Offices de tarification de l' UPHOC

921 013 02000
UNION PROFESSIONNELLE RECONNUE
T.V.A : BE 0408.129.478
http://www.uphoc.com

Modifications des modalités de remboursement

Arrêtés ministériels du 15 juin 2016 (M.B. du 20/06/2016 Ed. 2)

Les spécialités suivantes sont remboursables à partir du 1er juillet 2016:

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
B-41	3444510	ATORVASTATIN KRKA 30 COMP X 30MG	G	11,01	11,01	2,28	1,37
B-41	3444528	ATORVASTATIN KRKA 100 COMP X 30 MG	G	24,03	24,03	6,70	3,99
B-41	3444551	ATORVASTATIN KRKA 30 COMP X 80 MG	G	11,15	11,15	2,32	1,39
B-41	3444569	ATORVASTATIN KRKA 100 COMP X 80 MG	G	24,19	24,19	6,74	4,01
B-41	3448081	ATORVASTATINE TEVA (IMPEXECO) 100 COMP X 10 MG	G	12,96	12,96	2,95	1,77
B-41	3434784	ATORVASTATINE TEVA (IMPEXECO) 100 COMP X 20 MG	G	24,19	24,19	6,74	4,01
B-41	3434792	ATORVASTATINE TEVA (IMPEXECO) 100 COMP X 40 MG	G	24,19	24,19	6,74	4,01
B-41	3434800	ATORVASTATINE TEVA (IMPEXECO) 100 COMP X 80 MG	G	24,19	24,19	6,74	4,01
B-73	3444619	DULOXETIN AB 28 CAPS GASTRO X 30 MG	G	16,11	16,11	4,03	2,42
B-73	3444627	DULOXETIN AB 28 CAPS GASTRO X 60 MG	G	22,95	22,95	6,44	3,84
B-73	3444635	DULOXETIN AB 98 CAPS GASTRO X 60 MG	G	52,72	52,72	13,53	8,04
B-73	3426525	DULOXETINE SANDOZ 28 CAPS GASTRO X 30 MG	G	16,11	16,11	4,03	2,42
B-73	3426541	DULOXETINE SANDOZ 28 CAPS GASTRO X 60 MG	G	22,95	22,95	6,44	3,84
B-73	3426558	DULOXETINE SANDOZ 98 CAPS GASTRO X 60 MG	G	52,72	52,72	13,53	8,04
B-134	3361607	FLUCONAZOLE SANDOZ (PI-PHARMA) 10 CAPS X 200 MG	G	30,28	30,28	8,19	4,87
A-12	3412079	GLICLAZIDE SANDOZ 180 COMP PROL 60 MG	G	24,32	24,32	0,00	0,00

Les spécialités suivantes sont remboursables dans le cadre du contrôle à posteriori (chap. II, code 'T' au Tarif) à partir du 1er juillet 2016 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
B-48	2889905	ESOMEPRAZOLE MYLAN 100 CAPS GASTRO 20 MG	G	23,86	23,86	6,66	3,96
C-31	2886687	ESOMEPRAZOLE MYLAN 28 CAPS GASTRO 20 MG BLIST	G	10,42	10,42	4,15	4,15
B-48	2886695	ESOMEPRAZOLE MYLAN 56 CAPS GASTRO 20 MG BLIST	G	15,48	15,48	3,81	2,29
B-48	2880862	ESOMEPRAZOLE MYLAN 28 CAPS GASTRO 40 MG BLIST	G	14,18	14,18	3,37	2,02

Les spécialités suivantes sont remboursables moyennant autorisation du médecin conseil de durée limitée – **type b** (code '?' au Tarif) à partir du 1er juillet 2016 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
A-53	3361607	FLUCONAZOLE SANDOZ (PI-PHARMA) 10 CAPS X 200 MG	G	30,28	30,28	0,00	0,00
A-58	3421468	VORICONAZOLE MYLAN 30 COMP X 50 MG	G	178,90	178,90	0,00	0,00
B-134	3421468	VORICONAZOLE MYLAN 30 COMP X 50 MG	G	178,90	178,90	11,80	7,80
A-58	3421476	VORICONAZOLE MYLAN 30 COMP X 200 MG	G	602,71	602,71	0,00	0,00
B-134	3421476	VORICONAZOLE MYLAN 30 COMP X 200 MG	G	602,71	602,71	11,80	7,80

Les spécialités suivantes sont remboursables moyennant autorisation du médecin conseil de durée illimitée – **type d** (code '?' au Tarif) à partir du 1er juillet 2016 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
A-45	3444510	ATORVASTATIN KRKA 30 COMP X 30 MG	G	11,01	11,01	0,00	0,00
A-45	3444528	ATORVASTATIN KRKA 100 COMP X 30 MG	G	24,03	24,03	0,00	0,00
A-45	3444551	ATORVASTATIN KRKA 30 COMP X 80 MG	G	11,15	11,15	0,00	0,00
A-45	3444569	ATORVASTATIN KRKA 100COMP X 80 MG	G	24,19	24,19	0,00	0,00
A-45	3448081	ATORVASTATINE TEVA (IMPEXECO) 100 COMP X 10 MG	G	12,96	12,96	0,00	0,00

OTMB : Rue Joseph Wauters, 113 B-7170 Bois-d'Haine - Tél. : +32 (0)64/22.13.29 – Fax : +32 (0)64/26.12.64 – E-mail : otmb@uphoc.be – 645-1570024-17
OTFram : Avenue des Nouvelles Technologies, 59 B-7080 Frameries - Tél. : +32 (0)65/35.23.46 – Fax : +32(0)65/31.33.45 – E-mail : uphoc@uphoc.be – 645-1570000-90

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
A-45	3434784	ATORVASTATINE TEVA (IMPEXECO) 100 COMP X 20 MG	G	24,19	24,19	0,00	0,00
A-45	3434792	ATORVASTATINE TEVA (IMPEXECO) 100 COMP X 40 MG	G	24,19	24,19	0,00	0,00
A-45	3434800	ATORVASTATINE TEVA (IMPEXECO) 100 COMP X 80 MG	G	24,19	24,19	0,00	0,00
B-77	3444643	RASAGILINE AB COMP 28 X 1 MG	G	48,80	48,80	11,80	7,48
B-77	3444650	RASAGILINE AB COMP 112 X 1 MG	G	139,53	139,53	14,70	9,70
B-77	3429636	RASAGILINE EG COMP 28 X 1 MG	G	48,80	48,80	11,80	7,48
B-77	3429644	RASAGILINE EG COMP 112 X 1 MG	G	139,53	139,53	14,70	9,70
B-313	3398856	PARACETAMOL TEVA 1 G 100 COMP X 1 G	G	10,00	10,00	1,93	1,16

Les spécialités suivantes sont remboursables moyennant autorisation du médecin conseil de **type e** (code 'E' au Tarif) à partir 1er juillet 2016:

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
A-114	3309077	SYNJARDY 60 COMP X 12,5 MG/1000 MG		49,25	49,25	0,00	0,00
A-114	3309085	SYNJARDY 200 COMP X 12,5 MG/1000 MG		146,40	146,40	0,00	0,00
A-114	3309093	SYNJARDY 60 COMP X 12,5 MG/850 MG		49,25	49,25	0,00	0,00
A-114	3309101	SYNJARDY 200 COMP X 12,5 MG/850 MG		146,40	146,40	0,00	0,00
A-114	3309127	SYNJARDY 60 COMP X 5 MG/1000 MG		49,25	49,25	0,00	0,00
A-114	3309119	SYNJARDY 200 COMP X 5 MG/1000 MG		146,40	146,40	0,00	0,00
A-114	3309143	SYNJARDY 60 COMP X 5 MG/850 MG		49,25	49,25	0,00	0,00
A-114	3309135	SYNJARDY 200 COMP X 5 MG/850 MG		146,40	146,40	0,00	0,00

La spécialité suivante est remboursable à partir du 1er juillet 2016 pour autant que le médecin n'ait **pas** apposé sur la prescription la mention *« non remboursable »* (code 'Q' au Tarif***)** et pour autant qu'elle soit prescrite par **un médecin spécialiste en pédiatrie (numéro d'identification INAMI se terminant par 689, 690, 694, 695 ou 697) ou par un médecin spécialiste en dermatovénérologie (numéro d'identification INAMI se terminant par 550, 566, 567, 569 ou 698) :**

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
B-337	3413572	HEMANGIOL 3,75 MG/ML 1 FL 120 ML		195,49	195,49	11,80	7,80

**Q : tiers-payant autorisé, sauf mention « non remboursable » sur la prescription.*
Certaines spécialités peuvent être inscrites au Chapitre 4 et être remboursées pour autant que la mention écrite «non remboursable» ne figure pas sur la prescription (analogue au code 't' pour les spécialités inscrites au Chapitre 2). Cela n'exclut pas le contrôle par le pharmacien de certains paramètres comme l'âge du patient ou la qualification du médecin, selon les spécifications du paragraphe concerné du chapitre IV.
Comme ces produits sont inscrits au Chapitre 4, un honoraire spécifique Chapitre 4 peut être porté en compte pour autant que le produit ait été délivré en tiers-payant.

Les spécialités suivantes sont remboursables à partir du 1er juillet 2016 moyennant mention du médecin sur la prescription (code 'V' au Tarif) selon les conditions suivantes:

- « *Trajet de Soins Diabète » ou « TSD » :*

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
A-97	3309077	SYNJARDY 60 COMP X 12,5 MG/1000 MG		49,25	49,25	0,00	0,00
A-97	3309085	SYNJARDY 200 COMP X 12,5 MG/1000 MG		146,40	146,40	0,00	0,00
A-97	3309093	SYNJARDY 60 COMP X 12,5 MG/850 MG		49,25	49,25	0,00	0,00
A-97	3309101	SYNJARDY 200 COMP X 12,5 MG/850 MG		146,40	146,40	0,00	0,00
A-97	3309127	SYNJARDY 60 COMP X 5 MG/1000 MG		49,25	49,25	0,00	0,00
A-97	3309119	SYNJARDY 200 COMP X 5 MG/1000 MG		146,40	146,40	0,00	0,00
A-97	3309143	SYNJARDY 60 COMP X 5 MG/850 MG		49,25	49,25	0,00	0,00
A-97	3309135	SYNJARDY 200 COMP X 5 MG/850 MG		146,40	146,40	0,00	0,00

Le prix des spécialités suivantes augmente à partir du 1er juillet 2016 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
B-168	3260072	DUALKOPT 20MG/ML + 5MG/ML COLLYRE 1X10ML	G	24,28	24,28	6,76	4,02
B-168	2999795	MONOPROST 0,005% COLLYRE 30 X 0,2 ML	G	15,36	15,36	3,77	2,26

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
B-168	3000718	MONOPROST 0,005% COLLYRE 90 X 0,2 ML	G	29,63	29,63	8,03	4,78

Le prix des spécialités suivantes baisse à partir du 1er juillet 2016 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
B-41	3064813	ATORVASTATIN KRKA 28 TABL X 10 MG	G	9,17	9,17	1,64	0,98
A-45	3064813	ATORVASTATIN KRKA 28 TABL X 10 MG	G	9,17	9,17	0,00	0,00
B-254	2853117	DONEPEZIL SANDOZ 98 X 5,0 MG TABL	G	27,23	27,23	7,46	4,44
B-254	2853141	DONEPEZIL SANDOZ 98 X 10,0 MG TABL	G	27,23	27,23	7,46	4,44
B-73	3315405	DULOXETINE KRKA 100 CAPS GASTRO X 60MG	G	38,14	38,14	10,06	5,98
B-281	1708627	ENBREL 25 MG 4 VIAL PULV+ SOLV		461,32	461,32	11,80	7,80
B-255	1708627	ENBREL 25 MG 4 VIAL PULV+ SOLV		461,32	461,32	11,80	7,80
B-281	2371854	ENBREL 25 MG 4 SER INJECT PRET A EMP		461,32	461,32	11,80	7,80
B-255	2371854	ENBREL 25 MG 4 SER INJECT PRET A EMP		461,32	461,32	11,80	7,80
A-107	2745016	EXEMESTAN SANDOZ 100 TABL X 25 MG	G	145,83	145,83	0,00	0,00
A-115	2745016	EXEMESTAN SANDOZ 100 TABL X 25 MG	G	145,83	145,83	0,00	0,00
A-73	1784032	HEPSERA 30 COMP		228,33	228,33	0,00	0,00
B-60	2568210	IBUPROFEN SANDOZ 30 COMP X400MG	G	6,00	6,00	0,48	0,29
B-224	3026473	LOSARTAN KRKA 28 COMP X 50MG	G	13,31	13,31	3,07	1,84
B-241	3155413	MONTELUKAST KRKA 28 CO A MACHER X 5 MG	G	20,03	20,03	5,38	3,23
B-241	3155447	MONTELUKAST KRKA 28 COMP X 10 MG	G	20,03	20,03	5,38	3,23
A-20	2730687	NORVIR 90 TABL X 100 MG		61,65	61,65	0,00	0,00
A-20	1318203	NORVIR 80 MG/ML FL SOL OR 5X90ML		229,47	229,47	0,00	0,00
B-56	2119139	PALLADONE 28 CAPS X 2,6MG		13,58	13,58	3,16	1,90
B-56	2119147	PALLADONE 28 CAPS X 1,3MG		9,01	9,01	1,58	0,95
B-56	2048270	PALLADONE SLOW RELEASE 30 CAPS X 4MG		20,34	20,34	5,49	3,29
B-56	2048262	PALLADONE SLOW RELEASE 30 CAPS X 8MG		34,24	34,24	9,13	5,43
B-56	2048288	PALLADONE SLOW RELEASE 30 CAPS X16MG		59,16	59,16	11,80	7,80
B-56	2048296	PALLADONE SLOW RELEASE 30 CAPS X 24MG		73,50	73,50	11,80	7,80
B-266	1396779	PROVIGIL 90 TABL X 100 MG		66,15	66,15	14,70	9,70
A-15	1197474	PULMOZYME 30 AMP NEB X 2,5MG/2,5ML		492,19	492,19	0,00	0,00
A-50	1182765	RECOMBINATE FL IV LYOPH 250IU		238,27	238,27	0,00	0,00
A-50	1182781	RECOMBINATE FL IV LYOPH 500IU		462,00	462,00	0,00	0,00
A-50	1182799	RECOMBINATE FL IV LYOPH 1000IU		909,37	909,37	0,00	0,00
B-50	1720424	SOMATULINE AUTOGEL INJECT 60 MG SER 1X0,3ML		750,30	750,30	11,80	7,80
A-52	1720424	SOMATULINE AUTOGEL INJECT 60 MG SER 1X0,3ML		750,30	750,30	0,00	0,00
B-50	1720440	SOMATULINE AUTOGEL INJECT 90 MG SER 1X0,3ML		897,32	897,32	11,80	7,80
A-52	1720440	SOMATULINE AUTOGEL INJECT 90 MG SER 1X0,3ML		897,32	897,32	0,00	0,00
B-50	1720432	SOMATULINE AUTOGEL INJECT 120 MG SER 1X0,5ML		1142,64	1142,64	11,80	7,80
A-52	1720432	SOMATULINE AUTOGEL INJECT 120 MG SER 1X0,5ML		1142,64	1142,64	0,00	0,00
B-50	1375112	SOMATULINE PR REL 30MG FL IM 1X2ML (15 MG/ML)		379,62	379,62	11,80	7,80
A-52	1375112	SOMATULINE PR REL 30MG FL IM 1X2ML (15 MG/ML)		379,62	379,62	0,00	0,00
B-267	1713023	SPIRIVA 30 CAPS X 18 MCG + HANDIHALER		37,74	37,74	9,96	5,92
B-267	2735959	SPIRIVA RESPIMAT 2,5 MCG 60 OPL INHAL+1 PATROON		37,66	37,66	9,94	5,91
B-267	3144409	SPIRIVA RESPIMAT 2,5 MCG 180 OPL INHAL+1PATROON		90,16	90,16	11,80	7,80
A-20	1686245	TRIZIVIR 60 TABL		565,81	565,81	0,00	0,00
A-20	1686245	TRIZIVIR 60 TABL		565,81	565,81	0,00	0,00
B-73	2710374	WELLBUTRIN XR PI PHARMA 30 TABS X 150MG		28,66	28,66	7,80	4,64
B-73	2710366	WELLBUTRIN XR PI PHARMA 90 TABS X 150MG		59,82	59,82	14,70	9,04
B-73	2415867	WELLBUTRIN XR 30 TABS X 150 MG		28,81	28,81	7,84	4,66
B-73	2464550	WELLBUTRIN XR 90 TABS X 150 MG		60,22	60,22	14,70	9,10
B-73	2866689	WELLBUTRIN XR PI PHARMA 90 TABS X 300MG		100,81	100,81	14,70	9,70
B-73	2415859	WELLBUTRIN XR 30 TABS X 300 MG		46,76	46,76	11,80	7,20
B-73	2464568	WELLBUTRIN XR 90 TABS X 300 MG		102,15	102,15	14,70	9,70
B-269	1531532	ZYBAN 100 COMP LIB.MODIF.X 150 MG		72,59	72,59	14,70	9,70

Les spécialités suivantes sont supprimées du remboursement à partir du 1er juillet 2016 :

Crit	CNK	Dénomination
B-20	0671735	BAYPRESS COMP 14 X 20 MG
B-28	0108761	DYTENZIDE COMP 112 X 50 MG/25 MG
B-119	0842120	ERYTHROFORTE 500 COMP 16 X 500 MG
B-246	2827657	INCIVO 375 MG COMP 4 X 42
A-20	2559276	INTELENCE 100 MG COMP 120 X 100 MG
B-63	1534775	POLYDENE COMP SEC 30X20MG
B-254	3040409	RIVASTIGMINE EG 4,6MG/24H PATCHES TRANSD 30
B-254	3040417	RIVASTIGMINE EG 9,5MG/24H PATCHES TRANSD 30
B-254	3040425	RIVASTIGMINE EG 9,5MG/24H PATCHES TRANSD 90
C-29	3129236	TRAMADOL PARACETAMOL MYLAN 37,5MG/325 COMP 20
C-29	3129244	TRAMADOL PARACETAMOL MYLAN 37,5MG/325 COMP 60
C-29	3129251	TRAMADOL PARACETAMOL MYLAN 37,5MG/325 COMP 90
B-165	1402890	VEXOLON COLLYRE 1% 5ML

Note indisponibilité temporaire : [piritramide]

JANSSEN CILAG prévoit des problèmes d'approvisionnement pour:

DIPIDOLOR 10 mg/ml	5 x 20 mg / 2 ml sol. inj./perf. i.m./i.v./s.c. [amp.]

Dérogations d'importation accordées (AFMPS – Commission Consultative):

Afin de compenser les problèmes d'approvisionnement que JANSSEN CILAG rencontre,
une dérogation a été accordée à JANSSEN CILAG pour importer **400 emballages allemands**:

DIPIDOLOR 7.5 mg/ml	50 x **15 mg** / **2 ml** sol. inj./perf. i.m./i.v./s.c. [amp.]

et 4000 emballages autrichiens :

DIPIDOLOR 7.5 mg/ml	5 x **15 mg** / **2 ml** sol. inj./perf. i.m./i.v./s.c. [amp.]

Modifications réglementaires pour la bandagisterie

La mise à jour de la liste relative au matériel de stomie et d'incontinence du 1er juillet 2016 concerne les adaptations suite à la nouvelle définition des systèmes convexes (A.R. 3.9.2015 + Erratum 1.12.2015). (voir aussi note OT- 2015L-1)

De ce fait la liste 641351 est supprimée.

- 641351 : Plaque protectrice péristomale convexe, avec une épaisseur minimale de la

plaque de 3 mm au centre avec système de fixation (p. ex. anneau-clip) quels que soient les

autres accessoires.

De ce fait les listes suivantes seront introduites :

Système en une partie :

- 640732 : Collecteur adhésif fermé muni d'une couche protectrice péristomale

convexe qui présente une distance d'au moins 4 mm entre la partie inférieure de la plaque cutanée et la profondeur extérieure maximale de la déformation de la plaque cutanée, quels que soient les autres accessoires.

- 640754 : Collecteur adhésif à vider muni d'une couche protectrice péristomale convexe qui présente une distance d'au moins 4 mm entre la partie inférieure de la plaque cutanée et la profondeur extérieure maximale de la déformation de la plaque cutanée, quels que soient les autres accessoires.

- 640776 : Collecteur d'urine adhésif à vider avec couche protectrice péristomale convexe qui présente une distance d'au moins 4 mm entre la partie inférieure de la plaque cutanée et la profondeur extérieure maximale de la déformation de la plaque cutanée, muni d'un système anti-refleux intégré, quels que soient les autres accessoires.

Système en deux parties:

- 640791 : Plaque protectrice péristomale convexe, qui présente une distance d'au moins 4 mm entre la partie inférieure de la plaque cutanée et la profondeur extérieure maximale de la déformation de la plaque cutanée, avec système de fixation (p. ex. anneau-clip) quels que soient les autres accessoires.

Pour plus d'infos : consultez le site-web de l'INAMI

Pour rappel : à partir du 1/7/2016 le nouveau modèle 'annexe 13' sera le seul valable.
Le site-web apbtarif.be permets de générer automatiquement une 'annexe13 '.

Avec nos salutations sincères et collégiales,

Source APB 27/06/2016