

# Demande de remboursement Nutrilon Pepti Syneo® et Nutrilon Pepti MCT

**Che(è)r(e) collègue médecin-conseil,**

Le/la soussigné(e) demande le remboursement en **catégorie C** pour son patient:

Nom:	Prénom:
Adresse:	
Date de naissance:	NISS:

Il/Elle déclare que toutes les conditions de la réglementation concernée sont remplies et conserve un rapport médical motivé dans le dossier médical du bénéficiaire.

Au renouvellement: rapport médical joint

**PRODUIT PRESCRIT:\***

- Nutrilon Pepti Syneo®  
 Nutrilon Pepti MCT

**INDICATION:\***

**1. Allergies aux protéines de lait de vache IgE-médiée**

- Anaphylaxie clinique légère (< grade 2)**  
 première période de 6 mois avec démarrage le.....  
 prolongation de 6 mois à compter du.....
- Anaphylaxie clinique modérée à sévère (≥ grade 2)**  
 première période de 12 mois avec démarrage le.....  
 prolongation de 6 mois à compter du.....

**2. Allergies aux protéines du lait de vache non médiées par les IgE**

- Proctocolite allergique du nourrisson:**  
 période de début de 4 mois.....
- Syndrome d'entéocolite induite par les protéines alimentaires (SEIPA) aiguë**  
 première période de 12 mois avec démarrage le.....  
 prolongation de 6 mois à compter du.....
- Syndrome d'entéocolite induite par les protéines alimentaires (SEIPA) chronique**  
 première période de 12 mois avec démarrage le.....  
 prolongation de 6 mois à compter du.....
- Reflux gastro-œsophagien (RGE)**  
 première période de 6 mois avec démarrage le.....  
 prolongation de 6 mois à compter du.....

- Dermatite atopique**  
 première période de 6 mois avec démarrage le.....  
 prolongation de 6 mois à compter du.....
- Maladies à éosinophiles**  
 première période de 12 mois avec démarrage le.....  
 prolongation de 6 mois à compter du.....

- Entéropathie chronique avec retard de croissance**  
 première période de 6 mois avec démarrage le.....  
 prolongation de 6 mois à compter du.....

- 3. Syndrome d'intestin grêle court**  
 première période de 6 mois avec démarrage le.....  
 prolongation de 6 mois à compter du.....

- 4. Entéropathie objectivée consécutive à une dysplasie épithéliale ou une atrophie villositaire**  
 première période de 6 mois avec démarrage le.....  
 prolongation de 6 mois à compter du.....

- 5. Galactosémie**  
 Date de début:...../ Date de fin:.....

**IDENTIFICATION DU PÉDIATRE/MÉDECIN SPÉCIALISTE EN GASTRO-ENTÉROLOGIE**

Nom:	Prénom:
Numéro-INAMI:	Date:

**CORDIALEMENT,**

Signature:	Date et cachet:
------------	-----------------

\*cocher les cases pertinentes s.v.p.

**Partie 1, Titre 2, Chapitre 1) de la liste de la nutrition médicale remboursable annexée à l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des aliments diététiques à des fins médicales spéciales.**

§ 30100. Formules à base des hydrolysats extensifs (eHF):  
L'alimentation médicale suivante fait l'objet d'un remboursement en catégorie C, si elle est prescrite chez les bénéficiaires qui souffrent d'une des manifestations suivantes de l'allergie aux protéines de lait de vache, dont le diagnostic a été confirmé par un test approprié tel que repris dans ces conditions de remboursement et pour la durée spécifiée ci-dessous pour chacune des indications:

**a)** (1) Allergies aux protéines de lait de vache IgE-médiée (survenant peu après l'ingestion de protéines du lait (< 2 heures)) et dont le diagnostic a été confirmé par un dosage d'IgE spécifiques au lait de vache > 0.7 U/ml (class 2), et/ou un dosage d'IgE spécifiques de la caséine > 0.7 U/ml (class 2), et/ou par un prick-test positif au lait de vache supérieur au contrôle de l'histamine:

- pendant 6 mois, en cas d'anaphylaxie clinique légère (< grade 2);
- pendant 12 mois, en cas d'anaphylaxie clinique modérée à sévère (≥ grade 2).

(2) Allergies aux protéines de lait de vache non IgE médiées dont le diagnostic a été confirmé par un test approprié comme mentionné ci-dessous:

- pendant 4 mois, en cas de la proctocolite allergique du nourrisson quand il y a une réponse favorable au régime comprenant uniquement un eHF;
- pendant 12 mois, en cas de syndrome d'entérocolite induite par les protéines alimentaires (SEIPA) aigüe, après une réponse favorable sous eHF;
- pendant 12 mois, en cas de syndrome d'entérocolite induite par les protéines alimentaires (SEIPA) chronique, après une réponse favorable sous eHF;
- pendant 6 mois, en cas de reflux gastrooesophagien (RGE), après une réponse favorable sous eHF;
- pendant 6 mois, en cas de dermatite atopique, après une réponse favorable sous eHF;
- pendant 12 mois, en cas de maladies à éosinophiles dont le diagnostic a été confirmé par endoscopie;
- pendant 6 mois, en cas d'entéropathie chronique avec retard de croissance dont le diagnostic a été confirmé par endoscopie.

(3) Pendant 6 mois, en cas d'une affection sévère suite à un intestin grêle court (pendant le sevrage de la nutrition parentérale (TPN) afin d'installer une nutrition entérale et/ou une utilisation orale du produit repris ci-dessous). Le diagnostic chirurgical a été posé par un pédiatre ou un médecin spécialiste en gastroentérologie ayant une expérience spécifique dans ce domaine.

(4) Pendant 6 mois, en cas d'entéropathie objectivée consécutive à une dysplasie épithéliale ou une atrophie villositaire chez un patient en nutrition parentérale (pendant le sevrage de la nutrition parentérale (TPN) afin d'installer une nutrition entérale et/ou une utilisation orale du produit repris ci-dessous) dont le diagnostic endoscopique a été posé par pédiatre ou médecin spécialiste en gastro-entérologie ayant une expérience spécifique dans ce domaine.

(5) Jusqu'à l'âge de 2 ans, en cas de galactosémie.

**b)** L'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en catégorie C, est calculée sur base de la base de

remboursement 'en officines ouvertes au public' ne pouvant pas dépasser 24,0000 euros par conditionnement. Hormis l'intervention personnelle du bénéficiaire, aucun coût supplémentaire ne peut être facturé.

**c)** Le pédiatre prescripteur précise dans la demande de remboursement envoyé au médecin-conseil, la durée pour laquelle le remboursement est demandé en fonction du diagnostic établi et en référence aux durées mentionnées ci-haut au point a) pour chacune des indications.

**d)** Pour la première demande de remboursement, le pédiatre ayant posé le diagnostic dans chacune des indications mentionnées au point A) envoie le formulaire de demande conforme au modèle C12) repris en annexe au présent arrêté au médecin conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire.

Le pédiatre ayant posé le diagnostic établi en plus, un rapport médical motivé comportant des données qui confirment le diagnostic. Ce rapport est accompagné des protocoles et des résultats des examens réalisés le cas échéant. Ce rapport est conservé dans le dossier médical du bénéficiaire et peut être mis à disposition du médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire sur simple demande.

**e)** Sur base de ce(s) document(s) le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous A31 de la partie III de la liste et dont la durée de validité est limitée à la durée demandée par le prescripteur et qui est conforme aux différentes périodes listées au point a) pour chacune des indications.

**f)** Pour toutes les indications, à l'exception de la proctocolite allergique et de la galactosémie, l'autorisation peut être prolongée pour une nouvelle période de 6 mois maximum sur base, du rapport médical rédigé par le pédiatre qui documente l'évolution de la maladie.

- En cas d'allergie aux protéines de lait de vache (point a) 1)) IgE médiée, une absence de diminution de plus de 50 % aux tests spécifiques doit être documentée au préalable.
- En cas d'allergie aux protéines de lait de vache (point a) 2)) non IgE médiée, un échec au test de provocation (food challenge test) doit être documenté au préalable; excepté pour la maladie à éosinophiles et l'entéropathie chronique avec retard de croissance pour lesquelles les preuves endoscopiques de lésions persistantes doivent être objectivées.

**g)** Le pharmacien dispensateur, applique le système du tiers payant sur présentation d'une ordonnance et de l'autorisation du médecin-conseil.

Code	Dénomination et conditionnements	Prix	Base de remboursement	I	II
4238-671	NUTRILON PEPTI SYNEO* (Nutricia Belgique) 400 g	21,99	21,99	11,00	11,00
7002-702	* 1 x 400 g	20,69	20,69		
7002-702	** 1 x 400 g	16,99	16,99		
3697-596	NUTRILON PEPTI MCT (Nutricia Belgique) 450 g	22,90	22,90	11,45	11,45
7002-710	* 1 x 450 g	21,55	21,55		
7002-710	** 1 x 450 g	17,70	17,70		

I = Part des bénéficiaires visés à l'article 37, § 1 et § 19, de la loi coordonnée par l'arrêté royal du 14/07/94 qui ont droit à une intervention majorée de l'assurance.

II = Part des autres bénéficiaires.