

I.N.A.M.I.

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

Soins de Santé

Circulaire OA n° 2009/212 du 29 mai 2009

370/1348

En vigueur à partir du 1 juin 2009

Nouvelles prestations de rééducation fonctionnelle remboursables suite à l'entrée en vigueur des trajets de soins pour certains patients atteints d'une insuffisance rénale chronique : application du projet d'arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation

Le 1er juin 2009, la réglementation relative aux trajets de soins entre en vigueur pour certains groupes de patients qui souffrent d'une **insuffisance rénale chronique** et qui ont conclu un contrat trajet de soins (cf. article 5 § 1^{er} de l'arrêté royal du 21/01/2009).

Dans ce cadre, certaines prestations de rééducation fonctionnelle qui sont reprises de la la nomenclature des prestations de rééducation fonctionnelle sont remboursables pour ces patients à partir du 1^{er} juin 2009.

- Prestations diététiques – Pseudocode 794010

Définition :

Il s'agit d'une évaluation 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 d'une durée minimum de 30 minutes.

Conditions de remboursement :

Cette prestation peut être portée en compte aux organismes assureurs si elle a été 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.

L'intervention de l'assurance dans les prestations diététiques est normalement limitée à **2** prestations par année calendrier pour les patients ayant conclu un contrat trajet de

soins souffrant d'une insuffisance rénale chronique. Cependant, pour les patients ayant conclu un contrat trajet de soins souffrant d'une insuffisance rénale chronique qui se trouvent dans le **stade 4**, l'intervention de l'assurance peut aller jusque **3** prestations par année calendrier. Pour ceux qui se trouvent dans le **stade 5**, l'intervention de l'assurance peut aller jusque **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.

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.

Cette prestation n'entre en ligne de compte pour une intervention de l'assurance que si elle a été dispensée par un diététicien agréé à cet effet par le Service des soins de santé de l'INAMI. Tous les diététiciens qui sont déjà agréés et qui peuvent déjà réaliser la prestation 7710131 peuvent également dispenser la prestation 794010.

Honoraires :

Les honoraires pour la nouvelle prestation 794010 s'élèvent à 17,76 EUR. L'intervention de l'assurance dans ces honoraires s'élève à 15,99 EUR pour les bénéficiaires avec régime préférentiel et à 13,32 EUR pour les bénéficiaires sans régime préférentiel. Ces montants sont identiques aux montants qui sont d'application depuis le 1er janvier 2009 pour la prestation 771131 qui existe déjà actuellement (*la prestation 771131 - évaluation et/ou intervention diététique individuelle d'une durée minimum de 30 minutes - qui était jusqu'à présent la seule prestation qui pouvait être attestée par les diététiciens agréés, reste maintenue et peut toujours être attestée à partir du 1er juin 2009 aux bénéficiaires détenteurs d'un passeport du diabète. Par patient et par année calendrier, le total de l'ensemble des prestations 794010 et 771131 s'élève normalement à deux, sauf pour les patients mentionnés ci-dessus ayant conclu un contrat trajet de soins et souffrant d'une insuffisance rénale chronique qui se trouvent dans le stade 4 ou 5, pour lesquels le total des prestations diététiques s'élève à respectivement 3 ou 4*).

- Tensiomètre validé – Pseudocode 794172

Bénéficiaires visés :

Les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique qui ont conclu un contrat trajet de soins qui est encore valable.

Conditions de remboursement :

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 de l'arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation 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 de l'arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation ou dans une pharmacie.

Le tensiomètre remboursable dans le cadre de l'arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation ne peut l'être que s'il a été délivré par un fournisseur agréé à cet effet par le Service des soins de santé de l'INAMI. C'est le Service des soins de santé qui dresse la liste des fournisseurs agréés dans ce contexte. A ce moment, aucun fournisseur n'étant agréé, il n'existe pas encore de liste des fournisseurs agréés. Lorsque nous disposerons d'une telle liste, elle sera portée à la connaissance des organismes assureurs via une prochaine circulaire OA.

Honoraires :

L'intervention de l'assurance pour cette prestation a été fixée à 75 € TVA comprise.

Remarque :

Le tensiomètre peut également être délivré par une pharmacie dans le cadre d'une réglementation spécifique relative aux pharmaciens et au moyen d'un pseudocode spécifique. Dans le cadre de la nomenclature des prestations de rééducation fonctionnelle, la prestation 794172 ne vise pas les pharmacies (qui ne peuvent donc pas porter en compte cette prestation) mais uniquement les autres fournisseurs agréés par le Service des soins de santé de l'INAMI.

À titre d'information, nous joignons en annexe à la présente circulaire le projet d'arrêté royal qui règle entre autres les dispositions relatives à certains patients atteints d'une insuffisance rénale chronique et dont les dispositions entrent en vigueur le 1^{er} juin 2009, même s'il n'est publié qu'à une date ultérieure. Etant donné que (en vertu d'une autre réglementation) les patients diabétiques ne pourront jamais conclure un contrat trajet de soins en ce moment, les dispositions de l'arrêté royal relatives aux patients diabétiques ayant conclu un contrat trajet de soins, ne seront pas d'application dans les mois suivants, bien que l'A.R. entre en vigueur le 1^{er} juin 2009.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. De Ridder
Directeur général.

Annexes :

[projet d'arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 10 janvier 1991](#)