

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT POUR LES FORMULES À BASE D'HYDROLYSATS EXTENSIFS DE PROTÉINES DE LAIT DE VACHE ALTHÉRA® HMO ET ALFARÉ® HMO

(AR du 06.01.2025 [C - 2025/003452], Publication du Journal officiel 19.05.2025)

Cher collègue médecin-conseil,

Le soussigné demande le remboursement (catégorie C) pour son patient :

Nom / Prénom : .....

Adresse : .....

Date de naissance : .....

NISS : .....

Éléments à confirmer par le pédiatre traitant / médecin-spécialiste en gastro-entérologie ayant une expérience spécifique dans ce domaine.

## Produit prescrit : \*

Aliments diététiques à usage médical:

AlthéraHMO®  AlfaréHMO®

## Indication pour la prescription d'un eHF : \*

Indication pour la prescription d'un hydrolysat extensif :

### 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 6 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'entérocolite induite par les protéines alimentaires (SEIPA) aigüe
- première période de 12 mois avec démarrage le .....
- prolongation de 6 mois à compter du .....
- syndrome d'entérocolite induite par les protéines alimentaires (SEIPA) chronique
- première période de 12 mois avec démarrage le .....
- prolongation de 6 mois à compter du .....

Identification du pédiatre traitant / médecin-spécialiste en gastro-entérologie

Nom : .....

Prénom : .....

Signature du pédiatre traitant / médecin-spécialiste en gastro-entérologie

Vignette de mutuelle  
du bénéficiaire

- 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) Short Bowel Syndrome**
- 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 : .....

Numéro INAMI : .....

Date : .....

Cachet :

\*Cochez les cases correspondantes s.v.p.

Le pédiatre/médecin spécialiste soussigné demande une intervention en faveur du bénéficiaire susvisé pour les hydrolysats extensifs. Les conditions mentionnées dans la liste en annexe de l'A.R. du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1er, 5° a), 19°, 20° et 20 bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le dossier du bénéficiaire contient tous les éléments permettant de le justifier à tout moment si nécessaire.

**§ 30100. Formules à base d'hydrolysats extensifs de protéines de lait de vache (eHF)**

a) 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 :

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) aiguë, 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 gastro-œsophagien (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 le pédiatre ou le 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 envoyée 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 établit 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) 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 médiées, un échec au test de provocation (food challenge test) doit être documenté au préalable; excepté pour la maladies 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 prescription et de l'autorisation du médecin-conseil.

Critère	Code	Dénomination et conditionnements	Observation	Prix	Base de remboursement	I	II
		Alfaré-HMO (Nestlé Belgilux)					
C	4352-258	400 g	M	24,0000	24,0000	12,00	12,00
	7002-652	*400 g		24,0000	24,0000		
	7002-652	**400 g		21,8900	21,8900		
		Althéra-HMO (Nestlé Belgilux)					
C	4352-266	400 g	M	24,0000	24,0000	12,0000	12,0000
	7002-645	*400 g		24,0000	24,0000		
	7002-645	**400 g		21,8900	21,8900		

I = intervention de bénéficiaires mentionnés dans l'article 37, §1 en §19, de la loi coordonnée par l'arrêté royal du 14.7.94 qui ont droit à l'intervention majorée de l'assurance

II = intervention d'autres bénéficiaires