

2° Au chapitre V, la base de remboursement de la matière première suivante est remplacée comme suit :

2° In hoofdstuk V, wordt de vergoedingsbasis van de volgende grondstof vervangen als volgt :

| Signe | Nom | Quantité* | Base de remboursement | Teken | Naam | Hoeveelheid* | Vergoedingsbasis |
|-------|---|-----------|-----------------------|-------|---|--------------|------------------|
| | Ethanol 96 % (60 g) [Ce produit ne peut être porté en compte qu'à concurrence de 10 g par module, compte non tenu de l'éthanol contenu dans les produits inscrits au chapitre III ou dans les formules des éditions en vigueur de la Pharmacopée belge, de la pharmacopée européenne et du Formulaire thérapeutique magistral] (Fraver) (VWR) (Certa) | 1 | 0,0424 | | Ethanol 96 %v/v (60 g) [Dit product mag slechts worden aangerekend tot een hoeveelheid van 10 g per module zonder rekening te houden met de ethanol vervat in de producten ingeschreven in hoofdstuk III of in de formules van de geldende uitgaven van de Belgische farmacopee, van de Europese farmacopee en van het Therapeutisch Magistraal Formularium] (Fraver) (VWR) (Certa) | 1 | 0,0424 |

3° Dans le chapitre V est inséré entre l'excipient « Titane dioxyde (Certa) - 1 - 0,0570 » et l'excipient « Triglycérides à chaîne moyenne (= Miglyol 812) (Certa) - 1 - 0,0471 », l'excipient suivant :

3° In hoofdstuk V wordt tussen de hulpstof « Tragacantpoeder (25 g) (Certa) - 1 - 0,1487 » en de hulpstof « Trometamol (Certa) - 1 - 0,4381 » de volgende hulpstof ingevoegd :

| Signe | Nom | Quantité* | Base de remboursement | Teken | Naam | Hoeveelheid* | Vergoedingsbasis |
|-------|-------------------------|-----------|-----------------------|-------|-------------------------|--------------|------------------|
| | Triéthanolamine (Certa) | 1 | 0,0576 | | Triethanolamine (Certa) | 1 | 0,0576 |

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du mois suivant l'expiration d'un délai de dix jours prenant cours le jour suivant sa publication au *Moniteur belge*.

Art. 3. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 20 juillet 2007.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
R. DEMOTTE

Art. 2. Dit besluit treedt in werking de eerste dag van de maand die volgt op het verstrijken van een termijn van tien dagen die ingaat de dag na de bekendmaking ervan in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 3. Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 20 juli 2007.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
R. DEMOTTE

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2007 — 3486

[C - 2007/23223]

20 JUILLET 2007. — Arrêté royal modifiant l'article 12 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

ALBERT II, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 35, § 1^{er}, modifié par les lois des 20 décembre 1995, 22 février 1998, 24 décembre 1999, 10 août 2001, 22 août 2002, 5 août 2003, 22 décembre 2003, 9 juillet 2004, 27 avril 2005, 27 décembre 2005, 13 décembre 2006 et 27 décembre 2006, et § 2, modifié par les lois des 20 décembre 1995 et 10 août 2001, et par l'arrêté royal du 25 avril 1997;

Vu 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, notamment l'article 12, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 30 juin 1986, 22 janvier 1991, 7 août 1995, 10 juillet 1996, 18 février 1997, 29 avril 1999, 27 février 2002, 26 mars 2003, 27 mars 2003, 22 avril 2003, 15 mai 2003, 2 juin 2003, 7 décembre 2005 et 7 juin 2007;

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2007 — 3486

[C - 2007/23223]

20 JULI 2007. — Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 12 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

ALBERT II, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 35, § 1, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 22 februari 1998, 24 december 1999, 10 augustus 2001, 22 augustus 2002, 5 augustus 2003, 22 december 2003, 9 juli 2004, 27 april 2005, 27 december 2005, 13 december 2006 en 27 december 2006, en § 2, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995 en 10 augustus 2001, en bij het koninklijk besluit van 25 april 1997;

Gelet op de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, inzonderheid op het artikel 12, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 30 juni 1986, 22 januari 1991, 7 augustus 1995, 10 juli 1996, 18 februari 1997, 29 april 1999, 27 februari 2002, 26 maart 2003, 27 maart 2003, 22 april 2003, 15 mei 2003, 2 juni 2003, 7 december 2005 en 7 juni 2007;

Vu les propositions du Conseil technique médical formulées au cours de ses réunions des 18 janvier 2005, 6 décembre 2005 et 13 février 2007;

Vu les avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donnés les 18 janvier 2005, 6 décembre 2005 et 13 février 2007;

Vu les décisions de la Commission nationale médico-mutualiste des 12 décembre 2005 et 11 décembre 2006;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 18 janvier 2006;

Vu les décisions du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité des 9 et 23 janvier 2006 et 16 avril 2007;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 11 avril 2006;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 29 mai 2006;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1^{er}, remplacé par la loi du 4 juillet 1989 et modifié par la loi du 4 août 1996;

Vu l'urgence motivée par le fait qu'une erreur dans l'énumération des prestations donnant droit à une intervention de l'assurance pour certaines autres prestations à la suite de l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 7 juin 2007 modifiant les articles 1^{er}, 3, 11, 12, 14, b), 15 et 17^{ter} 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 a créé une situation d'insécurité juridique pour les assurés à laquelle il convient de mettre fin au plus vite;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A l'article 12 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, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 30 juin 1986, 22 janvier 1991, 7 août 1995, 10 juillet 1996, 18 février 1997, 29 avril 1999, 27 février 2002, 26 mars 2003, 27 mars 2003, 22 avril 2003, 15 mai 2003, 2 juin 2003, 7 décembre 2005 et 7 juin 2007, sont apportées les modifications suivantes :

1° Le § 1^{er}, e), est modifié comme suit :

— La prestation 202532 – 202543 est remplacée comme suit :

« Traitement percutané par radiofréquence du ganglion dorsal lombaire ou sacré, avec utilisation de l'amplificateur de brillance,

1^{er} 202532-202543 niveau nerveux, attestable au maximum deux fois par an K90 »;

— La prestation 202591 – 202602 est remplacée comme suit :

« Traitement percutané par radiofréquence du ganglion cervico-dorsal, avec utilisation de l'amplificateur de brillance,

202591 – 202602

1^{er} niveau nerveux, attestable au maximum deux fois par an K120 »;

— La prestation 202650 – 202661 est remplacée comme suit :

« Traitement percutané par radiofréquence du ganglion thoraco-dorsal, avec utilisation de l'amplificateur de brillance,

202650 – 202661

1^{er} niveau nerveux, attestable au maximum deux fois par an K90 »;

Gelet op de voorstellen van de Technische geneeskundige raad, gedaan tijdens zijn vergaderingen van 18 januari 2005, 6 december 2005 en 13 februari 2007;

Gelet op de adviezen van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 18 januari 2005, 6 december 2005 en 13 februari 2007;

Gelet op de beslissingen van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen van 12 december 2005 en 11 december 2006;

Gelet op het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole, gegeven op 18 januari 2006;

Gelet op de beslissingen van het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 9 en 23 januari 2006 en 16 april 2007;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 11 april 2006;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting van 29 mei 2006;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, vervangen bij de wet van 4 juli 1989 en gewijzigd bij de wet van 4 augustus 1996;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid, gemotiveerd door het feit dat een fout in de opsomming van de verstrekkingen recht gevend op een verzekeringstegemoetkoming voor andere verstrekkingen sinds de inwerkingtreding van het koninklijk besluit van 7 juni 2007 tot wijziging van de artikelen 1, 3, 11, 12, 14, b), 15 en 17^{ter} van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, voor de verzekerden een toestand van rechtsonzekerheid hebben geschapen, die dringend dient beëindigd te worden;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 12 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, 30 januari 1986, 30 juni 1986, 22 januari 1991, 7 augustus 1995, 10 juli 1996, 18 februari 1997, 29 april 1999, 27 februari 2002, 26 maart 2003, 27 maart 2003, 22 april 2003, 15 mei 2003, 2 juni 2003, 7 december 2005 en 7 juni 2007 worden de volgende bepalingen vervangen :

1° § 1, e), wordt gewijzigd als volgt :

— De verstrekking 202532 – 202543 wordt vervangen als volgt :

« Percutane radiofrequente behandeling van het lumbaal of sacraal dorsaal ganglion, met gebruik van beeldversterker,

1^{ste} 202532-202543 zenuwniveau, aanrekenbaar maximaal tweemaal per jaar K90 »;

— De verstrekking 202591 – 202602 wordt vervangen als volgt :

« Percutane radiofrequente behandeling van het cervicaal dorsaal ganglion, met gebruik beeldversterker,

202591 – 202602

1^{ste} zenuwniveau, aanrekenbaar maximaal tweemaal per jaar K120 »;

— De verstrekking 202650 – 202661 wordt vervangen als volgt :

« Percutane radiofrequente behandeling van het thoracaal dorsaal, met gebruik van beeldversterker,

202650 – 202661

1^{ste} zenuwniveau, aanrekenbaar maximaal tweemaal per jaar K 90 »;

2° Le § 4, a), alinéa 3, est remplacé par la disposition suivante :

« L'intervention de l'assurance pour les prestations 202451 – 202462, 202473 – 202484, 202495 – 202506, 202532 – 202543, 202554 – 202565, 202591 – 202602, 202613 – 202624, 202650 – 202661, 202672 – 202683 et 202753 – 202764 n'intervient que si le patient a subi au moins une fois, au cours du mois précédent, un blocage diagnostic sélectif figurant sous les numéros de prestations respectifs 202436 – 202440, 202510 – 202521, 202576 – 202580, 202635 – 202646 et 202731 – 202742. ».

3° Au § 5, les chiffres « 202214 » sont remplacés par les chiffres « 202414 ».

Art. 2. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} juillet 2007.

Art. 3. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 20 juillet 2007;

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
R. DEMOTTE

2° § 4, a), derde lid, wordt de volgende bepaling vervangen :

« De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekkingen 202451 – 202462, 202473 – 202484, 202495 – 202506, 202532 – 202543, 202554 – 202565, 202591 – 202602, 202613 – 202624, 202650 – 202661, 202672 – 202683 en 202753 – 202764 is slechts verschuldigd indien de patiënt in de voorafgaande maand minstens éénmaal een selectieve diagnostische blokkade gehad heeft vermeld onder de respectievelijke prestatienummers 202436 – 202440, 202510 – 202521, 202576 – 202580, 202635 – 202646 en 202731 – 202742. ».

3° In § 5, de cijfers « 202214 » vervangen door de cijfers « 202414 ».

Art. 2. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 juli 2007.

Art. 3. Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 20 juli 2007.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
R. DEMOTTE

**SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE**

F. 2007 — 3487

[C – 2007/23210]

20 JUILLET 2007. — Arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de la nutrition parentérale pour des bénéficiaires ambulatoires non hospitalisés

ALBERT II, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 34, 1^{er} alinéa, 19°, remplacé par la loi du 24 décembre 1999, 35, § 1^{er}, modifié par les lois des 20 décembre 1995, 22 février 1998, 24 décembre 1999, 10 août 2001, 22 août 2002, 5 août 2003, 22 décembre 2003, 9 juillet 2004, 27 avril 2005 et 27 décembre 2005, l'article 35, § 2, modifié par les lois des 20 décembre 1995 et 10 août 2001 et par l'arrêté royal du 25 avril 1997, et l'article 37, § 14bis, remplacé par la loi du 24 décembre 1999;

Vu le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 26, § 2;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, donné le 6 mars 2007;

Vu la proposition de la Commission de conventions pharmaciens-organismes assureurs, formulée le 9 mars 2007;

Vu l'avis du Comité de l'Assurance des Soins de Santé, donné le 26 mars 2007;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 28 mars 2007;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, rendu le 26 avril 2007;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 6 juin 2007;

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID**

N. 2007 — 3487

[C – 2007/23210]

20 JULI 2007. — Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van parenterale voeding voor ambulante niet in het ziekenhuis opgenomen rechthebbenden

ALBERT II, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 34, eerste lid, 19°, vervangen bij de wet van 24 december 1999, 35, § 1, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 22 februari 1998, 24 december 1999, 10 augustus 2001, 22 augustus 2002, 5 augustus 2003, 22 december 2003, 9 juli 2004, 27 april 2005 en 27 december 2005, artikel 35, § 2, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995 en 10 augustus 2001 en bij het koninklijk besluit van 25 april 1997, en op artikel 37, § 14bis, vervangen bij de wet van 24 december 1999;

Gelet op de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 26, § 2;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, gegeven op 6 maart 2007;

Gelet op het voorstel van de overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringsinstellingen, geformuleerd op 9 maart 2007;

Gelet op het advies van het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging, gegeven op 26 maart 2007;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 28 maart 2007;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 26 april 2007;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting van 6 juni 2007;

Vu l'avis 43.310/1 du Conseil d'Etat, donné le 10 juillet 2007, en application de l'article 84, § 1^{er}, premier alinéa, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

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

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

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

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

4° « arrêté royal du 21 décembre 2001 », l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques;

5° « arrêté royal du 7 mai 1991 », l'arrêté royal du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

6° « règlement du 28 juillet 2003 », le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 2. L'intervention de l'assurance est accordée pour des bénéficiaires atteints d'une des pathologies suivantes :

A : insuffisance intestinale temporaire ou permanente à la suite de :

1° maladies inflammatoires idiopathiques de l'intestin (maladie de Crohn, colite ulcéreuse) :

a) résistantes aux médicaments et

b) ayant atteint des segments étendus de l'intestin;

2° résections intestinales étendues;

3° troubles graves de la motricité intestinale;

4° malabsorption intestinale très sévère consécutive à :

a) entérite radique;

b) atrophie totale villositaire (maladie coeliaque) ou affections équivalentes;

c) pancréatite chronique dont il est démontré que l'alimentation par voie orale ou la nutrition entérale par sonde est impossible;

d) carcinomatose péritonéale avec occlusion intestinale;

e) lymphomes intestinaux;

5° surinfection du tube digestif chez les bénéficiaires atteints du « syndrome d'immunodéficience acquise »;

6° diarrhée rebelle de l'enfant, d'origine congénitale ou acquise;

7° ascite chyleuse rebelle.

B : la mise au repos intestinale pour motif thérapeutique pour des fistules, complication d'une des affections citées sous A.

C : malnutrition protéo-calorique démontrée par :

a) soit une diminution du poids corporel (poids sec après hémodialyse) égale à 10 p.c. ou plus au cours des 12 derniers mois;

b) soit un taux de pré-albumine inférieur à 0,3 g/L;

chez des bénéficiaires hémodialysés pour lesquels il est démontré que la prescription de dialyse est adéquate par une des méthodes d'évaluation du Kt/V qui doit être au minimum égal à 0,9.

Gelet op advies 43.310/1 van de Raad van State, gegeven op 10 juli 2007, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan onder :

1° « verzekering », de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

2° « RIZIV », het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

3° « rechthebbende », de ambulante rechthebbende niet opgenomen in het ziekenhuis;

4° « koninklijk besluit van 21 december 2001 », het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten;

5° « koninklijk besluit van 7 mei 1991 », het koninklijk besluit van 7 mei 1991 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare farmaceutische verstrekkingen;

6° « verordening van 28 juli 2003 », de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Art. 2. De verzekeringstegemoetkoming wordt toegestaan voor de rechthebbenden die lijden aan één van de volgende pathologieën :

A : tijdelijke of blijvende intestinale insufficiëntie ten gevolge van :

1° idiopathische inflammatoire intestinale ziekten (ziekte van Crohn, colitis ulcerosa) :

a) die geneesmiddelenresistent zijn en

b) uitgebreide segmenten van de darm hebben aangetast;

2° uitgebreide intestinale resecties;

3° ernstige stoornissen van de intestinale motoriek;

4° zeer ernstige intestinale malabsorptie ten gevolge van :

a) radio-enteritis;

b) totale darmvlokkenatrofie (coeliakie) of equivalente aandoeningen;

c) chronische pancreatitis waarvan wordt aangetoond dat orale of maagsondevoeding onmogelijk is;

d) peritoneale carcinomatose met intestinale occlusie;

e) intestinale lymfomen;

5° surinfectie van het spijsverteringskanaal bij rechthebbenden die lijden aan « acquired immune deficiency syndrome »;

6° aanhoudende diarree bij kinderen, aangeboren of verworven;

7° weerstandige chyleuze ascites.

B : het intestinaal inactiveren om therapeutische motieven wegens fistels als verwikkeling bij één van de sub A opgesomde aandoeningen.

C : proteo-calorische malnutritie die wordt aangetoond door :

a) ofwel een verlaging van het lichaamsgewicht (droog gewicht na hemodialyse) gelijk aan 10 pct. of meer tijdens de laatste 12 maanden;

b) ofwel een pre-albuminegehalte lager dan 0,3 g/L;

bij gehemodialyseerde rechthebbenden voor wie is aangetoond dat het dialysevoorschrift adequaat is door een van de evaluatiemethoden van de Kt/V die minimum gelijk aan 0,9 moet zijn.