§ 76. Le facteur VIII ne fait l'objet d'un remboursement que s'il est prescrit pour le traitement de l'hémophilie A.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

§ 77. Le facteur IX ne fait l'objet d'un remboursement que s'il est prescrit pour le traitement de l'hémophilie B.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

§ 78. Le facteur de Von Willebrand ne fait l'objet d'un remboursement que s'il est prescrit pour le traitement de la maladie de Von Willebrand avec un taux de facteur de Von Willebrand inférieur à 50 % du taux normal.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

Met het oog hierop reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende een machtiging uit waarvan het model is bepaald onder "d" van bijlage III van dit besluit, en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging tot terugbetaling kan worden verlengd voor nieuwe periodes van maximum 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

§ 61. a) De volgende specialiteiten komen slechts in aanmerking voor vergoeding in categorie C indien aangetoond is dat ze zijn voorgeschreven in één van de volgende situaties :

— voor de behandeling van de ziekte van Crohn, rectocolitis ulcerosa of radia-enteritis;

— om de stoornissen van de passage te corrigeren die voortvloeien uit een gastrectomie, een resectie van de dunne darm, een colectomie, een vagotomie met dumpingsyndroom of een pancreatectomie;

— bij patiënten die een ingreep hebben ondergaan die heeft geleid tot het uitvoeren van een ileostomie of een colostomie.

b) De volgende specialiteiten komen slechts in aanmerking voor vergoeding in categorie B indien aangetoond is dat ze zijn voorgeschreven voor de behandeling van chronische diarree bij patiënten met het "acquired immunodeficiency syndrome".

Met het oog hierop reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende een machtiging uit waarvan het model is bepaald onder "d" van bijlage III van dit besluit, en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging tot terugbetaling kan worden verlengd voor nieuwe periodes van maximum 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

§ 76. De faktor VIII kan slechts worden vergoed indien hij wordt voorgeschreven voor de behandeling van hemofilie A.

Met het oog daarop reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende een machtiging uit waarvan het model is vastgesteld onder "d" van bijlage III van dit besluit en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging tot terugbetaling kan worden verlengd met hernieuwbare periodes van 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

§ 77. De faktor IX kan slechts worden vergoed indien hij is voorgeschreven voor de behandeling van hemofilie B.

Met het oog daarop reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende een machtiging uit waarvan het model is vastgesteld onder "d" van bijlage III van dit besluit en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging tot terugbetaling kan worden verlengd met hernieuwbare periodes van 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

§ 78. De faktor van Von Willebrand kan slechts worden vergoed indien hij wordt voorgeschreven voor de behandeling van de ziekte van Von Willebrand met een gehalte aan faktor van Von Willebrand kleiner dan 50 % van het normale.

Met het oog daarop reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende een machtiging uit waarvan het model is vastgesteld onder "d" van bijlage III van dit besluit en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging tot terugbetaling kan worden verlengd met hernieuwbare periodes van 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

§ 79. 1. Remboursement en catégorie A.

Les spécialités mentionnées ci-après font l'objet d'un remboursement en catégorie A lorsqu'elles sont prescrites à des patients présentant une hypercholestérolémie grave à dominance héréditaire démontrée par la coexistence :

- d'une hypercholestérolémie > à 300 mg/dl;
- de xanthomes tendineux palpables et d'une coronaropathie avant 50 ans chez eux et/ou chez deux proches parents (père, mère, grands-parents, frère(s), soeur(s), oncle(s), tante(s)).

Au vu des éléments de preuves établissant que ces critères sont rencontrés, le médecin-conseil autorise le remboursement.

A cet effet, il délivre l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté. Cette autorisation est limitée à une période de traitement de 12 mois et peut être prolongée pour des périodes renouvelables de 12 mois sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant, accompagné d'un nouveau bilan lipidique, et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

2. Remboursement en catégorie B.

Les spécialités mentionnées ci-après font l'objet d'un remboursement en catégorie B lorsqu'elles sont prescrites pour le traitement d'hyperlipémies des types Fredrikson IIa hétérozygote et IIb et si les conditions suivantes ont été respectées :

a) il doit apparaître d'une période d'essai d'au moins trois mois au cours de laquelle une diète adaptée est appliquée que cette diète à elle seule ne suffit pas pour faire baisser la teneur en cholestérol sanguin en dessous de 250 mg/100 ml.

Cette situation sera contrôlée par le médecin-conseil sur la base des résultats d'exams de laboratoire effectués au début et à la fin de la période d'essai précitée.

Sur base de ces éléments, le médecin-conseil peut autoriser le remboursement des spécialités concernées.

A cet effet, il délivre l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté. Cette autorisation est limitée à une période de traitement de 12 mois et peut être prolongée pour des périodes renouvelables de 12 mois sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant, accompagné d'un nouveau bilan lipidique, et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

b) Cette autorisation est limitée à une période de traitement de quatre mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour des périodes renouvelables de 12 mois maximum sur base des résultats d'un nouveau bilan qui démontre que la continuation du traitement est thérapeutiquement justifiée.

§ 80. Les spécialités reprises ci-après ne font l'objet d'un remboursement que si elles ont été prescrites :

1° pour le traitement d'hyperlipémies des types Fredrickson IIa et IIb et si les conditions suivantes ont été respectées :

a) il doit apparaître d'une période d'essai d'au moins trois mois au cours de laquelle une diète adaptée est appliquée que cette diète à elle seule ne suffit pas pour faire baisser la teneur en cholestérol sanguin en dessous de 250 mg/100 ml.

Cette situation sera contrôlée par le médecin-conseil sur la base des résultats d'exams de laboratoire effectués au début et à la fin de la période d'essai précitée.

Sur base de ces éléments, le médecin-conseil peut autoriser le remboursement des spécialités concernées.

A cet effet, il délivre l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté.

b) cette autorisation est limitée à une période de traitement de 3 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour des périodes renouvelables de 12 mois maximum sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant, accompagné d'un nouveau bilan lipidique, et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

2° pour le traitement des affections suivantes :

- prurit par ictère cholestatique;
- entéropathies exsudatives liées à la présence d'un excès de sels biliaires, trouvant son origine dans des troubles de réabsorption.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

§ 79. 1. Vergoeding in categorie A.

De volgende specialiteiten worden vergoed in categorie A als ze worden voorgeschreven voor patiënten met een ernstige hypercholesterolemie van hoofdzakelijk erfelijke aard die wordt aangetoond door het samen voorkomen van :

- een hypercholesterolemie > 300 mg/dl;
- voelbare peesxanthomen en een coronaropathie voor de leeftijd van 50 jaar bij henzelf en/of bij deze twee naaste verwanten (vader, moeder, grootouders, broer(s), zuster(s), oom(s), tante(s)).

De adviserend geneesheer staat de vergoeding toe op grond van de gegevens die bewijzen dat aan deze criteria is voldaan.

Met het oog hierop reikt hij de machtiging uit waarvan het model is vastgesteld onder "d" van de bijlage III bij dit besluit. Die machtiging is beperkt tot een behandelingsduur van 12 maanden en kan worden verlengd voor hernieuwbare periodes van 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts, waarbij hij een nieuwe lipidenbalans voegt, en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

2. Vergoeding in categorie B.

De volgende specialiteiten worden vergoed in categorie B als ze worden voorgeschreven voor de behandeling van hyperlipemieën van de types Fredrikson IIa heterozygoot en IIb en als de volgende voorwaarden zijn vervuld :

a) uit een proefperiode van ten minste drie maand tijdens welke een aangepast dieet wordt toegepast, moet blijken dat die dieet alleen niet volstaat om het cholesterolgehalte in het bloed te doen dalen onder 250 mg/100 ml.

Die toestand zal worden gecontroleerd door de adviserend geneesheer op grond van de resultaten van laboratoriumonderzoeken die bij het begin en aan het einde van de hiervoren genoemde proefperiode zijn verricht.

Op grond van die elementen kan de adviserend geneesheer de vergoeding van de betrokken specialiteiten toestaan.

Met het oog hierop reikt hij de machtiging uit waarvan het model is vastgesteld onder "d" van de bijlage III b) dit besluit. Die machtiging is beperkt tot een behandelingsduur van 12 maanden en kan worden verlengd voor hernieuwbare periodes van 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts, waarbij hij een nieuwe lipidenbalans voegt, en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

b) Die toestemming wordt beperkt tot een behandelingstijdvak van ten hoogste vier maanden.

Die toestemming voor de vergoeding kan maximum 12 maanden worden verlengd, op grond van de resultaten van een nieuwe balans waaruit blijkt dat de voortzetting van de behandeling therapeutisch verantwoord is.

§ 80. De hierna vermelde specialiteiten worden enkel vergoed indien ze zijn voorgeschreven :

1. voor de behandeling van hyperlipemieën van de types Fredrickson IIa en IIb en als de volgende voorwaarden zijn vervuld :

a) uit een proefperiode van ten minste drie maanden tijdens welke een aangepast dieet wordt toegepast, moet blijken dat dit dieet alleen niet voldoende is om het cholesterolgehalte van het bloed te doen dalen onder 250 mg/100 ml.

Die toestand moet worden gecontroleerd door de adviserend geneesheer op grond van de resultaten van laboratoriumonderzoeken die bij het begin en aan het einde van de hiervoren genoemde proefperiode zijn verricht.

Op grond van die elementen kan de adviserend geneesheer de vergoeding van de betrokken specialiteiten toestaan.

Met het oog hierop reikt hij de machtiging uit waarvan het model is vastgesteld onder "d" van bijlage III bij dit besluit.

b) die toestemming wordt beperkt tot een behandelingsperiode van 3 maanden.

De machtiging tot vergoeding kan voor vernieuwbare periodes van maximum 12 maanden worden verlengd op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts, waarbij hij een nieuwe lipidenbalans voegt, en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

2. voor de behandeling van de volgende aandoeningen :

- pruritis door cholestatische icterus;
- exsudatieve enteropathieën, veroorzaakt door een overmaat aan galzouten die te wijten is aan reabsorptiestoornissen.

Met het oog hierop reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is vastgesteld onder "d" van bijlage III bij dit besluit en waarvan de geldigheidsduur beperkt is tot 12 maanden.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

§ 89. La spécialité suivante ne fait l'objet d'un remboursement que si elle a été prescrite pour le traitement d'hyperlipémies des types Fredrickson IIa, IIb et IV et si les conditions suivantes ont été respectées :

a) il doit apparaître d'une période d'essai d'au moins trois mois au cours de laquelle une diète adaptée est appliquée que cette diète à elle seule ne suffit pas pour :

— soit faire baisser la teneur en triglycérides sanguins en dessous de 200 mg/100 ml ou la teneur en cholestérol sanguin en dessous de 250 mg/100 ml;

— soit faire baisser le LDL-cholestérol en dessous de 160 mg/100 ml chez un patient présentant une pathologie athéroscléreuse démontrée (coronaropathie, accident vasculaire cérébral, artériopathie périphérique).

Cette situation sera contrôlée par le médecin-conseil sur la base des résultats d'examens de laboratoire effectués au début et à la fin de la période d'essai précitée.

Sur base de ces éléments, le médecin-conseil peut autoriser le remboursement de la spécialité concernée.

A cet effet, il délivre l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté.

b) Cette autorisation est limitée à une période de traitement de 3 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour des périodes renouvelables de 12 mois maximum sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant, accompagné d'un nouveau bilan lipidique, et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

§ 90. Le facteur VII ne fait l'objet d'un remboursement que s'il est prescrit pour le traitement d'une déficience congénitale en proconvérine dont le taux est inférieur à 30 % de la valeur normale.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

§ 94. La spécialité suivante ne fait l'objet d'un remboursement que s'il est démontré qu'elle a été prescrite, après une mise au point complète du traitement dans un service spécialisé de neurologie, pour le traitement de l'épilepsie rebelle non contrôlée de façon appropriée par les autres traitements anti-épileptiques.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

§ 95. Les spécialités suivantes ne font l'objet d'un remboursement que s'il est démontré sur base d'un rapport d'un interniste qu'elles ont été prescrites pour le traitement du diabète insipide d'origine centrale.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

§ 98. La spécialité suivante ne fait l'objet d'un remboursement que si elle a été prescrite pour le traitement des cas démontrés de déficience congénitale en facteur XIII ainsi que ceux de déficience acquise sévère en ce facteur, c'est-à-dire, ceux dont le taux plasmatique est inférieur à 10 % de la normale.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

De machting tot vergoeding kan worden verlengd voor nieuwe periodes van 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

§ 89. De volgende specialiteit komt slechts in aanmerking voor terugbetaling indien ze voorgeschreven werd ter behandeling van hyperlipemieën van de Fredrickson types IIa, IIb en IV en indien aan de volgende voorwaarden werd voldaan :

a) uit een proefperiode van minstens drie maanden waarin een aangepast dieet wordt toegepast, dient te blijken dat dit niet volstaat om :

— ofwel het triglyceridencijfer in het bloed onder 200 mg/100 ml of het bloedcholesterolgehalte onder 250 mg/100 ml te doen dalen;

— ofwel het LDL-cholesterolgehalte te doen dalen onder 160 mg/100 ml bij een patiënt met een aangetoonde atheroscleruze pathologie (coronaropathie, cerebrovasculair accident, perifere arteriopathie).

Deze toestand zal door de adviserend geneesheer worden gecontroleerd op basis van de resultaten van laboratoriumonderzoeken die bij het begin en op het einde van vorenbedoelde proefperiode werden uitgevoerd.

Op basis daarvan kan de adviserend geneesheer de machting verlenen om de desbetreffende specialiteit terug te betalen.

Met het oog hierop reikt hij de machting uit, waarvan het model onder "d" in bijlage III bij dit besluit is vastgesteld.

b) Deze machting is beperkt tot een behandelingsperiode van hoogstens 3 maanden.

De machting tot terugbetaling kan worden verlengd voor hernieuwbare periodes van maximum 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts, waarbij hij een nieuwe lipidenbalans voegt, en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

§ 90. De faktor VII wordt alleen vergoed als hij wordt voorgeschreven voor de behandeling van een aangeboren deficiëntie aan proconvérine waarvan het gehalte lager ligt dan 30 % van de normale waarde.

Met het oog hierop reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de machting uit waarvan het model is vastgesteld onder "d" van de bijlage III bij dit besluit en waarvan de geldigheidsduur beperkt is tot 12 maanden.

De machting voor vergoeding kan voor nieuwe periodes van 12 maanden worden verlengd op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

§ 94. De volgende specialiteit wordt alleen terugbetaald indien is bewezen dat ze, na een volledig op punt stellen van de behandeling in een gespecialiseerde dienst voor neurologie, is voorgeschreven voor de behandeling van hardnekkige epilepsie die niet op een passende wijze onder controle kan worden gehouden met de andere anti-epileptische behandelingen.

Met het oog hierop reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de machting uit waarvan het model is vastgesteld onder "d" van de bijlage III bij dit besluit en waarvan de geldigheidsduur beperkt tot 12 maanden.

De machting voor terugbetaling kan worden verlengd voor nieuwe periodes van maximum 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

§ 95. De volgende specialiteiten worden alleen terugbetaald indien op basis van een verslag van een internist wordt aangetoond dat ze zijn voorgeschreven voor de behandeling van diabetes insipidus van centrale oorsprong.

Met het oog hierop reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de machting uit waarvan het model is vastgesteld onder "d" van de bijlage III bij dit besluit en waarvan de geldigheidsduur beperkt tot 12 maanden.

De machting voor terugbetaling kan worden verlengd voor nieuwe periodes van maximum 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

§ 98. De volgende specialiteit komt slechts in aanmerking voor vergoeding indien ze werd voorgeschreven voor de behandeling van de aangetoonde gevallen van aangeboren factor XIII efficiëntie en de gevallen van verworven ernstig deficiëntie voor die factor, dat wil zeggen die waarin het plasmagehalte lager ligt dan 10 % van het normale gehalte.

Met het oog hierop reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de machting uit waarvan het model is vastgesteld onder "d" van de bijlage III bij dit besluit en waarvan de geldigheidsduur is beperkt tot 12 maanden.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

§ 99. Les spécialités suivantes ne font l'objet d'un remboursement que s'il est démontré qu'elles ont été prescrites pour le traitement de patients atteints de décompensation cardiaque pour lesquels les thérapeutiques classiques associées (diurétiques, vasodilatateurs veineux et/ou digitaux) ne sont pas efficaces ou sont non tolérées.

Dans ces cas, l'autorisation du médecin-conseil est subordonnée à la réception d'un rapport écrit, comportant l'anamnèse du cas ainsi que toutes les précisions nécessaires au sujet des traitements précédents en mentionnant leur nature, leur durée, les doses utilisées, les effets secondaires éventuellement constatés ainsi que l'explication des raisons qui ont motivé le recours à ce médicament.

S'il s'agit de patients souffrant de décompensation cardiaque qui sont en possession d'une autorisation de remboursement pour un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine admis en vertu du critère B-21, l'autorisation simultanée de remboursement ne peut être accordée que si le rapport susvisé a établi la nécessité d'avoir recours à ce médicament.

Sur base de ces éléments, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

Le remboursement de la poursuite du traitement peut être accordé pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

§ 105. Les médicaments suivants font l'objet d'un remboursement, en catégorie B, s'il est démontré qu'ils ont été prescrits pour le traitement de la prévention des complications thromboemboliques chez des patients porteurs de prothèses valvulaires.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

§ 109. Les spécialités suivantes ne font l'objet d'un remboursement que si elles ont été prescrites pour le traitement de la phénylcétonurie.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

§ 113. 1. Remboursement en catégorie A.

La spécialité suivante fait l'objet d'un remboursement en catégorie A lorsqu'elle est prescrite en complément d'un traitement remboursé avec un inhibiteur de la HMG CoA-réductase (LESCOL, PRAVASINE ou ZOCOR) dans un cas d'hypercholestérolémie grave à dominance héréditaire démontrée par la coexistence :

- d'une hypercholestérolémie > à 300 mg/dl;
- de xanthomes tendineux palpables et d'une coronaropathie avant 50 ans chez eux et/ou chez deux proches parents (père, mère, grands-parents, frère(s), soeur(s), oncle(s), tante(s));

et ne répondant pas suffisamment à un inhibiteur de la HMG CoA-réductase seul à dose maximale (40 mg/jour) (cholestérol restant supérieure à 250 mg/dl ou LDL-cholestérol restant supérieur à 160 mg/dl).

Au vu des éléments de preuves établissant que ces critères sont rencontrés, le médecin-conseil autorise le remboursement.

A cet effet, il délivre l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté. Cette autorisation est limitée à une période de traitement de 12 mois et peut être prolongée pour des périodes renouvelables de 12 mois sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant, accompagné d'un nouveau bilan lipidique, et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

Les autorisations relatives aux associations concernées sont interchangeables, moyennant accord du médecin-conseil sur demande du médecin prescripteur.

De la même manière, l'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

§ 99. De volgende specialiteiten worden slechts vergoed indien aangetoond is dat ze worden voorgeschreven voor de behandeling van patiënten met een hartdecompensatie voor wie de klassieke behandelingen geassocieerd (diuretica, veneuze vasodilatoren en/of digitalisproducten) niet doeltreffend zijn of niet worden verdragen.

In die gevallen is de machtiging van de adviserend geneesheer afhankelijk van de ontvangst van een schriftelijk verslag dat de anamnese bevat, evenals alle noodzakelijke inlichtingen betreffende de vorige behandelingen met vermelding van de aard, de duur, de aangewende doses, de eventueel vastgestelde nevenwerkingen, evenals een uiteenzetting van de redenen die het gebruik van dit geneesmiddel motiveren.

Als het gaat om patiënten met een hartdecompensatie die in het bezit zijn van een machtiging voor vergoeding voor een remmer van het conversie-enzym van angiotensine die is aangenomen volgens het criterium B-21, kan de gelijktijdige machtiging voor vergoeding slechts worden toegestaan als uit bovengenoemd verslag blijkt dat het gebruik van dat geneesmiddel noodzakelijk was.

Op grond van die gegevens reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is vastgesteld onder "d" van de bijlage III bij dit besluit en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De vergoeding van de verdere behandeling kan worden toegekend voor nieuwe periodes van maximum 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

§ 105. De volgende geneesmiddelen worden in categorie B vergoed als is aangetoond dat ze zijn voorgeschreven voor de behandeling van de preventie van thromboembolische verwikkelingen bij patiënten met hartkleprothesen.

Met het oog hierop reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model onder "d" van bijlage III bij dit besluit is vastgesteld en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging voor vergoeding kan worden verlengd voor nieuwe periodes van 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

§ 109. De volgende specialiteiten worden slechts vergoed indien ze zijn voorgeschreven voor de behandeling van fenylketonurie.

Met het oog hierop reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is vastgesteld onder "d" van de bijlage III bij dit besluit en waarvan de geldigheidsduur tot 12 maanden is beperkt.

De machtiging voor vergoeding kan voor nieuwe periodes van 12 maanden worden verlengd op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

§ 113. 1. Vergoeding in categorie A.

De volgende specialiteit wordt vergoed in categorie A als ze voorgeschreven wordt als vervollediging van een vergoedbare behandeling met een inhibitor van de HMG CoA-reductase (LESCOL, PRAVASINE of ZOCOR) in een geval van ernstige hypercholesterolemie van hoofdzakelijk erfelijke aard die wordt aangetoond door het samen voorkomen van :

- een hypercholesterolemie > 300 mg/dl;
- voelbare peesxanthomen en een coronaropathie voor de leeftijd van 50 jaar bij henzelf en/of bij deze twee naaste verwanten (vader, moeder, grootouders, broer(s), zuster(s), oom(s), tante(s));

en onvoldoende reageert op een HMG-CoA-reductaseremmer alleen bij een maximale dosis (40 mg/dag) (cholesterol blijft hoger dan 250 mg/dl of LDL-cholesterol blijft hoger dan 160 mg/dl).

De adviserend geneesheer staat de vergoeding toe op grond van de gegevens die bewijzen dat aan deze criteria is voldaan.

Met het oog hierop reikt hij de machtiging uit waarvan het model is vastgesteld onder "d" van de bijlage III bij dit besluit. Die machtiging is beperkt tot een behandelingsduur van 12 maanden en kan worden verlengd voor hernieuwbare periodes van 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts, waarbij hij een nieuwe lipidenbalans voegt, en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

De machtigingen die slaan op de desbetreffende associaties zijn onderling verwisselbaar mits de machtiging gegeven door de advise-rend geneesheer op verzoek van de voorschrijvende arts.

2° Remboursement en catégorie B.

La spécialité suivante ne fait l'objet d'un remboursement en catégorie B que si elle a été prescrite pour le traitement d'hypertriglycéridémies isolées ou de dyslipoprotéinémies mixtes et si les conditions suivantes ont été respectées :

a) il doit apparaître d'une période d'essai d'au moins trois mois au cours de laquelle une diète adaptée est appliquée que cette diète à elle seule ne suffit pas pour faire baisser la teneur en triglycérides sanguins en dessous de 200 mg/dl ou la teneur en cholestérol sanguin en dessous de 250 mg/dl.

Cette situation sera contrôlée par le médecin-conseil sur la base des résultats d'examens de laboratoire effectués au début et à la fin de la période d'essai précitée.

Sur base de ces éléments, le médecin-conseil peut autoriser le remboursement de la spécialité concernée.

A cet effet, il délivre l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté.

b) Cette autorisation est limitée à une période de traitement de 3 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour des périodes renouvelables de 12 mois maximum sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant, accompagné d'un nouveau bilan lipidique, et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

3. Non remboursement.

N'est jamais autorisé le remboursement simultané :

- de la spécialité OLBETAM et d'une résine échangeuses d'anions;
- de la spécialité OLBETAM et d'un fibrate;
- de la spécialité OLBETAM et d'un inhibiteur de la HMG CoA-réductase, sauf dans les conditions reprises au point 1. ci-dessus.

§ 117. La spécialité suivante ne fait l'objet d'un remboursement que s'il est démontré qu'elle a été prescrite pour le traitement en add-on des crises d'épilepsie partielles et tonique - clonique généralisées non suffisamment contrôlées par d'autres antiépileptiques, affection dont le diagnostic doit être attesté par un médecin en neurologie.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

§ 132. Les spécialités suivantes sont remboursées dans le traitement des patients infectés par le virus HIV avec manifestations cliniques (groupe B ou C) ou présentant un taux de cellules T4 inférieur ou égal à 500/mm³ ou une charge virale supérieur ou égale à 30.000 copies RNA/ml.

Sur base d'un rapport clinique complet, motivé et établi par un médecin spécialiste en médecine interne ou en pédiatrie, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur. »

Art. 2. A l'annexe III du même arrêté, ajouter le modèle d'autorisation repris en annexe du présent arrêté.

Art. 3. 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*.

Art. 4. Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 9 juillet 1997.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales,
Mme M. DE GALAN

2. Vergoeding in categorie B.

De volgende specialiteit komt slechts in aanmerking voor terugbetaling in categorie B indien ze voorgeschreven werd voor de behandeling van geïsoleerde hypertriglyceridemieën en de gemengde dyslipoproteïnemieën en als aan de volgende voorwaarden werd voldaan :

a) na een proefperiode van minstens drie maanden waarin een aangepast dieet wordt toegepast, moet blijken dat dit dieet op zichzelf niet volstaat om het triglyceridencijfer onder 200 mg/dl of het bloedcholesterolgehalte onder 250 mg/dl te doen dalen.

Deze toestand zal door de adviserend geneesheer worden gecontroleerd op basis van de resultaten van laboratoriumonderzoeken die bij het begin en op het einde van voornoemde proefperiode uitgevoerd werden.

Op basis daarvan kan de adviserend geneesheer de machtiging verlenen om de desbetreffende specialiteit terug te betalen.

Met het oog hierop reikt hij de machtiging uit, waarvan het model onder "d" in bijlage III bij dit besluit is vastgesteld.

b) Deze machtiging is beperkt tot een behandelingsperiode van maximum 3 maanden.

De machtiging tot terugbetaling kan worden verlengd voor hernieuwbare periodes van maximum 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts, waarbij hij een nieuwe lipidenbalans voegt, en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

3. Niet-vergoeding.

De gelijktijdige vergoeding

- van de specialiteit OLBETAM en een anionenuitwisselaars;
- van de specialiteit OLBETAM en een fibraat;
- van de specialiteit OLBETAM en een HMG-CoA reductaseremmer, behalve volgens de voorwaarden uit bovengenoemd punt 1, is nooit toegestaan.

§ 117. De volgende specialiteit wordt alleen maar vergoed als aangetoond is dat ze voorgeschreven is voor de add-on-behandeling van partiële epilepsie - veralgemeende tonische-clonische epilepsieaanvallen die men met andere anti-epileptica niet voldoende onder controle krijgt; de geneesheer specialist in de neurologie, moet de diagnose van die aandoening bevestigen.

Met het oog hierop reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model vastgesteld is onder "d" van bijlage III bij dit besluit en waarvan de geldigheidsduur tot 12 maanden beperkt is.

De machtiging voor vergoeding kan verlengd worden voor nieuwe periodes van maximum 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

§ 132. De volgende specialiteiten worden vergoed bij de behandeling van de patiënten geïnfecteerd door het HIV virus met klinische tekens (groep B of C) of een aantal T4-cellen vertonen gelijk aan of lager dan 500/mm³ of een virale last gelijk aan of hoger dan 30.000 copieën RNA/ml.

Op grond van een volledig klinisch verslag, gemotiveerd en opgesteld door een geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde of een kinderarts, reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is vastgesteld onder "d" van bijlage III bij dit besluit en waarvan de geldigheidsduur is beperkt tot maximum 12 maanden.

De machtiging voor vergoeding kan verlengd worden voor nieuwe periodes van maximum 12 maanden op basis van het model "d" behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling. »

Art. 2. In bijlage III van hetzelfde besluit, het bij dit besluit gevoegde model van machtiging toevoegen.

Art. 3. 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 zijn bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 4. Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 9 juli 1997.

ALBERT

Van Koningswege :

De minister van Sociale Zaken,
Mevr. M. DE GALAN

ANNEXE III

(recto)

**d) AUTORISATION DE REMBOURSER DES SPECIALITES PHARMACEUTIQUES
POUR LESQUELLES LE SYSTEME DU TIERS PAYANT EST AUTORISE**

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 mois*) le remboursement de la spécialité (*dénomination-conditionnement s'il y a lieu*) en application du critère

- Nom et prénom du patient:

- Adresse:

- Numéro d'inscription à la mutualité:

Le bénéficiaire est obligé de montrer cette autorisation, ainsi que la carte d'assurance du titulaire, au pharmacien qui délivre; celui-ci apporte lors de la présentation, les renseignements nécessaires dans la case prévue à cet effet. (*cf. verso*)

Date:

Signature et cachet du médecin-conseil,

.....

Le soussigné, docteur en médecine, certifie que le traitement de (*Nom, Prénom*) à base de (*dénomination de la spécialité*) doit être poursuivi pour la même indication et que l'autorisation n°

devrait être renouvelée pour une période de mois (*maximum 12 mois*).

Date:

Signature et cachet du médecin traitant,

BIJLAGE III.

(recto)

**d) MACHTIGING TOT HET VERGOEDEN VAN DE FARMACEUTISCHE SPECIALITEITEN
WAARVOOR DE DERDEBETALERSREGELING TOEGELATEN IS**

ZIEKENFONDS, GEWESTELIJKE DIENST OF KAS DER GENEESKUNDIGE VERZORGING:

.....
Volgnummer van de machtiging

De ondergetekende, adviserend geneesheer, machtigt van/...../..... tot/...../..... (*maximum maanden*) de vergoeding van de specialiteit (*benaming-verpakking indien nodig*) aangenomen bij criterium

- Naam en voornaam van de patiënt:

- Adres:

- Inschrijvingsnummer bij het ziekenfonds:

De rechthebbende is verplicht om deze machtiging, alsook de verzekeringskaart van de gerechtigde te tonen aan de afleverende apotheker die de nodige inlichtingen in het daartoe bestemde vak erop aanbrengt bij het overleggen van het geneesmiddelenvoorschrift (*zie verso*)

Datum:

Handtekening en stempel van de adviserend geneesheer,

.....
De ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaart dat de behandeling van (*Naam, Voornaam*) op basis van (*benaming van de specialiteit*) moet worden voortgezet voor dezelfde indicatie en dat de machtiging nr.

zou moeten vernieuwd worden voor een tijdvak van maand(en) (*maximum 12 maanden*).

Datum:

Handtekening en stempel van de behandelende geneesheer,

