

I.N.A.M.I.

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

Soins de Santé

Circulaire OA n° 2009/350 du 1 septembre 2009

370/1367

En vigueur à partir du 1 septembre 2009

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

La circulaire OA n° 2009/212 du 29 mai 2009, rubrique 370/1348 donne un aperçu des nouvelles prestations remboursables (à partir du 1^{er} juin 2009) suite à l'entrée en vigueur des trajets de soins pour les patients atteints d'une **insuffisance rénale chronique**.

La présente circulaire donne quant à elle un aperçu des nouvelles prestations remboursables suite à l'entrée en vigueur des trajets de soins **pour certains patients diabétiques**.

Dans ce cadre, à partir du 1^{er} septembre 2009, certaines prestations de rééducation fonctionnelle qui sont reprises dans la nomenclature des prestations de rééducation sont remboursables, sous certaines conditions, pour les patients concernés.

Vous trouverez ci-après un bref aperçu de ces nouvelles prestations par rapport auxquelles des explications sont données dans la suite du document :

Prestations remboursables	Pseudocode	Prix	Tiers payant possible
1. Prestation de diététique et podologie			
1.1. Diététique	794010	17,76 €	NON
1.2. Podologie	794032	26,64 €	NON
2. Prestation d'éducation			
2.1. Education de départ	794054	20 €	OUI
2.2. Education de suivi	794076	20 €	OUI
2.3. Supplément d'éducation en cas de complications	794091	20 €	OUI
3. Prestation matériel pour les patients qui ont conclu un contrat trajet de soins			
3.1. Matériel consommable	794113	83,83 €	OUI
3.2. Matériel durable - Première prescription	794135	28 €	OUI

3.3. Matériel durable - Prescription de renouvellement	794150	28 €	OUI
4. Prestation matériel dans le cadre du programme de contrôle restreint de la glycémie pour les patients qui n'ont pas conclu de contrat trajet des soins			
4.1. Matériel consommable	794194	61,67 €	OUI
4.2. Matériel durable - Première prescription	794216	28 €	OUI
4.3. Matériel durable - Prescription de renouvellement	794231	28 €	OUI

1. Prestation de diététique et de podologie

1.1. Prestation de diététique – Pseudocode : 794010

- La prestation de diététique qui existait déjà auparavant dans la nomenclature des prestations de rééducation (portant le pseudocode 771131) était la seule prestation qui, pour les patients diabétiques, pouvait être attestée par les diététiciens reconnus. Cette prestation reste maintenue. Cependant, elle ne peut plus être attestée à partir du 1^{er} septembre 2009 qu'aux bénéficiaires qui n'ont pas signé de contrat de trajet de soins mais qui sont néanmoins détenteurs d'un passeport du diabète.
- Pour les patients ayant conclu un contrat de trajet de soins diabète, seule la nouvelle prestation (anologue) 794010 (évaluation et/ou intervention diététique individuelle d'une durée minimum de 30 minutes) peut être attestée à partir du 1^{er} septembre 2009, que ces patients soient détenteurs d'un passeport du diabète ou non. Cette prestation 794010 ne peut être prescrite que par le médecin généraliste qui a signé le contrat de trajet de soins (ou par un autre médecin généraliste qui a accès au dossier médical global du bénéficiaire). La prescription mentionne qu'il s'agit d'une prescription dans le cadre des trajets de soins. Cette prestation 794010 peut déjà, depuis le 1^{er} juin 2009, être dispensée aux patients souffrant d'une insuffisance rénale chronique ayant conclu un contrat trajet de soins.
- Pour les patients diabétiques, le nombre de prestations diététiques remboursable par patient reste limité (pour l'ensemble des prestations 771131 et 794010) à un total de **2 prestations par année calendrier** (le précédent libellé vague « par année » est remplacé par « par année calendrier »). Ces prestations peuvent être réalisées le même jour.
- 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 1^{er} janvier 2009 pour la prestation 771131.
- Aucune intervention de l'assurance n'est due pendant une hospitalisation ;
- Les prestations de diététiques doivent être dispensées par des diététiciens agréés auprès du Service des soins de santé de l'INAMI. Les diététiciens qui ont déjà obtenus leur agrément antérieurement auprès du Service peuvent également dispenser la prestation 794010, sans agrément complémentaire.

1.2. Prestation de podologie – Pseudocode : 794032

- La prestation de podologie qui existait déjà auparavant dans la nomenclature des prestations de rééducation (portant le pseudocode 771153) était jusqu'au 1^{er} septembre 2009 la seule prestation qui pouvait être attestée par les

podologues agréés. Cette prestation reste maintenue. Cependant, cette prestation de podologie ne peut encore être attestée à partir du 1^{er} septembre 2009 que pour les bénéficiaires qui n'ont pas signé de contrat de trajet de soins mais qui sont néanmoins détenteurs d'un passeport du diabète.

- Pour les patients qui ont conclu un contrat de trajet de soins diabète, seule la nouvelle prestation (anologue) 794032 (examen podologique individuel ou traitement podologique d'une durée minimum de 45 minutes) peut être attestée à partir du 1^{er} septembre 2009, que ces patients soient détenteurs d'un passeport du diabète ou non. Cette prestation 794032 ne peut être prescrite que par le médecin généraliste qui a signé le contrat de trajet de soins (ou par un autre médecin généraliste qui a accès au dossier médical global du bénéficiaire). La prescription mentionne qu'il s'agit d'une prescription dans le cadre des trajets de soins.
- Les honoraires pour la nouvelle prestation 794032 s'élèvent à 26,64 EUR. L'intervention de l'assurance dans ces honoraires s'élève à 23,98 EUR pour les bénéficiaires avec régime préférentiel et à 19,98 EUR pour les bénéficiaires sans régime préférentiel. Ces montants sont identiques aux montants qui sont d'application depuis le 1^{er} janvier 2009 pour la prestation 771153.
- Le nombre de prestations de podologie remboursables par patient (pour l'ensemble des prestations 771153 et 794032) reste limité au total à deux prestations par année calendrier (le précédent libellé vague « par année » est remplacé par « par année calendrier »). Ces prestations ne peuvent avoir lieu le même jour.
- Les indications pour les prestations de podologie sont étendues. En vertu de la nouvelle réglementation, l'assurance interviendra dans les prestations de podologie pour les bénéficiaires souffrant de diabète et appartenant à un des groupes à risque suivants :
 - groupe 1 (perte de sensibilité au niveau du pied dépistée sur base d'un monofilament 10g)
 - 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 2 b (anomalies orthopédiques plus prononcées)
 - groupe 3 (troubles vasculaires ou plaies aux pieds ou amputation antérieures ou Charcot).
- Aucune intervention de l'assurance n'est due pendant une hospitalisation ;
- Les prestations de podologie doivent être dispensées par des podologues agréés auprès du Service des soins de santé de l'INAMI. Les podologues qui ont déjà obtenus leur agrément antérieurement auprès du Service peuvent également dispenser la prestation 794032, sans agrément complémentaire.

2. Prestations d'éducation

Les bénéficiaires qui sont visés par ces prestations d'éducation sont les bénéficiaires souffrant d'un diabète de type 2 qui ont conclu un contrat trajet de soins qui est encore valable.

Dans le cadre de la nomenclature des prestations de rééducation fonctionnelle, les prestations d'éducation au diabète peuvent être dispensées par des éducateurs en diabétologie agréés à cet effet par le Service des soins de santé de l'INAMI. Par ailleurs, des prestations d'éducation au diabète semblables peuvent être dispensées par des praticiens de l'art infirmier ayant un numéro spécifique d'enregistrement en tant qu'éducateur en diabétologie (d'autres circulaires OA traitent cette matière). Ces

praticiens de l'art infirmier ne peuvent jamais utiliser les pseudocodes mentionnés dans la présente circulaire.

2.1. Prestation d'éducation de départ (session de 30 minutes) – Pseudocode 794054

Cette prestation est l'équivalent de la prestation 423813 qui peut être attestée par les praticiens de l'art infirmier ayant un numéro spécifique d'enregistrement en tant qu'éducateur en diabétologie.

2.1.1. Bénéficiaires

- Un bénéficiaire qui entame le programme d'autogestion diabétique dans lequel un contrôle régulier de la glycémie est prévu (en moyenne 25 mesures par mois) ;
- ou un bénéficiaire qui, avant d'avoir signé un contrat trajet de soins, a suivi un programme de contrôle restreint de la glycémie (cf. infra - point 4) 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.

2.1.2. Nombre de prestations remboursables et conditions de remboursement

- La prestation peut être attestée au maximum **10 fois** par bénéficiaire et ce, pour l'ensemble des prestations 794054 et 423813 ;
- Toutes les prestations doivent être effectuées au plus tard **dans l'année** (365 jours ou 366 jours) **qui suit la première prestation** ;
- 3 prestations au maximum peuvent être effectuées au cours de la **même journée** ;
- La prestation doit être prescrite par le médecin généraliste qui a conclu le contrat trajets de soins (ou par un autre médecin qui a accès au dossier médical global du bénéficiaire concerné). Cette prestation est prescrite globalement pour les 5 premières prestations. Pour les prestations supplémentaires, une nouvelle prescription (qui mentionne le nombre de prestation nécessaire) doit être rédigée.

2.1.3. Cas où les prestations d'éducation de départ ne peuvent jamais être remboursées

Les prestations d'éducation de départ ne peuvent jamais être remboursées dans le cas où :

- le bénéficiaire a déjà bénéficié au moins 5 fois de la prestation 794054 et que la première prestation de ce type a été réalisée depuis plus d'un an ;
- le bénéficiaire a déjà bénéficié au moins 5 fois de la prestation 423813 et que la première prestation de ce type a été réalisée depuis plus d'un an ;
- le patient bénéficie ou a déjà bénéficié d'un programme d'autogestion diabétique (porté en compte sous les pseudocodes suivants : 770033, 770055, 771573, 771595, 773253, 773592, 786015, 786030, 786085 et 786122) 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 ;
- le bénéficiaire a déjà bénéficié d'au moins une des prestations suivantes : 794076, 794091, 423835 ou 423850.

2.2. Prestation d'éducation de suivi (session de 30 minutes) - Pseudocode 794076

Cette prestation est l'équivalent de la prestation 423835 qui peut être attestée par les praticiens de l'art infirmier ayant un numéro spécifique d'enregistrement en tant qu'éducateur en diabétologie.

2.2.1. Bénéficiaires

Les bénéficiaires visés par les prestations d'éducation de suivi sont les bénéficiaires traités à l'insuline ou au moyen d'incrétino-mimétiques qui suivent déjà un programme d'autogestion diabétique dans lequel un contrôle régulier de la glycémie est prévu, dans le cas où la prestation d'éducation de suivi est indiquée afin que le bénéficiaire puisse tenir à jour sa connaissance des principes relatifs à son autogestion.

2.2.2. Nombre de prestations remboursables et conditions de remboursement

- La prestation peut être attestée au maximum **2 fois** par bénéficiaire et par année calendrier et ce, pour l'ensemble des prestations 794076 et 423835 ;
- La prestation doit être prescrite par le médecin généraliste qui a conclu le contrat trajets de soins (ou par un autre médecin qui a accès au dossier médical global du bénéficiaire concerné). La prescription doit mentionner le nombre de prestations nécessaire ;
- La prestation ne peut pas être réalisée dans l'année calendrier durant laquelle la première prestation 794054 (première session de 30 minutes) ou la première prestation 423813.a été réalisée.

2.2.3. Cas où les prestations d'éducation de suivi ne peuvent jamais être remboursées

Les prestations d'éducation de suivi ne peuvent jamais être remboursées :

- dans le cas où le bénéficiaire a déjà bénéficié dans l'année calendrier en cours de 2 prestations 423835 ;
- durant la période où le patient bénéficie dans le cadre de la convention de rééducation en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré d'un programme d'autogestion diabétique (porté en compte sous les pseudocodes suivants : 770033, 770055, 771573, 771595, 773253, 773592, 786015, 786030, 786085 et 786122) comprenant l'éducation au diabète. Pour les patients qui bénéficient de la prestation 786085, l'éducation de suivi peut être dispensée **avant et après** la période d'hospitalisation pendant laquelle la prestation 786085 a été dispensée. Pour les patients qui bénéficient de la prestation 786122, l'éducation de suivi peut être dispensée **après** la période d'hospitalisation pendant laquelle la prestation 786122 a été dispensée dans le cas où le contrat trajet de soins a effectivement été conclu.

2.3. Prestation d'éducation en cas de complication (session de 30 minutes) - Pseudocode 794091

Cette prestation est l'équivalent de la prestation 423850 qui peut être attestée par les praticiens de l'art infirmier ayant un numéro spécifique d'enregistrement en tant qu'éducateur en diabétologie.

2.3.1. Bénéficiaires

Les bénéficiaires visés par les prestations d'éducation en cas de complication sont les bénéficiaires traités à l'insuline ou au moyen d'incrétino-mimétiques qui suivent 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 cette prestation est indiquée.

2.3.2. Nombre de prestations remboursables et conditions de remboursement

- La prestation peut être attestée au maximum **4 fois** par bénéficiaire et par année calendrier et ce, pour l'ensemble des prestations 794091 et 423850 ;
- La prestation doit être prescrite par le médecin généraliste qui a conclu le contrat trajets de soins (ou par un autre médecin qui a accès au dossier médical global du bénéficiaire concerné). La prescription doit mentionner le nombre de prestations nécessaire ;
- La prestation ne peut pas être réalisée dans l'année calendrier durant laquelle la première prestation 794054 (première session de 30 minutes) ou la première prestation 423813 a été réalisée.

2.3.3. Cas où les prestations d'éducation en cas de complication ne peuvent jamais être remboursées

Les prestations d'éducation en cas de complication ne peuvent jamais être remboursées :

- dans le cas où le bénéficiaire a déjà bénéficié dans l'année calendrier en cours de 4 prestations 423850 ;
- durant la période où le patient bénéficie dans le cadre de la convention de rééducation en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré d'un programme d'autogestion diabétique (porté en compte sous les pseudocodes suivants : 770033, 770055, 771573, 771595, 773253, 773592, 786015, 786030, 786085 et 786122) comprenant l'éducation au diabète. Pour les patients qui bénéficient de la prestation 786085, l'éducation en cas de complication peut être dispensée **avant et après** la période d'hospitalisation pendant laquelle la prestation 786085 a été dispensée. Pour les patients qui bénéficient de la prestation 786122, l'éducation en cas de complication peut être dispensée **après** la période d'hospitalisation pendant laquelle la prestation 786122 a été dispensée dans le cas où le contrat trajet de soins a effectivement été conclu.

2.4. Règles d'application communes aux 3 prestations d'éducation

- Les prestations d'éducation au diabète prévues n'entrent en ligne de compte pour une intervention de l'assurance qui si elles ont été dispensées par un éducateur en diabétologie agréé.

Le Service des soins de santé de l'INAMI agrée les éducateurs en diabétologie qui peuvent dispenser des prestations d'éducation dans le cadre de la nomenclature des prestations de rééducation. Il en dresse une liste et leur attribue un numéro d'agrément. Les listes des éducateurs en diabétologie agréés dans ce cadre vous seront envoyées par le biais de circulaires OA distinctes ;

- Les prestations 794076 et 794091 ne peuvent pas être réalisées le même jour ;

- Un bénéficiaire ne peut jamais cumuler les prestations d'éducation au diabète 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. Sont visées, les prestations 423135, 423150, 423172, 423194, 423216, 423231 et 423334 ;
- Le patient ne doit pas payer de quote-part personnelle. Les prix mentionnés dans la présente circulaire (cf. tableau en début de document) sont donc les prix qui doivent être remboursés totalement.

2.5. Modalités de facturation des prestations d'éducation

Les éducateurs en diabétologie agréés peuvent porter en compte les prestations d'éducation dispensées dans le cadre de la nomenclature des prestations de rééducation par le biais **d'une facture**.

Cette facture doit comprendre les éléments suivants :

- données d'identification de l'éducateur en diabétologie :
 - o nom
 - o prénom
 - o adresse
 - o numéro d'agrément
- données d'identification du patient ou vignette de l'organisme assureur :
 - o nom
 - o prénom
 - o adresse
 - o numéro NISS
 - o code CT1/CT2
- données d'identification du médecin prescripteur :
 - o nom
 - o prénom
 - o numéro d'agrément
- date de la prescription
- date de chaque prestation + pseudocode de chaque prestation + montant correspondant
- montant total facturé (la même facture pouvant comprendre plusieurs prestations)

L'éducateur en diabétologie agréé peut facturer les prestations réalisées :

- soit au patient qui peut alors se faire rembourser ultérieurement par son organisme assureur ;
- soit à l'organisme assureur du bénéficiaire concerné (système du tiers payant).

Dans le cas où la facture est adressée à l'organisme assureur, la facture doit également mentionner le n° de compte.

3. Matériel d'autogestion remboursable pour les patients qui ont conclu un contrat trajet de soins

Dans le cadre de la nomenclature des prestations de rééducation fonctionnelle, des prestations relatives au matériel d'autogestion peuvent être prescrites. Ce matériel sera dans ce cadre délivré par un fournisseur de matériel agréé auprès du Service des soins de santé de l'INAMI. Par ailleurs, le même type de matériel peut être délivré par les pharmacies (d'autres circulaires OA traitent ces prestations semblables

remboursables dans un autre cadre). Les pharmaciens ne peuvent jamais utiliser les pseudocodes mentionnés dans la présente circulaire.

3.1. Matériel consommable - Pseudocode 794113

3.1.1. Bénéficiaires

Le matériel consommable peut être remboursé 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.

3.1.2. Conditions de remboursement et de renouvellement

- Le matériel consommable doit être prescrit 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 tigettes 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 tigettes pour le contrôle de la glycémie ;
 - 1 boîte de 100 lancettes.
- Ce matériel consommable couvre une période de **6 mois** ;
- La prestation ne peut être portée en compte que lorsque **tout le matériel** a été délivré pour la période de 6 mois ;
- 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. Pour certains patients, le renouvellement de la prestation n'est possible que dans le cas où le bénéficiaire va suivre ou a suivi des prestations d'éducation au diabète (effectuées par un éducateur en diabétologie ou par un praticien de l'art infirmier ayant un numéro spécifique d'enregistrement en tant qu'éducateur en diabétologie ou réalisées dans le cadre de la convention d'autogestion du diabète). Il appartient au médecin prescripteur de respecter toutes les conditions y afférentes lors de l'établissement de la prescription.

3.1.3. Cas où la prestation 794113 ne peut jamais être prescrite

Le matériel consommable ne peut jamais être prescrit pour un bénéficiaire qui suit, dans le cadre de la convention diabétique, un programme (porté en compte sous les pseudocodes suivants : 770033, 770055, 771573, 771595, 773253, 773592 et 786100) qui couvre également le matériel d'autogestion diabétique. Cette prestation 794113 peut être prescrite pour la période après la date de fin de ce programme dispensé dans le cadre de la convention d'autogestion.

3.2. Matériel durable – Première prescription – Pseudocode 794135

3.2.1. Bénéficiaires

Sont visés les bénéficiaires souffrant de diabète de type 2 qui ont conclu un contrat trajet de soins qui est encore valable.

3.2.2. Conditions de remboursement et de renouvellement

- La prestation 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 dans le cadre des trajets de soins. Si la prescription comprend cette mention, la prescription permet la délivrance de :
 - 1 glucomètre ;
 - 1 porte-lancette.
- La prestation ne peut être portée en compte que lorsque **tout le matériel** a été délivré ;
- La prestation ne peut être prescrite **qu'une seule fois** par bénéficiaire.

3.2.3. Cas où la prestation 794135 ne peut jamais être prescrite

La prestation ne peut jamais être prescrite pour un bénéficiaire qui suit ou qui a suivi dans le cadre de la convention diabétique un programme (porté en compte sous les pseudocodes suivants : 770033, 770055, 771573, 771595, 773253, 773592 et 786100) qui couvre également le matériel d'autogestion diabétique ou pour un bénéficiaire qui a déjà bénéficié de la prestation 794216 (cf. infra) ou de la prestation 794231 (cf. infra).

3.3. Matériel durable – Prescription de renouvellement – Pseudocode 794150

3.3.1. Bénéficiaires

Cette prestation vise les bénéficiaires pour lesquels le matériel durable a déjà été remboursé antérieurement mais doit être remplacé par du nouveau matériel. Sont concernés :

- les patients qui ont déjà bénéficié de la prestation 794135 ;
- les patients qui ont suivis un programme (porté en compte sous les pseudocodes suivants : 770033, 770055, 771573, 771595, 773253, 773592 et 786100) dans le cadre de la convention d'autogestion diabétique qui couvre également le matériel d'autogestion diabétique mais qui ne suivent plus le programme dans le cadre de la convention ;
- les patients qui, avant d'avoir signé un contrat trajet de soins, ont suivis le programme de contrôle restreint de la glycémie et qui ont bénéficié dans ce contexte de la prestation 794216 et/ou de la prestation 794231.

3.3.2. Nombre de prestations remboursables et conditions de remboursement

- La prestation 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 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 à condition qu'il y ait **minimum 3 ans** entre deux prescriptions, sauf pour des raisons médicales ;
- La prestation ne peut être portée en compte que lorsque **tout le matériel** a été délivré.

3.3.3. Cas où la prestation 794150 ne peut jamais être remboursée

La prestation ne peut jamais être prescrite pour un bénéficiaire qui suit dans le cadre de la convention diabétique un programme (porté en compte sous les pseudocodes

suivants : 770033, 770055, 771573, 771595, 773253, 773592 et 786100) qui couvre également le matériel d'autogestion diabétique.

4. Matériel d'autogestion remboursable dans le cadre du programme de contrôle restreint de la glycémie pour les patients qui n'ont pas conclu de contrat trajet de soins

Dans le cadre de la nomenclature des prestations de rééducation fonctionnelle, des prestations relatives au matériel d'autogestion peuvent être prescrites. Ce matériel sera délivré par un fournisseur de matériel agréé auprès du Service des soins de santé de l'INAMI. Par ailleurs, le même type de matériel peut être délivré par les pharmacies (d'autres circulaires OA traitent ces prestations semblables remboursables dans un autre cadre). Les pharmaciens ne peuvent jamais utiliser les pseudocodes mentionnés dans la présente circulaire.

4.1. Matériel consommable – Pseudocode 794194

4.1.1. Bénéficiaires

Cf. point 4.4.

4.1.2. Conditions de remboursement et de renouvellement

- Le matériel consommable doit être prescrit par le médecin généraliste qui tient le dossier médical global du 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 tigettes et de lancettes remboursables **en dehors** du cadre des trajets de soins. Si la prescription comprend cette mention, la prescription permet la délivrance de :
 - 2 boîtes de 50 tigettes pour le contrôle de la glycémie ;
 - 1 boîte de 100 lancettes.
- Ce matériel consommable couvre une période de **12 mois** ;
- Le renouvellement de la prestation est possible moyennant le respect de certaines conditions. Il appartient au médecin prescripteur de vérifier si toutes les conditions sont respectées.

4.2. Matériel durable – Première prescription – Pseudocode 794216

4.2.1. Bénéficiaires

Cf. point 4.4.

4.2.2. Conditions de remboursement et de renouvellement

- Le matériel durable doit être prescrit par le médecin généraliste qui tient le dossier médical global du 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 matériel durable remboursable **en dehors** du cadre des trajets de soins. Si la prescription comprend cette mention, la prescription permet la délivrance de :
 - 1 glucomètre ;
 - 1 porte lancettes.
- Cette prestation ne peut être prescrite **qu'une seule fois** par bénéficiaire.

4.3. Matériel durable – Prescription de renouvellement – Pseudocode 794231

4.3.1. Bénéficiaires

Cf. point 4.4.

4.3.2. Conditions de remboursement et de renouvellement

- La prestation est prescrite par le médecin généraliste qui tient le dossier médical global du bénéficiaire concerné (ou par un autre médecin généraliste qui a accès au dossier médical global du bénéficiaire). La prescription 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 prescription doit clairement mentionner de plus que le matériel prescrit est remboursable **en dehors** du cadre des trajets de soins ;
- La prestation peut être prescrite à **plusieurs reprises** pour un bénéficiaire à condition qu'il y ait **minimum 3 ans** entre deux prescriptions, sauf pour des raisons médicales ;
- Le renouvellement de la prestation est possible moyennant le respect de certaines conditions. Il appartient au médecin prescripteur de vérifier si toutes les conditions sont respectées.

4.4. Règles d'application à toutes les prestations

- Une intervention de l'assurance peut avoir lieu dans les prestations sus-mentionnées dans le cas où toutes les conditions supplémentaires suivantes sont respectées :
 - 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 ;
 - 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.
 - Les prestations ne peuvent être portées en compte que lorsque tout le matériel a été délivré.

5. Règles d'application communes applicables à toutes les prestations relatives au matériel visées aux points 3 et 4 de la présente circulaire

- Le matériel remboursable dans le cadre de 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. Les listes des fournisseurs agréés dans ce cadre vous seront envoyées par le biais de circulaires OA distinctes.
- 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 dont il est question dans la présente circulaire et modifier à tout moment cette liste.

- Le fournisseur de matériel agréé peut porter en compte les prestations matériel prévues dans la nomenclature de rééducation fonctionnelle par le biais d'une facture.

Cette facture doit comprendre les éléments suivants :

- données d'identification du fournisseur de matériel :
 - nom
 - prénom
 - adresse
 - numéro d'agrément
- données d'identification du patient ou vignette de l'organisme assureur
 - nom
 - prénom
 - adresse
 - numéro NISS
 - code CT1/CT2
- données d'identification du médecin prescripteur :
 - nom
 - prénom
 - numéro d'agrément
- date de la prescription
- date de délivrance du matériel + pseudocode de chaque prestation + montant correspondant
- montant total facturé (la même facture pouvant comprendre plusieurs prestations)

Le fournisseur de matériel agréé peut facturer les prestations matériel :

- soit au patient qui peut alors se faire rembourser ultérieurement par son organisme assureur ;
- soit à l'organisme assureur du bénéficiaire concerné (système du tiers payant).

Dans le cas où la facture est adressée à l'organisme assureur, la facture doit également mentionner le n° de compte.

- Le patient ne doit pas payer de quote-part personnelle. Les prix mentionnés dans la présente circulaire (cf. tableau en début de document) sont donc les prix qui doivent être remboursés totalement.

* * *

A titre d'information, nous joignons en annexe de la présente circulaire le projet d'arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation d'application pour les patients trajets de soins souffrant d'insuffisance rénale chronique dès le 1^{er} juin 2009 et d'application pour les patients trajets de soins diabétique dès le 1^{er} septembre 2009 et ce, même si la publication a lieu à une date ultérieure.

La présente circulaire **complète** la circulaire OA n° 2009/212 du 29 mai 2009, rubrique 370/1348.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. De Ridder
Directeur général.

Annexes :

[projet d'arrêté royal](#)