

10 JANVIER 1991

Arrêté royal établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix.

Publication :	31-01-1991		
Entrée en vigueur :	01-01-1991		
Modifié :	A.R. 10.05.1996	M.B. 20.06.1996	art. 6;ANN.
	A.R. 28.01.1999	M.B. 26.02.1999	art. 5;ANN.
	A.R. 26.04.1999	M.B. 30.04.1999	art. ANN.
	A.R. 22.11.1999	M.B. 27.01.2000	art. 2; 1; ANN.
	A.R. 11.12.2001	M.B. 22.12.2001	art. : 4BIS; 5BIS; BIJL.)
	A.R. 15.04.2002	M.B. 07.05.2002	art. 3;4; ANN. chap II En vigueur : 01.06.2002
	A.R. 26.02.2003	M.B. 28.02.2003	art. ANN. Chap. III, 3 E.V. 01.03.2003
	A.R. 10.03.2003	M.B. 17.03.2003	art. ANN. Chap. I E.V. 01.03.2003
	A.R. 24.04.2004	M.B. 01.06.2004	Art. ANN. Chap. II E.V. 01.07.2004
	A.R. 20.07.2005	M.B. 29.07.2005	Art. ANN. Chap. IV E.V. 01.08.2005
	A.R. 17.11.2010	M.B. 25.11.2010	Art. : 5bis
	A.R. 22.10.2010	M.B.06.12.2010	Art. : 1 ; 3 ; 4 ; 4bis ; 7bis ; 7ter ;
	A.R. 19.11.2010	M.B. 15.12.2010	Art. : ANN. Chap.I, A, B ; Chap. V ; Chap. VI
		+ erratum M.B. 18.02.2011	Art. : 1 ; 3 ; 5 ; Chap.II ; Chap.VII
	A.R. 17.10.2011	M.B. 16.11.2011	Art. : 7ter ; ANN, Chap.IV, A., A4

Vu la loi du 28 décembre 1984 portant suppression ou restructuration de certains organismes d'intérêt public et autres services de l'Etat, notamment les articles 1^{er}, 4 et 5, modifiés par la loi du 26 juin 1990, et l'article 20;
Vu la loi du 26 juin 1990 relative à certains organismes publics ou d'utilité publique et autres services de l'Etat, notamment l'article 30;

Vu la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, notamment les articles 19, modifié par la loi du 8 avril 1965, les arrêtés royaux n° 10 du 11 octobre 1978 et n° 533 du 31 mars 1987 et la loi du 29 décembre 1990 et 25, § 5, modifié par les lois des 8 août 1980 et 29 décembre 1990;

Vu l'arrêté royal du 30 mai 1986 fixant la date de l'entrée en vigueur de certains articles de la loi du 28 décembre 1984 portant suppression ou restructuration de certains organismes d'intérêt public, notamment l'article 1^{er} ;

Vu l'arrêté royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, notamment le chapitre VII, modifié par les arrêtés royaux du 25 février 1980, du 20 avril 1988 et du 2 janvier 1991;

Vu l'avis émis le 14 novembre 1990 par le Collège des médecins-directeurs institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

Vu l'avis émis le 19 novembre 1990 par le Comité de gestion du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

Vu l'avis émis le 6 décembre 1990 par le Conseil national supérieur des Handicapés;

Vu l'urgence;

Considérant qu'un fonctionnement efficace de l'Administration de l'Etat nécessite que les dispositions du présent arrêté entrent en vigueur au plus tôt;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de Notre Secrétaire d'Etat à la Politique des Handicapés et de l'avis de Nos Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Article 1

La nomenclature des prestations de rééducation fonctionnelle visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, comporte les prestations figurant aux chapitres I, II ~~et IV~~ IV, V ~~et VI~~ , VI et VII¹ de l'annexe au présent arrêté ainsi que les appareils figurant au chapitre III de l'annexe susvisée.

Article 2.

Chaque prestation et chaque appareil est désigné par un numéro de code dans l'annexe au présent arrêté.

¹ Modifié par A.R. 22.10.2010 (M.B. 06.12.2010) E.V. 01.06.2009 – puis par A.R. 19.11.2010 (M.B. 15.12.2010) E.V. 25.12.2010

Article 3

Le libellé de chaque prestation figurant aux chapitres I [~~et II et V, V et VII~~]² de l'annexe est suivi par un multiplicateur ~~M R~~ et par un coefficient qui indique la valeur relative de chaque prestation. Le montant des honoraires pour chaque prestation est formé du produit du multiplicateur et de son coefficient. Ce montant est le montant maximum qui peut être porté en compte au bénéficiaire par le dispensateur.

Article 4.

~~[La valeur du multiplicateur M R visé au présent arrêté est égale au montant de la valeur M R telle qu'elle a été fixée conformément à la convention nationale conclue entre les kinésithérapeutes logopèdes et les organismes assureurs en application de l'article 44 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 susvisée, ou, le cas échéant, conformément au texte de la convention fixé par le Comité de l'assurance soins de santé conformément à l'article 49, § 5, de la même loi. La valeur du multiplicateur R visé au présent arrêté est fixée par le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité. Sauf dans le cas où le Comité de l'assurance adapte la valeur qu'il a fixé antérieurement, la valeur du multiplicateur R est indexée conformément à l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé.]~~³

Article 4bis.

§ 1^{er}. Le libellé de chaque prestation figurant au chapitre IV de l'annexe est suivi par le montant des honoraires pour chaque prestation. Ce montant est le montant maximum qui peut être porté en compte au bénéficiaire par le médecin agréé à la fois comme médecin spécialiste en rééducation cardiologique et comme médecin spécialiste, soit en cardiologie, soit en médecine interne, soit en pédiatrie, soit en médecine physique, à la demande et sous la surveillance duquel le programme est exécuté. Dans le cas où ce médecin est spécialiste en médecine physique, l'équipe doit comporter en outre un médecin spécialiste en cardiologie, en médecine interne ou en pédiatrie.

§ 2. ~~[Le montant des honoraires pour les prestations mentionnées au § 1^{er} ci avant est lié à l'indice pivot 103,14 (base 1996 = 100). Ce montant est adapté conformément aux dispositions de la loi du 1^{er} mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix de la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public. A partir de la date d'entrée en vigueur du présent arrêté royal, le montant des honoraires pour les prestations mentionnées au § 1^{er} est indexé conformément à l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé.]~~⁴

Toutefois, lors de la première application de cette disposition, il sera tenu compte de l'évolution entre d'une part, l'indice-pivot auquel les honoraires visés sont liés depuis leur dernière adaptation avant l'entrée en vigueur du présent arrêté royal et d'autre part, la valeur de l'indice-santé telle que visée dans les articles 1^{er} et 2 de l'arrêté royal précité du 8 décembre 1997.]⁴

Article 5.

Le montant de l'intervention de l'assurance pour les prestations figurant aux chapitres I [~~et II, II et VII~~]⁵ de l'annexe s'élève à 75 % des honoraires visés à l'article 3 du présent arrêté.

En ce qui concerne les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, §§ 1^{er} et 19 de la loi coordonnée susvisée, le montant de l'intervention de l'assurance s'élève toutefois à 90 % des honoraires précités.

Article 5bis.

~~[Le montant de l'intervention de l'assurance pour les prestations figurant au Chapitre IV de l'annexe s'élève à :~~

- ~~a) 30,49 euros pour la prestation portant le numéro code 771201; toutefois, pour les bénéficiaires visés à l'article 5, alinéa 2, du présent arrêté le montant de l'intervention de l'assurance s'élève à 32,20 euros.~~
- ~~b) 22,06 euros pour la prestation portant le numéro code 771212 – 771223; toutefois, pour les bénéficiaires visés à l'article 5, alinéa 2, du présent arrêté le montant de l'intervention de l'assurance s'élève à 23,25 euros.~~

~~Le montant de l'intervention de l'assurance pour les prestations figurant au Chapitre IV de l'annexe s'élève à 90 p.c. des honoraires visés à l'article 4bis, § 1^{er}, du présent arrêté.~~

~~En ce qui concerne les bénéficiaires visés à l'article 5, alinéa 2, du présent arrêté, le montant de l'intervention de l'assurance s'élève toutefois à 95 p.c. des honoraires précités.]~~⁶

² Modifié par A.R. 22.10.2010 (M.B. 06.12.2010) [E.V. 01.06.2009](#) – puis par A.R. 19.11.2010 (M.B. 15.12.2010) [E.V. 25.12.2010](#)

³ Article remplacé par A.R. 22.10.2010 (M.B. 06.12.2010) [E.V. 01.06.2009](#)

⁴ § remplacé par A.R. 22.10.2010 (M.B. 06.12.2010) [E.V. 01.06.2009](#)

⁵ Modifié par A.R. 19.11.2010 (M.B. 15.12.2010) [E.V. 25.12.2010](#)

⁶ Article 5bis remplacé par A.R. 17.11.2010 (M.B. 25.11.2010) [E.V. 01.01.2011](#)

Article 6.

Les personnes qui effectuent des prestations doivent tenir un registre de prestations suivant les règles approuvées par le Comité de l'assurance soins de santé.

Article 7.

Le montant de l'intervention de l'assurance pour les appareils visés au chapitre III de l'annexe au présent arrêté s'élève à 100 % du prix :

- mentionné aux rubriques 1 et 5 du chapitre III de l'annexe au présent arrêté, pour les appareils qui y sont décrits;
- fixé par le Collège des médecins-directeurs pour les appareils visés aux rubriques 2 et 4 du chapitre III de l'annexe susvisée;
- fixé par le médecin-conseil pour l'appareil visé à la rubrique 3 du chapitre III de l'annexe susvisée.

[Article 7bis.

Le montant de l'intervention de l'assurance pour les prestations figurant aux chapitres V et VI s'élève à 100 p.c. du prix correspondant aux prestations visées.]⁷

[Article 7 ter.

Le montant de l'intervention de l'assurance pour les prestations figurant au Chapitre VI de l'annexe s'élève à :

- a) 83,83 euro T.V.A. comprise pour la prestation 794113
- b) 28 euro T.V.A. comprise pour les prestations 794135, 794150, 794216 et 794231
- c) [~~75 euro TVA comprise pour la prestation 794172~~]⁸
- d) 61,67 euro TVA comprise pour la prestation 794194.]⁹

Article 8.

L'annexe à l'arrêté royal du 25 février 1980 modifiant l'arrêté royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, modifié par les arrêtés royaux des 24 juillet 1980, 2 août 1985, 3 mars 1986, 2 juillet 1986, 8 novembre 1987, 27 avril 1988 et 17 novembre 1989, est abrogée.

Article 9.

Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} janvier 1991.

Article 10.

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

⁷ Article inséré par A.R. 22.10.2010 (M.B. 06.12.2010) [E.V. 01.06.2009](#)

⁸ Abrogé par A.R. 17.10.2011 (M.B. 16.11.2011) [E.V. 01.12.2011](#)

⁹ Article inséré par A.R. 22.10.2010 (M.B. 06.12.2010) [E.V. 01.06.2009](#)

Annexe.

CHAPITRE Ier. - Prestations de diététique et de podologie¹⁰

[A. Prestations diététiques¹¹

794010

Evaluation et/ou intervention diététique individuelle (telle que visée à l'arrêté royal du 19 février 1997 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de diététicien et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le diététicien peut être chargé par un médecin), destinée au bénéficiaire ayant conclu un contrat trajet de soins (c'est-à-dire un contrat de collaboration signé dans le cadre des trajets de soins tel que visé dans l'article 5, § 1er de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les trajets de soins), d'une durée minimum de 30 minutes..... R 17,5

771131

Evaluation et/ou intervention diététique individuelle (telle que visée à l'arrêté royal du 19 février 1997 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de diététicien et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le diététicien peut être chargé par un médecin), destinée au bénéficiaire qui n'a pas signé un contrat trajet de soins mais qui est détenteur d'un passeport du diabète, d'une durée minimum de 30 minutes R 17,5.

1. Une intervention de l'assurance dans la prestation **794010** peut être accordée pour tout bénéficiaire visé à l'article 3, 1° et 2° de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 ayant conclu un contrat trajet de soins à condition que :
 - la prestation soit prescrite par le médecin généraliste qui a signé le contrat trajet de soins avec le bénéficiaire et qui définit les buts précis des prestations diététiques prescrites; la prescription mentionne qu'il s'agit d'une prescription dans le cadre des trajets de soins. Le cas échéant, la prestation peut également être prescrite par un autre médecin généraliste qui a accès au dossier médical global du bénéficiaire;
 - le diététicien tienne à jour, pour le patient, un dossier de nutrition contenant des informations sur ses habitudes alimentaires actuelles, les adaptations proposées, les buts thérapeutiques convenus et les résultats;
 - le diététicien adresse chaque année un rapport écrit au médecin généraliste.
2. Une intervention de l'assurance dans la prestation **771131** peut être accordée pour tout bénéficiaire souffrant de diabète, à condition que :
 - la prestation soit prescrite par le médecin généraliste ou par le médecin traitant spécialiste en médecine interne ou en endocrino-diabétologie ou en pédiatrie;
 - le bénéficiaire soit détenteur d'un Passeport du diabète, tel que décrit au point C du présent article dans lequel le médecin prescripteur mentionne les buts concrets du traitement dans lesquels la diététique est importante (poids, lipidémie);
 - le diététicien inscrive la date de ses prestations dans le Passeport du diabète;
 - le diététicien tienne à jour, pour le patient, un dossier de nutrition contenant des informations sur ses habitudes alimentaires actuelles, les adaptations proposées, les sujets pour lesquels une éducation a été donnée, les buts thérapeutiques convenus et les résultats;
 - le diététicien adresse chaque année un rapport écrit au médecin prescripteur.
3. L'intervention de l'assurance susmentionnée, dans les prestations diététiques, est limitée à deux prestations par année calendrier pour l'ensemble des prestations 794010 et 771131, sauf pour les patients ayant conclu un contrat trajet de soins souffrant d'une insuffisance rénale chronique qui se trouvent dans le stade 4 (3 prestations par année calendrier) ou qui se trouvent dans le stade 5 (4 prestations par année calendrier). Le médecin prescripteur conserve dans le dossier médical global du bénéficiaire les éléments qui démontrent qu'il a été satisfait aux conditions en matière de nombre de prestations remboursables prescrites.

¹⁰ Chapitre (= prestations de logopédie) abrogé par A.R. 26.04.1999, et rétabli par A.R. 10.03.2003

¹¹ Point A remplacé par A.R. 22.10.2010 (M.B. 06.12.2010) E.V. 01.06.2009

Deux prestations de diététique peuvent avoir lieu le même jour; dans ce cas, la durée minimum s'élève à 60 minutes.

Aucune intervention n'est due :

- pour des prestations accomplies pendant une hospitalisation;
 - si le bénéficiaire jouit déjà de prestations comprenant la diététique dans un autre cadre réglementaire ou conventionnel.
4. En délivrant une attestation de soins donnés, le diététicien déclare que la prestation attestée a été accomplie conformément aux conditions susmentionnées d'intervention de l'assurance.
5. En outre, ces prestations diététiques prévues dans le présent arrêté royal n'entrent en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé que si elles sont dispensées par un prestataire agréé à cet effet par le Service des soins de santé de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité.

Afin d'être agréé en tant que diététicien pouvant accomplir les prestations prévues dans le présent arrêté royal et entrant en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé, les candidats doivent adresser une demande au Fonctionnaire dirigeant de ce Service, avec :

- 1° une copie de leur diplôme sanctionnant une formation, répondant à une formation d'au moins trois ans dans le cadre d'un enseignement supérieur de plein exercice dans le domaine de la nutrition et de la diététique, dont le programme d'étude est défini dans l'arrêté royal susmentionné du 19 février 1997 relatif au titre professionnel de diététicien, y compris une copie du stage effectué avec succès prévu dans l'arrêté royal susvisé;
- 2° l'engagement, sous peine de remboursement, de se conformer aux conditions susmentionnées, pour attester l'évaluation et/ou l'intervention diététique individuelle;
- 3° l'engagement de se conformer, pour les prestations prévues dans le présent arrêté royal, aux honoraires prévus.

Le Service des soins de santé dresse la liste des diététiciens ainsi agréés et leur attribue un numéro d'agrément.

B. Prestations de podologie ¹²

794032

Examen podologique individuel ou traitement podologique (tel que visé dans l'arrêté royal du 15 octobre 2001 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de podologue et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le podologue peut être chargé par un médecin), destiné au patient diabétique de type 2 ayant conclu un contrat trajet de soins (c'est-à-dire un contrat de collaboration dans le cadre des trajets de soins tel que visé dans l'article 5, § 1er de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les trajets de soins), d'une durée minimum de 45 minutes..... R 26,25

771153

Examen podologique individuel ou traitement podologique (tel que visé dans l'arrêté royal du 15 octobre 2001 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de podologue et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le podologue peut être chargé par un médecin), destiné au bénéficiaire qui n'a pas signé un contrat trajet de soins mais qui est détenteur d'un passeport du diabète, avec une durée minimum de 45 minutes . R 26,25.

1. Une intervention de l'assurance dans la prestation **794032** peut être accordée pour tout bénéficiaire souffrant de diabète de type 2 ayant conclu un contrat trajet de soins, à condition que :
 - la prestation soit prescrite par le médecin généraliste qui a signé le contrat trajet de soins avec le bénéficiaire; la prescription mentionne qu'il s'agit d'une prescription dans le cadre des trajets de soins. Le cas échéant, la prestation peut également être prescrite par un autre médecin généraliste qui a accès au dossier médical global du bénéficiaire;
 - le bénéficiaire appartienne à un des groupes à risque suivants :
 - groupe 1 (perte de sensibilité au niveau du pied dépistée sur base d'un monofilament 10 g)

¹² Point B remplacé par A.R. 22.10.2010 (M.B. 06.12.2010) [E.V. 01.06.2009](#)

- groupe 2a (déformations orthopédiques légères telles que têtes métatarsiennes proéminentes avec cors minimes et/ou orteils souples en forme de marteau ou de griffe et/ou hallux valgus restreint < 30 °)
 - groupe 2b (anomalies orthopédiques plus prononcées)
 - groupe 3 (troubles vasculaires ou plaies aux pieds ou amputation antérieures ou Charcot)
- la prescription mentionne le groupe à risque auquel appartient le bénéficiaire;
 - le podologue tient à jour, pour le patient, un dossier dans lequel sont notés les actes et les prestations techniques qui lui sont confiés;
 - le podologue adresse, chaque année, un rapport écrit au médecin généraliste.
2. Une intervention de l'assurance dans la prestation **771153** peut être accordée pour tout bénéficiaire souffrant de diabète, à condition que :
- la prestation soit prescrite par le médecin généraliste ou par le médecin traitant spécialiste en médecine interne ou en endocrino-diabétologie ou en chirurgie ou en chirurgie orthopédique;
 - le bénéficiaire appartienne à un des groupes à risque suivants :
 - groupe 1 (perte de sensibilité au niveau du pied dépistée sur base d'un monofilament 10 g)
 - groupe 2a (déformations orthopédiques légères telles que têtes métatarsiennes proéminentes avec cors minimes et/ou orteils souples en forme de marteau ou de griffe et/ou hallux valgus restreint < 30 °)
 - groupe 2b (anomalies orthopédiques plus prononcées)
 - groupe 3 (troubles vasculaires ou plaies aux pieds ou amputation antérieures ou Charcot)
 - la prescription mentionne le groupe à risque auquel appartient le bénéficiaire;
 - le bénéficiaire soit détenteur d'un Passeport du diabète, tel que décrit au point C du présent article;
 - le podologue inscrit la date de ses prestations dans le Passeport du diabète;
 - le podologue tient à jour, pour le patient, un dossier dans lequel sont notés les actes et les prestations techniques qui lui sont confiés;
 - le podologue adresse chaque année un rapport écrit au médecin prescripteur.
3. L'intervention de l'assurance susmentionnée, dans les prestations de podologie, est limitée à deux prestations par année calendrier pour l'ensemble des prestations 794032 et 771153. Ces prestations ne peuvent avoir lieu le même jour.
- Aucune intervention n'est due pour des prestations accomplies pendant une hospitalisation.
4. En délivrant une attestation de soins donnés, le podologue déclare que la prestation attestée a été accomplie conformément aux conditions susmentionnées d'intervention de l'assurance.
5. En outre, ces prestations de podologie prévues dans le présent arrêté royal n'entrent en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé que si elles sont dispensées par un prestataire agréé à cet effet par le Service des soins de santé de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité.

Afin d'être agréé en tant que podologue pouvant accomplir les prestations prévues dans le présent arrêté royal et entrant en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé, les candidats doivent adresser une demande au Fonctionnaire dirigeant de ce Service avec :

- 1° une copie de leur diplôme sanctionnant une formation, répondant à une formation d'au moins trois ans dans le cadre d'un enseignement supérieur de plein exercice dans le domaine de la podologie, dont le programme d'étude est défini dans l'arrêté royal du 15 octobre 2001 relatif au titre professionnel de podologue, y compris une copie du stage effectué avec succès prévu dans l'arrêté royal susvisé;
- 2° l'engagement, sous peine de remboursement, de se conformer aux conditions susmentionnées, pour attester l'évaluation et/ou l'intervention podologique individuelle;
- 3° l'engagement de se conformer, pour les prestations prévues dans le présent arrêté royal aux honoraires prévus.

Le Service des soins de santé dresse la liste des podologues ainsi agréés et leur attribue un numéro d'agrément.

C. Le Passeport du diabète.

1. Le Passeport du diabète dont il est question dans le présent arrêté est un document transmis gratuitement par le médecin-conseil à tout bénéficiaire diabétique qui en fait la demande sur base d'un certificat médical.

Le but du Passeport du diabète, qui reste en possession du bénéficiaire, est de constituer un instrument :

- pour l'éducation du bénéficiaire diabétique et de son entourage, tant en ce qui concerne les buts du traitement et la manière dont on peut les atteindre que les mesures à prendre en cas de complications aiguës de la maladie ou de son traitement;
- pour la responsabilisation du bénéficiaire diabétique en lui indiquant, entre autres, les examens périodiques qui doivent être effectués;
- de communication entre le patient et les divers dispensateurs de soins concernés.

Le Passeport du diabète est développé de telle manière qu'il réponde au moins à l'objectif indiqué ci-dessus.

Le texte de base de ce passeport qui est applicable à tous les organismes assureurs est déterminé par le Comité de l'assurance sur proposition du Collège des médecins-directeurs.

L'organisme assureur peut ajouter à ce contenu minimum toute autre information utile en la matière.

2. Le Passeport du diabète donne accès à l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans les prestations prévus dans la présente nomenclature des prestations de rééducation.

Chapitre II. - Prestations d'orthoptie.

771536 - 771540 Séance individuelle de rééducation fonctionnelle par orthoptiste d'une durée de 30 minutes au moinsM R 17,5.

[771551-771562 Séance individuelle de rééducation fonctionnelle par un orthoptiste, d'une durée de 60 minutes au minimum R 35]¹³

- A. Les séances 771536-771540 et 771551-771562 sont consacrées à des traitements orthoptiques, avec rapport technique intermédiaire écrit adressé au médecin prescripteur prévu en B 1° ou 2° ci-dessous et décrivant l'évolution du bénéficiaire sous le traitement prescrit. Ces séances peuvent consister en :

- des exercices d'orthoptie;
- un traitement de l'amblyopie;
- une stimulation visuelle de bénéficiaires malvoyants;
- une stimulation visuelle de bénéficiaires présentant des troubles neurophysiologiques;
- une adaptation de verres prismatiques;
- une adaptation et un apprentissage de la manipulation des aides "low-vision"

- B. 1. La séance 771536-771540 doit être prescrite par un médecin spécialiste en ophtalmologie.
2. La séance 771551-771562 doit être prescrite par un médecin spécialiste en ophtalmologie titulaire d'une agrégation complémentaire au titre de médecin spécialiste en réadaptation fonctionnelle. Elle est réservée aux bénéficiaires qui présentent une déficience visuelle caractérisée soit par une acuité visuelle corrigée inférieure ou égale à 3/10 au meilleur oeil, soit par une ou plusieurs atteintes du champ visuel qui couvrent plus de 50 % de la zone centrale de 30°, ou qui réduisent de manière concentrique le champ visuel à moins de 20°, soit par une hémianopsie altitudinale complète, une ophtalmoplégie, une apraxie oculomotrice, ou une oscillopsie (c'est-à-dire une instabilité subjective du champ visuel), soit par un dysfonctionnement visuel grave (tel que l'agnosie visuelle, l'héminégligence, l'absence de discrimination figure-fond...) résultant d'une pathologie cérébrale objectivée.

¹³ prestation insérée par A.R. 25.04.2004 (M.B. 01.06.2004) E.V. 01.07.2004

3. Dans tous les cas, le médecin prescripteur doit préciser :
- la nature des troubles et de la déficience visuelle justifiant la prescription de séances d'orthoptie,
 - les objectifs que ce médecin poursuit en prescrivant ces séances,
 - le type de séances demandées ainsi que leur nombre et leur fréquence.
- C. 1. La demande d'intervention doit être introduite sans délai à la requête du bénéficiaire, auprès du médecin-conseil de sa mutualité, de son office régional ou de la Caisse des soins de santé de la Société nationale des chemins de Fer. L'intervention est refusée pour les séances réalisées plus de 30 jours avant la date de réception par le médecin-conseil.
2. La demande doit permettre l'identification de l'orthoptiste qui réalisera les séances.
- D. 1. Tout accord d'intervention de l'assurance peut porter au maximum sur une période d'une durée de trois mois.
2. Si la période d'intervention doit être prolongée, un rapport médical d'évolution établi par un médecin spécialiste en ophtalmologie ayant obtenu une agrégation complémentaire au titre de médecin spécialiste en réadaptation fonctionnelle doit être joint à la demande.
3. Pour une même situation pathologique, la période d'intervention de l'assurance ne peut excéder une durée totale de 6 mois à compter de la première séance réalisée, indépendamment du type de séance; elle ne peut en aucun cas être prolongée ni renouvelée au-delà de cette durée.
4. Un même bénéficiaire peut obtenir une seule intervention de l'assurance par jour dans une séance 771536-771540 ou dans une séance 771551-771562.
5. Un bénéficiaire ne peut pas obtenir d'intervention de l'assurance dans une séance 771536-771540 ou dans une séance 771551-771562, durant une période d'intervention de l'assurance fixée par le Collège des médecins-directeurs dans le cadre de la convention de rééducation fonctionnelle conclue avec l'une quelconque des unités pour la rééducation fonctionnelle de bénéficiaires atteints d'une déficience visuelle.]¹⁴
- E. Les [séances réalisées par un orthoptiste]¹⁵ ne sont remboursées que pour autant qu'elles soient effectuées par toute personne qui apporte la preuve de sa compétence et qui est agréée par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition du Collège des médecins-directeurs.
- Le Comité de l'assurance établit la liste des orthoptistes et leur attribue un numéro d'inscription.
- ~~Les candidats à l'agrégation doivent demander leur inscription au Service des soins de santé et joindre les pièces justificatives établissant leur compétence. A cet effet, ils communiquent le type de formation acquise et les stages effectués (lieu et durée) ainsi qu'une copie certifiée conforme des diplômes ou certificats d'étude obtenus.~~ Les candidats à l'agrégation doivent demander leur inscription au Service des soins de santé et joindre les pièces justificatives établissant leur compétence. A cet effet, ils communiquent le type de formation acquise et les stages effectués (lieu et durée) ainsi qu'une copie des diplômes ou certificats d'étude obtenus.]¹⁶
- Les orthoptistes précédemment agréés par le Fonds national de Reclassement social des Handicapés ou par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité restent d'office agréés et qualifiés à fournir des prestations remboursables.
- F. Les orthoptistes s'engagent à respecter pour les prestations reprises à la présente annexe les honoraires correspondant aux coefficients indiqués.

¹⁴ A, B, C, et D remplacés par A.R. 25.04.2004 (M.B. 01.06.2004) E.V. 01.07.2004

¹⁵ modifié par A.R. 25.04.2004 (M.B. 01.06.2004) E.V. 01.07.2004

¹⁶ Alinéa remplacé par A.R. 22.10.2010 (M.B. 06.12.2010) [E.V. 06.12.2009](#)

Chapitre III. - Appareillage.

§ 1^{er}.

1. Electrolarynx après laryngectomie.

771632 - 771643.

Electrolarynx y compris batteries rechargeables et chargeur de batterie : le montant facturé au bénéficiaire avec un maximum de 855,23 EUR.

Cette intervention de l'assurance ne peut être octroyée que :

- si l'appareil est prescrit par le médecin traitant, spécialiste en oto-rhino-laryngologie;
- pour les bénéficiaires laryngectomisés chez qui aucune prothèse vocale ne peut être placée et chez qui l'apprentissage de la voix oesophagienne est impossible;
- si le prescripteur concerné présente des arguments médicaux qui démontrent cette impossibilité.

L'appareil doit être délivré par un acousticien agréé par l'I.N.A.M.I. qui donnera toutes les instructions nécessaires à une bonne utilisation.

L'intervention de l'assurance pour ce type d'appareils ne peut être octroyée que tous les cinq ans, et ce uniquement pour autant que l'appareil fourni précédemment ne soit plus utilisable.

2. Prothèses externes en cas de mutilation faciale.

771654 - 771665.

Prothèse externe orbito-oculaire ou prothèse externe du nez, de la joue ou du pavillon de l'oreille, confectionnée après moulage.

A. La prothèse doit être prescrite par un médecin spécialiste en pathologie externe.

Le prescription comprend une description détaillée des lésions.

B. Le montant de l'intervention de l'assurance est fixé par le Collège des médecins-directeurs sur base d'une description de la prothèse et d'un devis détaillés établis par le fournisseur.

[~~3. Prothèse capillaire.~~

~~771691 - 771702.~~

~~Perruque complète.~~

~~A. L'intervention de l'assurance dans la fourniture d'une perruque est accordée en cas de calvitie totale ou quasi totale d'origine radio thérapeutique et/ou chimiothérapique.~~

~~B. La perruque est prescrite par un docteur en médecine. La prescription précise la nature de l'affection, son étiologie et sa prognose.~~

~~C. Le montant de l'intervention de l'assurance est fixé par le médecin conseil sur base du devis ou de la facture sans toutefois pouvoir dépasser 89,24 EUR.~~

~~D. Le renouvellement de l'intervention pour une perruque ne peut être accordé qu'après un délai de deux ans suivant la date de la fourniture antérieure.]¹⁷~~

4. Aides optiques pour malvoyants.

771713 - 771724.

Aide optique pour malvoyants.

A. Les aides optiques pour lesquelles une intervention de l'assurance est prévue sont :

- des lunettes à haute addition où la différence dioptrique entre la correction de la vision de loin et la vision de près comporte au moins 5 dioptries (à mentionner sur la prescription);
- des systèmes-loupe selon Galilée pour la vision de loin et/ou la vision de près, avec ou sans bonnette d'approche, incorporés ou non dans des lunettes;

¹⁷ Abrogé par A.R. 26.02.2003 – E.V. 01.03.2003 – voir nouveau remboursement A.R. 24.10.2002 fixant les procédures, délais, et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire SSI intervient dans le coût des fournitures visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 20° de la loi relative à l'assurance obligatoire SSI

- des systèmes-loupe selon Kepler, avec ou sans bonnette d'approche ou avec mise au point sur la distance par réglage de l'objectif, incorporés ou non dans des lunettes.
- B. L'intervention de l'assurance dans la fourniture d'aides optiques est réservée au bénéficiaire dont l'acuité visuelle, après correction, reste égale ou inférieure à 2/10 ou dont le champ visuel est rétréci à 15° ou moins et pour autant que l'utilisation de cette aide optique lui permette :
 - a) la poursuite de la fréquentation scolaire régulière des cours de l'enseignement primaire, moyen, supérieur, professionnel ou technique, ces cours devant être donnés pendant le jour et n'être pas limités à une partie de l'année;
 - b) l'accomplissement d'un contrat d'apprentissage dont la conclusion est enregistrée et l'exécution contrôlée par un secrétariat d'apprentissage reconnu;
 - c) la poursuite ou la reprise d'une profession qui l'assujettit soit à la sécurité sociale des salariés, soit au statut social des travailleurs indépendants;
 - d) la rééducation professionnelle admise par le Collège des médecins-directeurs et dont le programme comporte explicitement l'usage d'un moyen d'aide optique tel que prévu sous A.
- C. L'intervention ne peut être accordée que si l'aide optique est prescrite par un médecin, spécialiste en ophtalmologie.

Cette prescription doit comporter :

 - a) le diagnostic et ses symptômes principaux;
 - b) l'acuité visuelle avant et après la correction (à spécifier) et/ou le champ visuel;
 - c) la description exacte de l'aide optique prescrite précisant au moins :
 - le type de l'aide optique;
 - monoculaire ou binoculaire;
 - pour la vision de près ou la vision de loin; en cas de prescription d'un système à mise au point sur la distance par réglage d'objectif : la justification;
 - pour les systèmes-loupe : incorporés ou non dans les lunettes.
- D. Afin d'obtenir une intervention, l'aide optique doit être délivrée par un opticien agréé par le Comité de l'assurance soins de santé.
- E. Le Collège des médecins-directeurs fixe le montant de l'intervention pour l'aide optique sur base d'un devis détaillé établi par l'opticien et visé par l'ophtalmologue prescripteur.

Le devis comprendra également la correction des troubles de la réfraction présente dans l'aide optique prescrite.

5. Matériel pour le traitement à domicile des hémochromatoses majeures.

771735. Pompe à perfusion495,79 EUR.

771750. Intervention forfaitaire pour les accessoires2,78 EUR.

- A. L'intervention ne peut être accordée que si la pompe à perfusion est prescrite par un médecin, spécialiste en pédiatrie ou en médecine interne. La prescription précise la nature de l'affection et le traitement appliqué ainsi que sa fréquence.
- B. Le renouvellement de l'intervention pour la pompe à perfusion ne peut être accordé qu'après un délai de quatre ans suivant la date de la fourniture antérieure.
- C. Pour le forfait prévu sous le numéro 771750, l'intervention sera fonction de la fréquence prescrite et se limitera à un maximum de 100 interventions forfaitaires par quatre mois.

§ 2.

L'intervention est refusée pour les appareils fournis plus de trois mois avant la date de réception de la demande d'intervention par le médecin-conseil.

Chapitre IV. - Prestations de rééducation pour des patients cardiaques.

- 771201 Séance de rééducation individuelle pluridisciplinaire avec durée minimale de 30 minutes. Cette séance est remboursable au maximum 30 fois au cours d'un programme de rééducation pour un patient hospitalisé35,35 EUR
- 771212 – 771223 Séance de rééducation collective pluridisciplinaire avec une durée minimale de 60 minutes, à la suite d'un programme de rééducation individuel et qui, en ce qui concerne l'aspect de réentraînement physique, s'adresse à un groupe d'au maximum huit personnes. Cette séance collective est remboursable au maximum 45 fois au cours d'un programme de rééducation. Cependant, en cas de rééducation suite à une transplantation cardiaque et/ou pulmonaire, cette séance collective est remboursable au maximum 90 fois au cours d'un programme de rééducation. par séance et par bénéficiaire25,46 EUR

Les honoraires fixés pour les séances de rééducation 771201, 771212 – 771223 couvrent aussi l'établissement par le médecin agréé à la fois comme médecin spécialiste en rééducation cardiologique et comme médecin spécialiste, soit en cardiologie, soit en médecine interne, soit en pédiatrie, soit en médecine physique, d'une évaluation rééducationnelle pluridisciplinaire avec pronostic et avis quant au programme de rééducation. La première évaluation doit être effectuée avant la fin de l'hospitalisation et au plus tard avant son quinzième jour.

Cette évaluation comporte l'appréciation d'au moins 2 des intervenants suivants : un psychologue, un assistant social, un diététicien, un ergothérapeute ou un ergologue formé en matière d'insertion sociale et professionnelle de handicapés. Elle comporte aussi un examen cardiologique séparément attestable, avec éventuellement une épreuve d'effort (ECG. 4 dérivations au moins).

L'exécution du programme de rééducation, sous la surveillance du médecin agréé à la fois comme médecin spécialiste en rééducation cardiologique et comme médecin spécialiste, soit en cardiologie, soit en médecine interne, soit en pédiatrie, soit en médecine physique, implique, en plus de l'établissement de l'évaluation précitée, encore l'intervention d'au moins deux des personnes suivantes : un kinésithérapeute, un psychologue, un assistant social, un diététicien, un ergothérapeute ou un ergologue formé en matière d'insertion sociale et professionnelle de handicapés.

A. Les prestations 771201, 771212 - 771223, ne sont remboursables qu'après une des pathologies cardiaques suivantes ayant justifié une hospitalisation :

- 1° infarctus aigu du myocarde,
- 2° chirurgie coronaire,
- 3° intervention endovasculaire percutanée thérapeutique sur le cœur et/ou sur les artères coronaires, sous contrôle d'imagerie médicale,
- 4° intervention chirurgicale pour malformation congénitale ou acquise du cœur ou pour lésion valvulaire,
- 5° transplantation cardiaque et/ou pulmonaire,
- 6° [angor résistant,]¹⁸
- 7° cardiomyopathie avec dysfonction du ventricule gauche.

Ces deux dernières indications sont à spécifier par anamnèse détaillée, antécédents, examens techniques, justifiant la prise en charge pluridisciplinaire.

La prestation 771212 - 771223 n'est remboursable que si elle est dispensée à des patients au cours de cette hospitalisation et au cours d'une période de 6 mois qui suit immédiatement la fin de celle-ci. Toutefois, après transplantation cardiaque et/ou pulmonaire, cette période qui suit immédiatement la fin de l'hospitalisation est de 10 mois.

B. Les prestations 771201, 771212 - 771223 ne sont remboursables que si elles sont effectuées dans un service de rééducation cardiaque auquel sont attachés au minimum : un médecin agréé à la fois comme médecin spécialiste en rééducation cardiologique et comme médecin spécialiste, soit en cardiologie, soit en médecine interne, soit en pédiatrie, soit en médecine physique, de même qu'un kinésithérapeute et un psychologue et un assistant social. Dans le cas où le médecin est spécialiste en médecine physique, en outre un médecin spécialiste en cardiologie, en médecine interne ou en pédiatrie doit être attaché au service.

¹⁸ Abrogé par A.R. 20.07.2005 (M.B. 29.07.2005) E.V. 01.08.2005 – Article 2 : Pour le bénéficiaire présentant l'une des pathologies cardiaques mentionnées au chapitre IV, A, premier alinéa, 6°, de l'annexe à l'arrêté royal du 10 janvier 1991 précité et qui est encore traité à la date de l'entrée en vigueur du présent arrêté, le solde des prestations 771201, 771212 - 771223 accordées n'est plus remboursable à partir de cette date d'entrée en vigueur.

Ces personnes doivent être effectivement attachées au service à raison d'un mi-temps au minimum.

En outre, le service doit également pouvoir faire appel, sur la base d'une convention écrite signée par un responsable engageant l'hôpital, par le médecin responsable du service et par le thérapeute concerné, à un diététicien et à un ergothérapeute ou à un ergologue formé en matière d'insertion sociale et professionnelle de handicapés.

Le service doit disposer en propre d'un local d'entraînement suffisamment spacieux avec suffisamment d'appareils d'entraînement, un appareillage de monitoring continu et un matériel de réanimation, ainsi que d'un local de conversation séparé du local d'entraînement.

Un service de rééducation cardiaque doit transmettre au Collège des médecins-directeurs tous les renseignements sur base desquels ce Collège apprécie si, et à partir de quelle date, un service répond aux conditions en matière de personnel, de locaux et d'équipement énumérées ci-avant. Le Collège établit la liste des services répondant à ces conditions et il fixe pour chacun d'eux la période au cours de laquelle les prestations de rééducation pour des patients cardiaques alors dispensées peuvent être attestées. Pour un service, cette période ne peut dépasser 21 mois successifs et se termine au 31 décembre d'une année; en vue d'une prolongation de cette période, les renseignements susvisés doivent être transmis par le service au Collège avant le 1^{er} novembre de l'année d'échéance de sa période en cours.

C : Au maximum une prestation 771201, 771212 - 771223 est remboursable le même jour. Les prestations 771201, 771212 - 771223 ne sont pas cumulables entre elles le même jour.

La prestation 771212 - 771223 n'est pas cumulable le même jour avec les prestations 102034, 102071 et 102093 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Les prestations 771201 et 771223 ne sont pas cumulables pour le bénéficiaire hospitalisé, soit le même jour, soit en intermittence, avec les prestations mentionnées à l'article 7, § 1^{er}, les prestations 477116477120, 477455-477466, 477470 - 477481, 477492 - 477503, 477514 477525 et 477536 - 477540 mentionnées à l'article 20, f), et les prestations mentionnées à l'article 22 de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984.

La prestation 771212 - 771223 n'est pas cumulable le même jour pour le bénéficiaire traité en ambulatoire avec les prestations mentionnées à l'article 7, § 1^{er}, et à l'article 22, II, de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984.

Les prestations 771201, 771212 - 771223 ne sont pas non plus cumulables avec les prestations dispensées dans le cadre des conventions visées à l'article 22, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

La surveillance de la fonction cardio-respiratoire accompagnant les séances de rééducation, ne peut pas être attestée suivant l'article 20, § 1^{er}, e, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, le jour où une des prestations 771201, 771212 - 771223 est attestée.

L'intervention pour les prestations 771201, 771212 - 771223 est subordonnée à l'accord du médecin-conseil, qui prend sa décision sur base d'une demande avec mention de la date du début de la rééducation, de la période prévue, de la fréquence des séances, et sur base d'une copie de l'évaluation rééducationnelle pluridisciplinaire.

La demande d'intervention établie sur un formulaire dont le modèle est approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé, doit être introduite sans délai par le bénéficiaire auprès du médecin-conseil de sa mutualité, de son office régional ou de la caisse de soins de santé de la Société nationale des Chemins de fer belges. L'intervention est refusée pour les prestations effectuées plus de trente jours avant la date de réception de la demande par le médecin-conseil.

Par dérogation à l'article 150, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, et pour autant que le cas individuel réponde aux critères mentionnés ci-dessus, et que les prestations soient dispensées par un service figurant sur la liste susmentionnée et dans les circonstances prévues ci-dessus, le médecin-conseil est censé avoir marqué son accord si, dans les deux semaines qui suivent la réception des documents précités, il n'a pas notifié une décision de refus.

Toute décision de refus est motivée.

CHAPITRE V. - Prestations d'éducation au diabète

A. Population visée

Les prestations d'éducation au diabète sont destinées aux bénéficiaires souffrant d'un diabète de type 2 qui ont conclu un contrat trajet de soins (tel que visé par l'article 5, § 1^{er} de l'arrêté du 21 janvier 2009 susmentionné) qui est encore valable.

B. Prestations remboursables et conditions de remboursement

B.1. 794054 R 19,71

Prestation individuelle destinée à l'éducation de départ et à la mise en œuvre du traitement à l'insuline ou au moyen d'incrétino-mimétiques, d'une durée minimum de 30 minutes (« éducation de départ »).

La prestation 794054 peut être prescrite pour les bénéficiaires suivants qui suivent ou qui vont suivre un programme d'autogestion diabétique dans lequel un contrôle régulier de la glycémie (en moyenne 25 mesures par mois) est prévu :

- un bénéficiaire qui entame le programme d'autogestion diabétique mentionné ci-dessus
- ou un bénéficiaire qui, avant d'avoir signé un contrat trajet de soins, a suivi un programme de contrôle restreint de la glycémie (tel que visé dans le chapitre VI, B de la présente nomenclature) mais qui passe au programme d'autogestion diabétique mentionné ci-dessus
- ou un bénéficiaire déjà traité à l'insuline ou au moyen d'incrétino-mimétiques qui n'a jamais bénéficié de l'éducation au diabète dans le cadre de la convention diabétique et qui n'a jamais bénéficié de la prestation 423150 (éducation à l'autonomie du patient diabétique) prévue par l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé.

La prestation 794054 peut être attestée au maximum 10 fois par bénéficiaire; le nombre de prestations étant déterminé par le médecin généraliste qui a conclu le contrat trajet de soins avec le bénéficiaire.

Toutes les prestations 794054 doivent être effectuées au plus tard dans l'année qui suit la première prestation.

Trois prestations 794054 maximum peuvent être effectuées au cours de la même journée.

Une intervention de l'assurance dans la prestation 794054 peut être accordée à condition que la prestation soit prescrite par le médecin généraliste qui a conclu le contrat trajet de soins avec le bénéficiaire concerné et qui peut définir de manière spécifique les buts précis de l'éducation. Cette prestation est prescrite de manière globale pour les 5 premières prestations par le médecin généraliste du trajet de soins. Pour les prestations supplémentaires, une nouvelle prescription doit être rédigée indiquant le nombre de prestations nécessaire; ce nombre étant déterminé par le médecin généraliste, après qu'il ait pris connaissance du rapport de l'éducateur.

L'éducateur fait rapport au médecin généraliste une fois les 5 premières prestations 794054 réalisées. Si plus de 5 prestations ont été dispensées, un nouveau rapport au médecin généraliste sera rédigé une fois que le nombre supplémentaire prescrit de ce type de prestation a été également dispensé.

La prestation 794054 ne peut jamais être remboursée :

- dans le cas où le bénéficiaire a déjà bénéficié au moins 5 fois de la prestation d'« éducation de départ » et que la première prestation de ce type a été réalisée depuis plus d'un an;
- dans le cas où le bénéficiaire a déjà bénéficié au moins 5 fois de la prestation d'« éducation de départ » dispensée par un praticien de l'art infirmier qui a un numéro spécifique d'enregistrement en tant qu'éducateur en diabétologie et que la première prestation de ce type a été réalisée depuis plus d'un an;
- dans le cas où le patient bénéficie ou a déjà bénéficié d'un programme d'autogestion diabétique qui comprend de l'éducation au diabète dans le cadre d'une convention de rééducation en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré conclue entre le Comité de l'assurance de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité et certains établissements hospitaliers (convention dénommée ci-après par « convention diabétique »);
- dans le cas où le bénéficiaire a déjà bénéficié d'au moins une prestation 794076 ou 794091 visée dans les points B.2 et B.3 ci-après ou au moins une prestation « éducation de suivi » ou « éducation en cas de complications » dispensée par un praticien de l'art infirmier qui a un numéro spécifique d'enregistrement en tant qu'éducateur en diabétologie.

Le total des prestations « éducation de départ » effectuées dans le cadre de la présente nomenclature ou effectuées par un praticien de l'art infirmier qui a un numéro spécifique d'enregistrement en tant qu'éducateur en diabétologie ne peut jamais dépasser le nombre de 10 prestations.

B.2. 794076 R 19,71

Prestation d'éducation individuelle au diabète destinée au suivi du patient diabétique traité à l'insuline ou au moyen d'incrétino-mimétiques, d'une durée minimum de 30 minutes (« éducation de suivi »).

La prestation 794076 peut être prescrite pour un bénéficiaire traité à l'insuline ou au moyen d'incrétino-mimétiques qui suit déjà un programme d'autogestion diabétique dans lequel un contrôle régulier de la glycémie est prévu, dans le cas où la prestation 794076 est indiquée afin que le bénéficiaire puisse tenir à jour sa connaissance des principes relatifs à son autogestion.

La prestation 794076 peut être attestée au maximum 2 fois par patient et par année calendrier.

Une intervention de l'assurance dans la prestation 794076 peut être accordée à condition que :

- la prestation soit prescrite par le médecin généraliste qui a conclu le contrat trajet de soins avec le bénéficiaire concerné et qui peut définir les buts précis du suivi de l'éducation. La prescription doit mentionner le nombre de prestations prescrites;
- la prestation n'a pas été réalisée dans l'année calendrier durant laquelle la première prestation « éducation de départ » a été réalisée, peu importe qu'il s'agisse de la prestation 794054 effectuée dans le cadre de la présente nomenclature ou qu'il s'agisse d'une prestation « éducation de départ » dispensées par un praticien de l'art infirmier qui a un numéro spécifique d'enregistrement en tant qu'éducateur en diabétologie.

L'éducateur fait rapport, après l'exécution des prestations 794076 prescrites, au médecin généraliste des résultats de ces prestations.

La prestation 794076 ne peut jamais être remboursée :

- dans le cas où le bénéficiaire a déjà bénéficié dans l'année calendrier en cours de deux prestations « éducation de suivi » dispensées par un praticien de l'art infirmier qui a un numéro spécifique d'enregistrement en tant qu'éducateur en diabétologie;
- durant la période où le patient bénéficie, dans le cadre de la convention diabétique, d'un programme d'autogestion diabétique comprenant l'éducation au diabète.

Le total des prestations « éducation de suivi » effectuées dans le cadre de la présente nomenclature ou effectuées par un praticien de l'art infirmier qui a un numéro spécifique d'enregistrement en tant qu'éducateur en diabétologie ne peut jamais dépasser le nombre de 2 prestations par année calendrier.

B.3. 794091 R 19,71

Prestation individuelle destinée au supplément d'éducation en cas de complications, d'une durée minimum de 30 minutes (« éducation en cas de complications »).

La prestation 794091 peut être prescrite pour un bénéficiaire traité à l'insuline ou au moyen d'incrétino-mimétiques qui suit déjà un programme d'autogestion diabétique dans lequel un contrôle régulier de la glycémie est prévu, dans le cas de toute situation par rapport à laquelle le médecin généraliste juge que la prestation 794091 est indiquée.

La prestation 794091 peut être attestée au maximum 4 fois par patient et par année calendrier.

Une intervention de l'assurance dans la prestation 794091 peut être accordée à condition que :

- la prestation soit prescrite par le médecin généraliste qui a conclu le contrat trajet de soins avec le bénéficiaire concerné et qui peut définir les buts précis de l'éducation. La prescription doit mentionner le nombre de prestations prescrites;
- la prestation n'a pas été réalisée dans l'année calendrier durant laquelle la première prestation « éducation de départ » a été réalisée, peu importe qu'il s'agisse de la prestation 794054 effectuée dans le cadre de la présente nomenclature ou qu'il s'agisse d'une prestation « éducation de départ » dispensées par un praticien de l'art infirmier qui a un numéro spécifique d'enregistrement en tant qu'éducateur en diabétologie.

L'éducateur fait rapport, après l'exécution des prestations 794091 prescrites, au médecin généraliste des résultats de ces prestations.

La prestation 794091 ne peut jamais être remboursée :

- dans le cas où le bénéficiaire a déjà bénéficié dans l'année calendrier en cours de 4 fois la prestation « éducation en cas de complications » dispensée par un praticien de l'art infirmier qui a un numéro spécifique d'enregistrement en tant qu'éducateur en diabétologie;

- durant la période où le patient bénéficie dans le cadre de la convention diabétique d'un programme d'autogestion diabétique comprenant l'éducation au diabète.

Le total des prestations « éducation en cas de complications » effectuées dans le cadre de la présente nomenclature ou effectuées par un praticien de l'art infirmier qui a un numéro spécifique d'enregistrement en tant qu'éducateur en diabétologie ne peut jamais dépasser le nombre de 4 prestations par année calendrier.

C. Règles d'application communes aux prestations 794054, 794076 et 794091

- Les prestations sont dispensées au domicile du bénéficiaire ou au cabinet du médecin généraliste ou dans une maison régionale d'un réseau multidisciplinaire local subventionné par l'assurance soins de santé.
- Les prestations peuvent également être prescrites par un autre médecin généraliste qui a accès au dossier médical global du bénéficiaire.
- L'éducateur ne peut effectuer que des prestations dont le contenu ressort de ses compétences légales. De ce fait, l'éducateur - ne possédant pas un diplôme de praticien de l'art infirmier - n'est pas habilité à enseigner au patient diabétique l'auto-injection d'insuline. Dans le cas où l'apprentissage à l'auto-injection est réalisé pour un patient, celui-ci devra être assuré par le médecin ou par un praticien de l'art infirmier qui a un numéro spécifique d'enregistrement en tant qu'éducateur en diabétologie;
- L'éducateur tient à jour pour chaque patient un dossier d'éducation au diabète contenant des informations sur les buts thérapeutiques convenus et le contenu de l'éducation réalisée. La prescription du médecin généraliste est conservée dans ce dossier. L'éducateur conserve tous les éléments du dossier pendant au moins 5 ans.
- L'éducateur collabore avec tous les dispensateurs de soins qui participent aux soins du patient diabétique : le médecin généraliste et le médecin-spécialiste qui ont conclu le contrat trajet de soins avec le patient, les fournisseurs de matériel et les auxiliaires paramédicaux.
- Les prestations d'éducation au diabète prévues dans le présent arrêté n'entrent en ligne de compte pour une intervention de l'assurance qui si elles ont été dispensées par un prestataire agréé qui a conclu un contrat de collaboration avec une équipe de diabétologie conventionnée (travaillant dans le cadre de la convention diabétique).
- Dès qu'un réseau multidisciplinaire local est subventionné par l'assurance soins de santé, l'éducateur doit être intégré à ce réseau et s'insérer dans les initiatives globales de formation complémentaire prises dans le réseau multidisciplinaire local en rapport avec le diabète.
- Le Comité de l'assurance peut, sur avis du Collège des médecins-directeurs, établir des directives concernant le contenu de l'éducation, le contenu des rapports et le contenu du dossier d'éducation.
- La prestation 794076 et la prestation 794091 ne peuvent pas être réalisées le même jour.
- Un bénéficiaire ne peut jamais cumuler les prestations d'éducation au diabète prévues dans le présent chapitre avec les honoraires forfaitaires des prestations dispensées aux patients diabétiques, prévues par l'article 8 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et ce, pendant toute la période de validité du contrat trajet de soins.

D. Agrément, demande d'agrément

Les prestataires pouvant réaliser des prestations prévues dans le chapitre V du présent arrêté sont les podologues, les diététiciens et les kinésithérapeutes ayant tous, en sus de leur formation de base, suivis une formation complémentaire d'éducateur en diabétologie. Cette formation complémentaire doit permettre l'acquisition de 20 points d'études ou comprendre au moins 150 heures de formation; chacune devant comprendre au moins 100 heures effectives d'enseignement théorique et aboutir à la délivrance d'une attestation d'un institut de formation reconnu par l'autorité qui a l'enseignement dans ses compétences.

Les prestations d'éducation au diabète prévues dans le présent arrêté n'entrent en ligne de compte pour une intervention de l'assurance qui si elles ont été dispensées par un prestataire agréé à cet effet en tant qu'éducateur en diabétologie par le Service des soins de santé de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité.

Afin d'être agréé en tant qu'éducateur en diabétologie, les candidats doivent adresser une demande au Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité contenant :

1° Pour les podologues : une copie du diplôme sanctionnant une formation, répondant à une formation d'au moins trois ans dans le cadre d'un enseignement supérieur de plein exercice dont le programme d'étude est fixé par l'arrêté royal du 15 octobre 2001 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de podologue et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le podologue peut être chargé par un médecin ainsi qu'une copie de l'attestation de réussite de la formation complémentaire d'éducateur en diabétologie délivrée par l'institut de formation.

Pour les diététiciens : une copie du diplôme sanctionnant une formation, répondant à une formation d'au moins trois ans dans le cadre d'un enseignement supérieur de plein exercice dans le domaine de l'alimentation et de la diététique dont le programme d'étude est fixé par l'arrêté royal du 19 février 1997 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de diététicien et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le diététicien peut être chargé par un médecin ainsi qu'une copie de l'attestation de réussite de la formation complémentaire d'éducateur en diabétologie délivrée par l'institut de formation.

Pour les kinésithérapeutes : la preuve qu'ils ont obtenu un agrément en tant que kinésithérapeutes du Service public fédéral Santé Publique, ainsi qu'une copie de l'attestation de réussite de la formation complémentaire d'éducateur en diabétologie délivrée par l'institut de formation.

Les personnes ayant obtenu une reconnaissance à l'étranger peuvent entrer en ligne de compte pour une reconnaissance seulement dans le cas où elles peuvent fournir la preuve qu'une équivalence officielle de diplôme a été accordée;

2° L'engagement, sous peine de remboursement, de se conformer aux conditions susmentionnées, pour attester les prestations d'éducation au diabète prévues dans le présent arrêté;

3° L'engagement de se conformer, pour les prestations prévues dans le présent arrêté, aux honoraires prévus;

4° Une attestation du réseau multidisciplinaire local subventionné par l'assurance soins de santé (si ce réseau existe) mentionnant que l'éducateur y est intégré.

Le Service des soins de santé dresse la liste des éducateurs en diabétologie agréés et leur attribue un numéro d'agrément.

Les personnes ayant obtenu un agrément sont dans l'obligation de suivre chaque année calendrier une formation permanente de 15 heures. Le Comité de l'assurance peut, sur proposition du Collège des médecins-directeurs, établir des directives concernant le contenu de la formation permanente des éducateurs. L'agrément d'un éducateur qui ne démontre pas, à la demande de l'INAMI, qu'il répond à cette condition de formation permanente, peut être retiré.

Le Comité de l'assurance, sur proposition du Collège des médecins-directeurs, peut imposer à partir d'une date déterminée, un volume d'activité minimum qui devra être consacré exclusivement aux prestations d'éducation au diabète. L'agrément d'un éducateur qui ne démontre pas, à la demande de l'INAMI, qu'il répond à cette condition permanente, peut être retiré.

CHAPITRE VI. - Matériel d'autogestion remboursable

A. Types de matériel remboursable et conditions de remboursement de ce matériel, pour les patients qui ont conclu un contrat trajet de soins

A.1. 794113

Matériel consommable nécessaire à l'autogestion diabétique couvrant une période de 6 mois à partir de la date de la première prescription (3 boîtes comprenant chacune 50 tiges pour le contrôle de la glycémie et 1 boîte de 100 lancettes).

Une intervention de l'assurance dans la prestation 794113 peut être accordée : pour tout bénéficiaire souffrant de diabète de type 2 qui a conclu un contrat trajet de soins qui est encore valable et qui suit ou va suivre un programme d'autogestion diabétique dans lequel un contrôle régulier de la glycémie (en moyenne 25 mesures par mois) est prévu.

La prestation 794113 est prescrite par le médecin généraliste qui a conclu le contrat trajet de soins avec le bénéficiaire concerné ou par un autre médecin généraliste qui a accès au dossier médical global du bénéficiaire. La prescription doit clairement mentionner qu'il s'agit d'une prescription de tiges et de lancettes remboursables dans le cadre des trajets de soins. Si la prescription comprend cette mention, la prescription permet la délivrance de 3 boîtes de 50 tiges et de 1 boîte de 100 lancettes, même si la prescription ne stipule pas la quantité prescrite.

La prestation 794113 ne peut être prescrite que :

- 1° pour un bénéficiaire traité à l'insuline ou au moyen d'incrétino-mimétiques depuis au moins un an, dont la valeur HbA1c, mesurée dans les trois mois avant la prescription de la prestation 794113, est inférieure à 7,5 %. Des renouvellements de la prestation 794113 sont possibles aussi longtemps que la valeur HbA1c, mesurée obligatoirement au plus tôt trois mois avant la fin de chaque période de 12 mois, reste inférieure à 7,5 %.
- 2° pour un bénéficiaire qui va entamer une thérapie à l'insuline ou un traitement au moyen d'incrétino-mimétiques et/ou qui va entamer un programme d'autogestion diabétique : dans le cas où un programme d'éducation au diabète comprenant au moins 5 prestations « éducation de départ » de 30 minutes va être entamé dans les meilleurs délais. La prestation 794113 ne peut être renouvelée que dans le cas où le bénéficiaire est traité à l'insuline ou au moyen d'incrétino-mimétiques et a suivi au moins 5 prestations « éducation de départ » de 30 minutes. Des renouvellements ultérieurs de la prestation 794113 restent possibles s'il ne s'agit pas d'un bénéficiaire visé sous le point 4° ou 5°.
- 3° pour un bénéficiaire déjà traité à l'insuline ou au moyen d'incrétino-mimétiques qui passe d'un programme de contrôle restreint de la glycémie vers un programme d'autogestion diabétique et qui n'est pas visé sous le point 1 : les mêmes conditions que pour les bénéficiaires visés sous le point 2° sont d'application.
- 4° pour un bénéficiaire qui va passer ou qui est déjà passé de une à deux injections d'insuline par jour : dans le cas où un programme d'éducation au diabète supplémentaire comprenant au moins 2 prestations « éducation » de 30 minutes va être entamé dans les meilleurs délais. Six mois après le passage de une à deux injections d'insuline, la prestation 794113 ne peut être renouvelée que dans le cas où le bénéficiaire a suivi au moins 2 prestations « éducation » de 30 minutes. Des renouvellements ultérieurs de la prestation 794113 restent possibles s'il ne s'agit pas d'un bénéficiaire visé sous le point 5°.
- 5° pour un bénéficiaire traité à l'insuline ou au moyen d'incrétino-mimétiques qui suit déjà un programme d'autogestion diabétique et qui est non visé sous les points 1°, 2°, 3° ou 4°, dont la valeur HbA1c, mesurée obligatoirement au plus tôt trois mois avant la fin de chaque période de 12 mois, est supérieure à 7,5 % : dans le cas où un programme d'éducation au diabète supplémentaire comprenant au moins 2 prestations « éducation » de 30 minutes va être entamé dans les meilleurs délais. La prestation 794113 ne peut être renouvelée que dans le cas où le bénéficiaire a suivi au moins 2 prestations « éducation » de 30 minutes. Des renouvellements ultérieurs de la prestation 794113, sans nouveau programme d'éducation supplémentaire, restent possibles aussi longtemps que la valeur HbA1c, mesurée au plus tôt trois mois avant la fin de chaque période de 12 mois, n'est pas à nouveau supérieure à 7,5 %. Dans le cas où la valeur HbA1c est à nouveau supérieure à 7,5 %, un nouveau programme d'éducation d'au moins 2 prestations de 30 minutes est obligatoire.
- 6° pour un bénéficiaire traité à l'insuline ou au moyen d'incrétino-mimétiques qui suit déjà un programme d'autogestion diabétique et qui est non visé sous les points 2°, 3°, 4° et 5° : dans le

cas où le bénéficiaire a déjà bénéficié de l'éducation au diabète dans le cadre de la convention diabétique.

Une prescription pour une nouvelle période de 6 mois consécutifs n'est possible que dans le cas où il s'agit d'un bénéficiaire pour lequel le médecin généraliste ou un éducateur agréé a constaté que ce bénéficiaire a effectivement exercé les contrôles de glycémie nécessaires durant la période écoulée. Les renouvellements des prescriptions pour une nouvelle période sont possibles à partir de 3 mois avant la fin de la période de 6 mois concernée.

Les programmes d'éducation visés dans les points 2°, 3°, 4° et 5° peuvent être réalisés :

- par les éducateurs en diabétologie agréés dans le cadre du chapitre V de la présente nomenclature des prestations de rééducation fonctionnelle;
- par les praticiens de l'art infirmier qui ont un numéro spécifique d'enregistrement en tant qu'éducateur en diabétologie;
- par les éducateurs en diabétologie travaillant dans le cadre de la convention diabétique, dans le cas où le bénéficiaire suit dans le cadre de ladite convention un programme qui couvre uniquement l'éducation au diabète, sans couvrir le matériel d'autogestion.

Le médecin généraliste prescripteur conserve dans le dossier médical global du bénéficiaire les rapports des éducateurs témoignant qu'il a été satisfait aux conditions en matière d'éducation obligatoire. Ces rapports sont conservés pendant au moins 5 ans.

Les données relatives à l'éducation au diabète et les résultats HbA1c sont transmis par le médecin généraliste au médecin-conseil à sa demande.

La prescription de la prestation permet au bénéficiaire d'obtenir le matériel soit auprès des fournisseurs de matériel agréés dans le cadre du présent arrêté royal, soit dans les pharmacies.

La prestation 794113 ne peut être portée en compte à l'organisme assureur du bénéficiaire que lorsque tout le matériel a été délivré pour la période de 6 mois.

Pour chaque bénéficiaire, le médecin généraliste doit veiller à ce que le maximum de matériel remboursable prévu pour chaque période de 6 mois à compter de la date de la première prescription, ne soit pas dépassé dans ses prescriptions, peu importe que le patient ait obtenu le matériel auprès d'un fournisseur de matériel agréé dans le cadre du présent arrêté royal ou d'une pharmacie.

La prestation 794113 ne peut jamais être prescrite pour un bénéficiaire qui suit, dans le cadre de la convention diabétique, un programme qui couvre également le matériel d'autogestion diabétique.

A.2. 794135

Matériel durable pour l'autogestion diabétique (glucomètre et porte-lancette) pour un patient qui va entamer l'autogestion diabétique - Première prescription

Une intervention de l'assurance dans la prestation 794135 peut être accordée pour tout bénéficiaire souffrant de diabète de type 2 qui a conclu un contrat trajet de soins qui est encore valable.

La prestation 794135 est prescrite par le médecin généraliste qui a conclu le contrat trajet de soins avec le bénéficiaire concerné ou par un autre médecin généraliste qui a accès au dossier médical global du bénéficiaire. La prescription doit clairement mentionner qu'il s'agit d'une prescription d'un glucomètre et d'un porte-lancette remboursables dans le cadre des trajets de soins.

La prescription ne fait pas mention de la marque du glucomètre. La marque la mieux adaptée au bénéficiaire est choisie en concertation entre le bénéficiaire et l'éducateur en diabétologie agréé qu'il a consulté. L'éducateur en diabétologie agréé complète un « document de demande » et mentionne le nom de la marque la plus appropriée au bénéficiaire sur ce « document de demande ». L'éducateur confirme également qu'un programme d'éducation comprenant au moins 5 prestations de 30 minutes a été entamé. En ce qui concerne le « document de demande », le Comité de l'assurance peut à tout moment imposer un modèle.

La prescription du médecin généraliste et le document rempli par l'éducateur permettent au patient d'obtenir le matériel soit auprès des fournisseurs de matériel agréés dans le cadre du présent arrêté royal soit dans les pharmacies.

La prestation 794135 ne peut être portée en compte à l'organisme assureur du bénéficiaire que lorsque tout le matériel (glucomètre et porte-lancette) a été délivré.

La prestation 794135 ne peut être prescrite qu'une fois par bénéficiaire, peu importe que le patient ait obtenu le matériel auprès d'un fournisseur de matériel agréé dans le cadre du présent arrêté royal ou d'une pharmacie.

La prestation 794135 ne peut jamais être prescrite :

- pour un bénéficiaire qui suit ou qui a suivi dans le cadre de la convention diabétique un programme qui couvre également le matériel d'autogestion diabétique;
- pour un bénéficiaire qui a déjà bénéficié de la prestation 794216 ou de la prestation 794231.

A.3. 794150

Matériel durable pour l'autogestion diabétique (glucomètre et porte-lancette) pour un patient pour lequel ce matériel a déjà été remboursé - Prescription de renouvellement.

Une prescription pour le renouvellement de la prestation 794135 peut être rédigée au plus tôt après 3 ans d'utilisation de l'ancien glucomètre dans le cas où ce dernier est défectueux et nécessite le remplacement de l'appareil ou dans le cas où le type du matériel est désuet. Le renouvellement avant l'expiration de la période minimale de 3 ans pour des raisons médicales peut aussi être invoqué, notamment dans le cas où pour des raisons médicales l'ancien appareil n'est plus approprié pour le bénéficiaire.

La prestation 794150 peut être prescrite à plusieurs reprises pour un bénéficiaire, moyennant qu'il y ait une période d'au moins 3 ans entre deux prescriptions, sauf pour des raisons médicales.

La prestation 794150 peut également être prescrite :

- pour un bénéficiaire qui ne suit plus un programme qui couvre également le matériel d'autogestion diabétique dans le cadre de la convention diabétique dans le cas où le glucomètre mis à sa disposition dans le cadre de la convention diabétique date d'il y a au moins 3 ans; le renouvellement avant l'expiration de la période minimale de 3 ans pour des raisons médicales peut aussi être invoqué;
- pour un bénéficiaire qui, avant d'avoir signé un contrat trajet de soins, a suivi un programme de contrôle restreint de la glycémie, dans le cas où le glucomètre mis à sa disposition dans le cadre de ce programme date d'il y a au moins 3 ans; le renouvellement avant l'expiration de la période minimale de 3 ans pour des raisons médicales peut aussi être invoqué.

Toutes les autres dispositions applicables à la prestation 794135 restent valables.

Afin de pouvoir prescrire la prestation 794150, le bénéficiaire doit également répondre aux conditions de la prestation 794113.

~~A.4. 794172~~

~~Tensiomètre validé.~~

~~Une intervention de l'assurance dans la prestation 794172 peut être accordée pour tout bénéficiaire souffrant d'une insuffisance rénale chronique qui a conclu un trajet de soins qui est encore valable~~

~~La prestation 794172 est prescrite par le médecin généraliste qui a conclu le contrat trajets de soins ou par un autre médecin généraliste qui a accès au dossier médical global du bénéficiaire. La prescription doit clairement mentionner qu'il s'agit d'une prescription d'un tensiomètre remboursable dans le cadre des trajets de soins.~~

~~La prescription de cette prestation permet au patient d'obtenir le matériel soit auprès des fournisseurs de matériel agréés dans le cadre du présent arrêté royal soit dans les pharmacies.~~

~~La prestation 794172 ne peut être portée en compte à l'organisme assureur du bénéficiaire que lorsque le tensiomètre a été délivré.~~

~~La prestation 794172 ne peut être prescrite qu'une fois par bénéficiaire, peu importe que le patient ait obtenu le matériel auprès d'un fournisseur de matériel agréé dans le cadre du présent arrêté royal ou dans une pharmacie.]¹⁹~~

B. Programme de contrôle restreint de la glycémie, remboursable pour les patients qui n'ont pas conclu un contrat trajet de soins

B.1. Types de matériel remboursable

B.1.1. 794194

Matériel consommable nécessaire dans le cadre du programme de contrôle restreint de la glycémie couvrant une période de 12 mois à partir de la date de la première prescription (deux boîtes de 50 tiges pour le contrôle de la glycémie et une boîte de 100 lancettes).

La prescription de la prestation 794194 doit clairement mentionner que le matériel prescrit est remboursable en dehors du cadre des trajets de soins.

¹⁹ A4 abrogé par A.R. 17.10.2011 (M.B. 16.11.2011) E.V. 01.12.2011

A la fin de la période prescrite de 12 mois, la prescription peut être renouvelée.

B.1.2. 794216

Matériel durable (glucomètre et porte-lancette) pour un patient qui va contrôler régulièrement la glycémie - Première prescription

La prescription de la prestation 794216 doit clairement mentionner que le matériel prescrit est remboursable en dehors du cadre des trajets de soins.

La prestation ne peut être prescrite qu'une fois par bénéficiaire, peu importe que le patient ait obtenu le matériel auprès d'un fournisseur de matériel agréé dans le cadre du présent arrêté royal ou dans une pharmacie.

B.1.3. 794231

Matériel durable (glucomètre et porte-lancette) pour un bénéficiaire qui a déjà bénéficié de la prestation 794216 préalablement - Prescription de renouvellement.

Une prescription pour le renouvellement de la prestation 794216 peut être rédigée au plus tôt après 3 ans d'utilisation de l'ancien glucomètre dans le cas où ce dernier est défectueux et nécessite le remplacement de l'appareil ou dans le cas où le type du matériel est désuet. Le renouvellement avant l'expiration de la période minimale de 3 ans pour des raisons médicales peut aussi être invoqué, notamment dans le cas où pour des raisons médicales l'ancien appareil n'est plus approprié pour le bénéficiaire.

La prestation peut être prescrite à plusieurs reprises pour un bénéficiaire, moyennant qu'il y ait une période d'au moins 3 ans entre deux prescriptions, sauf pour des raisons médicales.

La prescription de la prestation 794231 doit clairement mentionner que le matériel prescrit est remboursable en dehors du cadre des trajets de soins.

B.2. Conditions de remboursement communes pour les prestations 794194, 794216 et 794231

Une intervention de l'assurance dans les prestations 794194, 794216 et 794231 peut être accordée sous les conditions suivantes :

- le bénéficiaire souffre de diabète de type 2;
- le bénéficiaire dispose d'un dossier médical global;
- le bénéficiaire n'a jamais conclu un contrat trajet de soins;
- le bénéficiaire ne suit pas et n'a jamais suivi, dans le cadre de la convention diabétique, un programme qui couvre le matériel d'autogestion diabétique;
- le bénéficiaire suit un traitement au moyen d'incrétino-mimétiques ou d'une injection quotidienne d'insuline;
- les prestations sont prescrites par le médecin généraliste qui tient le dossier médical global du bénéficiaire ou par un autre médecin généraliste qui a accès au dossier médical global du bénéficiaire;
- le médecin généraliste prescripteur certifie qu'une éducation au diabète est faite au bénéficiaire;
- le médecin généraliste prescripteur a informé le médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire de la date de la première prescription à partir de laquelle il a entamé un programme de contrôle restreint de la glycémie pour un bénéficiaire pour qui il tient le dossier médical global. Le Comité de l'assurance peut à tout moment imposer un modèle pour cette notification.

Pour la prestation 794194, à la fin de chaque période prescrite de 12 mois, une prescription pour une nouvelle période de 12 mois consécutifs est autorisée dans le cas où les conditions supplémentaires suivantes sont remplies :

- 1° le médecin généraliste prescripteur a constaté que le bénéficiaire a effectivement exercé les contrôles de glycémie nécessaires durant la période écoulée;
- 2° la valeur HbA1c du bénéficiaire, mesurée obligatoirement au plus tôt 3 mois avant la fin de chaque période de 12 mois, est inférieure à 7,5 %. Si cette valeur cible n'est pas atteinte, le médecin généraliste propose au bénéficiaire de conclure un contrat trajet de soins ou de consulter un médecin spécialiste. Le cas échéant, le bénéficiaire n'entre plus en ligne de compte pour le programme de contrôle restreint de la glycémie. Si la valeur HbA1c du bénéficiaire est inférieure à 7,5 %, le renouvellement de la prescription est possible à partir de la date à laquelle le résultat de cette mesure est connu.

La prescription des prestations prévues dans le chapitre VI, B permet au patient d'obtenir le matériel soit auprès des fournisseurs de matériel agréés dans le cadre du présent arrêté royal soit dans les pharmacies.

Les prestations 794194, 794216 et 794231 ne peuvent être portées en compte à l'organisme assureur du bénéficiaire que lorsque tout le matériel a été délivré.

La prestation 794231 ne peut être prescrite que dans le cas où le bénéficiaire répond aux conditions de renouvellement pour la prestation 794194.

Pour la prestation 794194, le médecin généraliste prescripteur doit veiller à ce que le maximum de matériel remboursable prévu pour chaque période de 12 mois à compter de la date de la première prescription, ne soit pas dépassé dans ses prescriptions, peu importe que le patient ait obtenu le matériel auprès d'un fournisseur de matériel agréé dans le cadre du présent arrêté royal ou dans une pharmacie.

Les données relatives à l'éducation au diabète et les résultats HbA1c sont transmises par le médecin généraliste au médecin-conseil à sa demande.

C. Canaux de distribution du matériel, procédure d'agrément

Le matériel prévu dans le présent chapitre n'entre en ligne de compte pour une intervention de l'assurance qui si il a été délivré par un fournisseur agréé à cet effet par le Service des soins de santé de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité.

Afin d'être agréé en tant que fournisseur, un candidat doit adresser une demande au Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité contenant :

- 1° la preuve qu'il a obtenu un agrément de l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé en tant que fournisseur de dispositifs médicaux, conformément aux dispositions mentionnées dans l'arrêté royal du 18 mars 1999 relatifs aux dispositifs médicaux;
- 2° l'engagement, sous peine de remboursement, de se conformer aux conditions susmentionnées, pour attester les prestations relatives au matériel prévues dans le chapitre VI du présent arrêté;
- 3° l'engagement de se conformer, pour les prestations prévues dans le chapitre VI du présent arrêté, aux tarifs fixés par le présent arrêté royal.

Le Service des soins de santé dresse la liste des fournisseurs agréés et leur attribue un numéro d'agrément.

Dans le cadre du présent arrêté royal, les pharmacies ne peuvent pas être agréées en tant que fournisseur.

D. Liste des produits remboursables

Le Comité de l'assurance soins de santé peut, sur proposition du conseil technique des moyens diagnostics et de matériel de soins, établir une liste du type de matériel remboursable dans le cadre du présent chapitre et modifier à tout moment cette liste.²⁰

²⁰ Chapitres V et VI insérés par A.R. 22.10.2010 (M.B. 06.12.2010) [E.V. 01.06.2009](#)

[CHAPITRE VII. - Prestations d'ergothérapie

A.

784291 (patient ambulatoire)R 143,13

784302 (patient hospitalisé)R 143,13

Bilan observationnel qui consiste en un examen des capacités et incapacités fonctionnelles du bénéficiaire :

- dans les activités de la vie quotidienne (tels que les soins personnels, l'alimentation, les relations interpersonnelles, la locomotion);
- concernant ses occupations personnelles, scolaires, professionnelles, socioculturelles et de loisir;
- sur le plan physique, sensori-moteur, intellectuel, relationnel, comportemental;
- dans son environnement physique, social et culturel;
- et qui aboutit à la rédaction d'un rapport écrit des examens effectués, adressé au médecin prescripteur. Par ailleurs, l'ergothérapeute transmet le bilan observationnel également au médecin généraliste traitant du bénéficiaire concerné.

Le bilan observationnel est réalisé sur une durée minimum de 180 minutes, le temps de déplacement de l'ergothérapeute inclus. Le temps consacré à la rédaction du rapport écrit ne peut toutefois pas faire partie de la durée minimum de 180 minutes.

Une intervention de l'assurance dans la prestation susmentionnée peut être accordée pour tout bénéficiaire à condition que :

- préalablement, le bénéficiaire a suivi complètement ou est sur le point de terminer complètement un programme (en internat ou en externat) dans un centre de rééducation fonctionnelle ayant conclu avec l'Institut national d'assurance maladie-invalidité une convention de rééducation fonctionnelle locomotrice et/ou neurologique et à l'issue duquel le bénéficiaire réintègre ou va réintégrer son cadre habituel de vie.

Ce bilan observationnel peut être réalisé à la fin du programme de rééducation (c'est-à-dire lorsque ce dernier n'est pas encore complètement terminé) afin de préparer préalablement l'intégration du bénéficiaire dans son cadre habituel de vie;

- la prestation soit dispensée en tout ou en partie dans le cadre habituel de vie du bénéficiaire et en présence de ce dernier;
- la prestation soit exécutée sur base d'un rapport prescriptif rédigé par l'équipe du centre de rééducation fonctionnelle sous la coordination du médecin spécialiste en réadaptation de ce centre. Le rapport prescriptif doit être signé par le médecin spécialiste en réadaptation de ce centre.

L'intervention de l'assurance est limitée à une prestation par bénéficiaire qui a terminé ou qui va terminer le programme de rééducation complètement dans un centre ayant conclu une convention de rééducation fonctionnelle locomotrice et/ou neurologique avec l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

B.

784313R 125,63

Séance de mise en situation avec entraînement fonctionnel et/ou avec entraînement fonctionnel à l'usage d'orthèses, de prothèses et de matériel d'aide techniques :

- au moyen d'activités de la vie quotidienne, de la vie professionnelle et scolaire, de la vie sociale;
- au moyen d'activités ludiques, artisanales, d'expression;
- au moyen de techniques spécifiques;

dans le but d'acquérir, de recouvrer ou de conserver :

- les capacités fonctionnelles et relationnelles et de développer les facultés d'adaptation et de compensation;
- les fonctions motrices, proprioceptives, sensorielles et cognitives;

- les capacités fonctionnelles en vue d'une reprise des activités scolaires, professionnelles, sociales et de la vie courante;
- la capacité d'entreprendre et de créer;
- l'identité personnelle, le rôle social et les capacités de création.

Ces séances de mise en situation sont d'une durée minimum de 180 minutes par séance, temps de déplacement de l'ergothérapeute inclus.

Une intervention de l'assurance dans la prestation susmentionnée peut être accordée pour tout bénéficiaire à condition que :

- préalablement, le bénéficiaire a suivi complètement un programme (en internat ou en externat) dans un centre de rééducation fonctionnelle ayant conclu avec l'Institut national d'assurance maladie-invalidité une convention de rééducation fonctionnelle locomotrice et/ou neurologique et à l'issue duquel le bénéficiaire a réintégré son cadre habituel de vie;
- la prestation 784291 ou 784302 ait été dispensée préalablement;
- la prestation soit dispensée en tout ou en partie dans le cadre habituel de vie du bénéficiaire;
- la prestation soit prescrite par le médecin spécialiste en réadaptation du centre de rééducation fonctionnelle dans lequel le bénéficiaire a suivi un programme de rééducation complet après que ce médecin spécialiste ait pris connaissance du bilan observationnel et ait pris contact avec le médecin généraliste traitant du bénéficiaire concerné. La prescription doit être signée par le médecin spécialiste en réadaptation de ce centre.

L'intervention de l'assurance est limitée à sept séances par bénéficiaire sortant d'un centre ayant conclu une convention de rééducation fonctionnelle locomotrice et/ou neurologique avec l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

C.

784335R 43,96

Séance d'information, de conseil et d'apprentissage de l'utilisation d'adaptations à l'environnement, d'orthèses, de prothèses et d'aides fonctionnelles, d'une durée minimum de 60 minutes par séance.

Une intervention de l'assurance dans la prestation susmentionnée peut être accordée pour tout bénéficiaire à condition que :

- préalablement, le bénéficiaire a suivi un programme de rééducation complet (en internat ou en externat) dans un centre de rééducation fonctionnelle ayant conclu avec l'Institut national d'assurance maladie-invalidité une convention de rééducation fonctionnelle locomotrice et/ou neurologique et à l'issue duquel le bénéficiaire a réintégré son cadre habituel de vie;
- la prestation 784291 ou 784302 ait été dispensée préalablement;
- la prestation soit dispensée en tout ou en partie dans le cadre habituel de vie du bénéficiaire;
- la prestation soit prescrite par le médecin spécialiste en réadaptation du centre de rééducation fonctionnelle dans lequel le bénéficiaire a suivi un programme de rééducation complet, après que ce médecin spécialiste ait pris connaissance du bilan observationnel et ait pris contact avec le médecin généraliste traitant du bénéficiaire concerné. La prescription doit être signée par le médecin spécialiste en réadaptation de ce centre.

L'intervention de l'assurance est limitée à deux prestations par bénéficiaire sortant d'un centre ayant conclu une convention de rééducation fonctionnelle locomotrice et/ou neurologique avec l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

D.

784350R 70

Bilan fonctionnel final comprenant la description des interventions et l'évaluation des résultats à l'intention du médecin spécialiste en réadaptation du centre et du médecin généraliste traitant ayant en charge le bénéficiaire.

L'intervention de l'assurance est limitée à une prestation par bénéficiaire sortant d'un centre ayant conclu une convention de rééducation fonctionnelle locomotrice et/ou neurologique avec l'Institut national

d'assurance maladie-invalidité et pour lequel des prestations 784313 et/ou 784335 ont été prescrites et réalisées antérieurement.

- E.** La durée minimale mentionnée pour chaque prestation ne peut jamais être répartie sur différents moments ou sur différents jours. Chaque prestation doit donc être dispensée en une seule fois durant une seule journée.
- F.** Les prescriptions nécessaires aux prestations prévues dans le cadre du présent arrêté (prestations 784291, 784302, 784313, 784335) doivent contenir au moins les éléments suivants :
- l'identité et les coordonnées du bénéficiaire concerné;
 - l'identité du médecin prescripteur et de l'établissement de rééducation fonctionnelle;
 - le type de prestation prescrite;
 - mention de la date de fin du programme de rééducation fonctionnelle ou la date de fin attendue (pour la prestation 784291 ou 784302);
 - la description de la pathologie dont souffre le bénéficiaire concerné (pour la prestation 784291 ou 784302);
 - la description des conséquences problématiques sur l'autonomie qui y sont liées (pour la prestation 784291 ou 784302).
- G.** Une prescription spécifique pour la prestation 784291 ou 784302 doit être rédigée. Pour les autres prestations nécessitant une prescription (c'est-à-dire les prestations 784313 et 784335) une seule prescription peut être rédigée.
- H.** L'ergothérapeute doit notifier au médecin-conseil du bénéficiaire concerné que des prestations d'ergothérapie lui ont été prescrites.
- Cette notification doit être rédigée par l'ergothérapeute une fois la prestation 784291 ou 784302 dispensée et doit être envoyée au médecin-conseil avant que d'autres prestations ne soient réalisées (avant les prestations 784313 et 784335).
- Cette notification sera accompagnée :
- des résultats de la prestation 784291 ou 784302, notamment le rapport écrit requis;
 - des prescriptions (telles que visées à l'article 5, point F du présent arrêté).
- Par dérogation à l'article 138 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnité, coordonnée le 14 juillet 1994 et modifié par l'arrêté royal du 9 juillet 2000 et pour autant que le cas individuel réponde à toutes les conditions prévues dans le cadre du présent arrêté, le médecin-conseil est censé avoir marqué son accord si, dans les 15 jours qui suivent la réception des documents précités, il n'a pas notifié une décision de refus; toute décision de refus étant motivée.
- Les prestations d'ergothérapie effectuées durant ce délai de 15 jours jusqu'à la date de la notification du refus peuvent néanmoins être portées en compte aux organismes assureurs si toutes les conditions mentionnées dans le présent arrêté royal sont respectées.
- I.** Les prestations d'ergothérapie mentionnées dans le présent arrêté ne peuvent être prescrites et réalisées qu'endéans les 6 mois après la fin du programme de rééducation complet (à l'exception de la prestation 784291 ou 784302 qui peut déjà être réalisée à la fin du programme de rééducation fonctionnelle).
- J.** Par « cadre habituel de vie », visé par les prestations 784291 ou 784302, 784313 et 784335, on entend tout lieu fréquenté par le bénéficiaire dans sa vie quotidienne, à l'exclusion de l'établissement de rééducation ou de tout autre établissement de soins, service de soins, établissement d'hébergement pour personnes handicapées, maison de repos, maison de repos et de soins, maisons de soins psychiatriques, institution de soins ou cabinet d'un dispensateur de soins.
- K.** Les patients ayant déjà bénéficié de prestations d'ergothérapie après avoir suivi un programme de rééducation complet ne peuvent entrer à nouveau en ligne de compte pour de nouvelles prestations d'ergothérapie qu'après avoir suivi à nouveau un programme de rééducation complet dans un centre de rééducation fonctionnelle ayant conclu avec l'Institut national d'assurance maladie-invalidité une

convention de rééducation fonctionnelle locomotrice et/ou neurologique et à l'issue duquel le bénéficiaire a réintégré ou va réintégrer son cadre habituel de vie.

Les patients qui souffrent d'une maladie neurodégénérative et qui ont déjà bénéficié de séances d'ergothérapie après avoir suivi un programme de rééducation complet et qui sont confrontés à une aggravation de leur maladie nécessitant le suivi d'un nouveau programme de rééducation, ne peuvent entrer à nouveau en ligne de compte pour des prestations d'ergothérapie que dans le cas où, après avoir suivi ce nouveau programme de rééducation, les capacités fonctionnelles du patient sont néanmoins réduites de manière importante par rapport à la situation antérieure qui était celle avant l'aggravation de la maladie. Cette perte importante des capacités fonctionnelles doit clairement ressortir du rapport prescriptif.

Dans ces 2 cas, toutes les conditions mentionnées dans le présent arrêté restent également d'application.

- L.** Aucune intervention de l'assurance, pour les prestations 784291 ou 784302, 784313, 784335, 784350, n'est due :
- 1° si le bénéficiaire jouit déjà de prestations comprenant l'ergothérapie dans un autre cadre réglementaire ou conventionnel. Dès lors, aucune intervention n'est due pour des prestations accomplies pendant le suivi d'un programme de rééducation fonctionnelle dans un centre de rééducation fonctionnelle conventionné (sauf en ce qui concerne la prestation 784291 ou 784302);
 - 2° pour des prestations accomplies pendant une hospitalisation (sauf en ce qui concerne la prestation 784302);
 - 3° si les prestations d'ergothérapie prévues dans le cadre du présent arrêté sont dispensées par l'ergothérapeute du centre du rééducation fonctionnelle dans lequel le bénéficiaire a été rééduqué avant de réintégrer son cadre habituel de vie.
- M.** En délivrant une attestation de soins donnés, l'ergothérapeute déclare que la prestation attestée a été accomplie conformément aux conditions susmentionnées d'intervention de l'assurance.
- N.** En outre, les prestations d'ergothérapeutes prévues dans le présent arrêté n'entrent en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé que si elles sont dispensées par un dispensateur de soins agréé à cet effet.

L'agrément des ergothérapeutes est assuré par le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité jusqu'à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 18 novembre 2004 relatif à l'agrément des professions paramédicales, pour la profession d'ergothérapeute.

Afin d'être agréé en tant qu'ergothérapeute pouvant accomplir les prestations prévues dans le présent arrêté et entrant en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé, les candidats doivent adresser une demande au Fonctionnaire dirigeant de ce Service, avec :

- 1° une copie de leur diplôme sanctionnant une formation, répondant à une formation d'au moins trois ans dans le cadre d'un enseignement supérieur de plein exercice (formation de « gradué en ergothérapie » ou de « bachelor » en ergothérapie), dont le programme d'études est fixé à l'arrêté royal du 8 juillet 1996 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession d'ergothérapeute et portant fixation de la liste des prestations techniques. Les personnes ayant suivi avec succès une formation de « gradué en thérapie du travail » avant l'année académique 1992-1993 sont assimilées aux personnes ayant suivi avec succès une formation de « gradué en ergothérapie ».
- Les personnes ayant obtenu leur diplôme à l'étranger peuvent entrer en ligne de compte pour une reconnaissance seulement dans le cas où elles peuvent fournir la preuve qu'une équivalence officielle de diplôme a été accordée.
- 2° l'engagement, sous peine de remboursement, de se conformer aux conditions susmentionnées, pour attester les prestations d'ergothérapie prévues dans le présent arrêté;
 - 3° l'engagement de se conformer, pour les prestations prévues dans le présent arrêté, aux honoraires prévus.

Le Service des soins de santé dresse la liste des ergothérapeutes agréés et leur attribue un numéro d'agrément.²¹

²¹ Chapitre VII inséré par A.R. 19.11.2010 (M.B. 15.12.2010) [E.V. 25.12.2010](#)