



Modifications des modalités de remboursement

entrant en vigueur le 1/09/2016

A partir du 1er septembre 2016, toutes les décisions de la ministre des Affaires sociales concernant le remboursement de nouveaux médicaments remboursables et de nouvelles indications remboursables de médicaments déjà remboursables, entreront en vigueur un mois plus tôt que via la procédure standard.

Via la procédure standard, l'Arrêté ministériel entre en vigueur le 1er jour du mois qui suit la publication au Moniteur Belge de cet Arrêté.

Pour des raisons pratiques-techniques, la date d'entrée en vigueur de ces décisions « accélérées » correspondra avec la date qui suivra le jour de publication du « fichier de référence des médicaments remboursables » sur site web de l'INAMI.

Les spécialités suivantes sont remboursables à partir du 1^{er} septembre 2016:

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
B-20	3188463	AMLODIPINE TEVA 5 mg X 98 COMP	G	12,04	12,04	2,63	0,75
B-243	3435237	CLOPIDOGREL MYLAN 75 mg X 30 COMP	G	8,06	8,06	1,26	0,75
B-243	3435245	CLOPIDOGREL MYLAN 75 mg X 90 COMP	G	15,37	15,37	3,77	2,26
B-21	3414109	COSYREL 10 mg + 10 mg X 30 COMP		24,36	24,36	6,78	4,03
B-21	3414117	COSYREL 10 mg + 10 mg X 90 COMP		49,5	49,5	12,77	7,58
B-21	3414174	COSYREL 10 mg + 5 mg X 30 COMP		16,92	16,92	4,31	2,59
B-21	3414166	COSYREL 10 mg + 5 mg X 90 COMP		32,93	32,93	8,82	5,25
B-21	3414158	COSYREL 5 mg + 10 mg X 30 COMP		22,63	22,63	6,33	3,8
B-21	3414141	COSYREL 5 mg + 10 mg X 90 COMP		45,37	45,37	11,78	7,00
B-21	3414125	COSYREL 5 mg + 5 mg X 30 COMP		14,97	14,97	3,64	2,18
B-21	3414133	COSYREL 5 mg + 5 mg X 90 COMP		28,8	28,8	7,84	4,66
B-73	3298981	DULOXETINE MYLAN 30 mg X 98 CAPS GASTR	G	34,97	34,97	9,3	5,53
B-73	3426517	DULOXETINE SANDOZ 30 mg X 7 CAPS GASTR	G	6,7	6,7	0,76	0,45
B-73	3426533	DULOXETINE SANDOZ 30 mg X 98 CAPS GASTR	G	28,14	28,14	7,68	4,57
B-73	3455425	DULOXETINE TEVA 30 mg 98 X CAPS GASTR	G	34,97	34,97	9,3	5,53
B-106	3299583	FLOXAPEN 500 mg (PI-Pharma) X 16 CAPS		14,01	14,01	3,31	1,99
B-21	3391448	LIPERTANCE 10 mg + 5 mg + 5 mg X 30 COMP		16,73	16,73	4,24	2,55
B-21	3391455	LIPERTANCE 10 mg + 5 mg + 5 mg X 90 COMP		39,05	39,05	10,28	6,11
B-21	3391489	LIPERTANCE 20 mg + 10 mg + 10 mg X 30 COMP		30,04	30,04	8,13	4,84
B-21	3391497	LIPERTANCE 20 mg + 10 mg + 10 mg X 90 COMP		77,2	77,2	14,7	9,70
B-21	3391398	LIPERTANCE 20 mg + 10 mg + 5 mg X 30 COMP		26,84	26,84	7,37	4,38
B-21	3391406	LIPERTANCE 20 mg + 10 mg + 5 mg X 90 COMP		67,73	67,73	14,7	9,70
B-21	3391414	LIPERTANCE 20 mg + 5 mg + 5 mg X 30 COMP		21,09	21,09	5,75	3,45
B-21	3391430	LIPERTANCE 20 mg + 5 mg + 5 mg X 90 COMP		50,62	50,62	13,03	7,74
B-21	3391463	LIPERTANCE 40 mg + 10 mg + 10 mg X 30 COMP		30,27	30,27	8,19	4,87
B-21	3391471	LIPERTANCE 40 mg + 10 mg + 10 mg X 90 COMP		77,91	77,91	14,7	9,7
B-262	2825057	LYRICA PI PHARMA CAPS 56 X 300 MG	R	46,57	46,57	35,43	11,8
A-25	3430279	MITOMYCIN ACCORD HEALTHCARE 10 mg x 5 FL PULV SOL INJECT	G	53,05	53,05	0,00	0,00
A-25	3430311	MITOMYCIN ACCORD HEATHCARE 2 mg X 10 FL PULV SOL INJECT	G	28,45	28,45	0,00	0,00
A-25	3430295	MITOMYCIN ACCORD HEATHCARE 20 mg x 5 FL PULV SOL INJECT	G	92,47	92,47	0,00	0,00

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
B-224	3460532	OLMESARTAN TEVA 10 mg X 98 COMP	G	30,88	30,88	8,33	4,96
B-224	3460540	OLMESARTAN TEVA 20 mg X 98 COMP	G	30,88	30,88	8,33	4,96
B-224	3460516	OLMESARTAN TEVA 40 mg X 98 COMP	G	30,88	30,88	8,33	4,96
B-332	3460961	PREGABALINE KRKA 150 mg X 100 CAPS	G	46,78	46,78	12,12	7,2
B-332	3460979	PREGABALINE KRKA 300 mg X 100 CAPS	G	66,8	66,8	14,7	9,7
B-332	3460953	PREGABALINE KRKA 75 mg X 100 CAPS	G	32,28	32,28	8,66	5,15
B-21	3484102	RAMIPRIL HCS 10 mg X 28 COMP	G	17,74	17,74	4,59	2,76
B-21	3484086	RAMIPRIL HCS 2,5 mg X 28 COMP	G	8,59	8,59	1,44	0,86
B-21	3484094	RAMIPRIL HCS 5 mg 28 COMP	G	11,8	11,8	2,55	1,53
CS-7	3479045	RUPATADINE EG 10 mgX 100 COMP	G	18,88	18,88	11,96	11,96
CS-7	3447182	RUPATADINE EG 10 mg X 30 COMP	G	9,84	9,84	4,49	4,49
CS-7	3382173	RUPATADINE EG 10 mg X 50 COMP	G	12,55	12,55	6,74	6,74
A-27	2116929	TAMOXIFENE MYLAN 20 MG TABL 60 X 20 MG	G	18,04	18,04	0,00	0,00
C-29	3484078	TRAMADOL PARACETAMOL KRKA 37,5MG/325MG X 90 COMP	G	14,83	14,83	7,18	7,18
C-29	3477791	TRAMADOL PARACETAMOL KRKA 37,5MG/325MG X 20 COMP	G	7,39	7,39	2,05	2,05
C-29	3477809	TRAMADOL PARACETAMOL KRKA 37,5MG/325MG X 60 COMP	G	12,97	12,97	5,90	5,90
C-29	3129236	TRAMADOL PARACETAMOL MYLAN 37,5MG/325 X 20 COMP	G	6,89	6,89	1,66	1,66
C-29	3129244	TRAMADOL PARACETAMOL MYLAN 37,5MG/325 X 60 COMP	G	11,35	11,35	4,78	4,78
C-29	3439213	TRAMADOL/PARACETAMOL SANDOZ 37,5MG/325MG X 20 COMP	G	7,39	7,39	2,05	2,05
C-29	3439221	TRAMADOL/PARACETAMOL SANDOZ 37,5MG/325MG X 60 COMP	G	12,97	12,97	5,90	5,90
C-29	3439239	TRAMADOL/PARACETAMOL SANDOZ 37,5MG/325MG X 100 COMP	G	15,97	15,97	7,97	7,97
B-341	3411980	TRINOMIA 100 mg/20 mg/10 mg X 28 CAPS		21,05	21,05	5,73	3,44
B-341	3411972	TRINOMIA 100 mg/20 mg/10 mg X 98 CAPS		47,57	47,57	12,31	7,31
B-341	3412004	TRINOMIA 100 mg/20 mg/2,5 mg X 28 CAPS		15,16	15,16	3,7	2,22
B-341	3411998	TRINOMIA 100 mg/20 mg/2,5 mg X 98 CAPS		32,98	32,98	8,83	5,25
B-341	3412012	TRINOMIA 100 mg/20 mg/ 5 mg X 28 CAPS		17,08	17,08	4,36	2,62
B-341	3412020	TRINOMIA 100 mg/20 mg/ 5 mg X 98 CAPS		37,74	37,74	9,96	5,92

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

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
B-245	3417805	INUVAIR 120 DOS AER X 200/6mcg		46,61	46,61	11,8	7,18
B-245	3373677	ZEPHIRUS 120 CAPS INHAL X 20/180 mcg		57,42	57,42	14,65	8,70
B-245	3373644	ZEPHIRUS 240 CAPS INHAL X 20/180 mcg		63,26	63,26	14,7	9,53

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

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
A-97	2385417	BYETTA 10 UG SOL INJ SER PRE REMPL		103,98	103,98	0,00	0,00
A-97	2385409	BYETTA 5 UG SOL INJ SER PRE REMPL		103,98	103,98	0,00	0,00
A-120	3365103	PRALUENT 75MG SOL INJ .PEN 2 X 75MG		600,85	600,85	0,00	0,00
A-120	3365111	PRALUENT 150MG SOL INJ PEN 2 X 150MG		600,85	600,85	0,00	0,00
A-120	3365137	PRALUENT 150MG SOL INJ.PEN 6 X 150MG		1429,48	1429,48	0,00	0,00
A-120	3365192	PRALUENT 75MG SOL INJ .PEN 6 X 75MG		1429,48	1429,48	0,00	0,00

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

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
------	-----	--------------	--	----	----	-----	------

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
B-313	3447984	ALGOSTASE MONO 1 GR 120 TAB	G	10,9	10,9	5,05	2,23
A-20	3365293	NORVIR 100 mg 30 PULV SUSP PER OS		25,5	25,5	16,85	0,00
A-5	3460953	PREGABALINE KRKA 150 mg X 100 CAPS	G	46,78	46,78	0,00	0,00
A-5	3460979	PREGABALINE KRKA 300 mg X 100 CAPS	G	66,80	66,80	0,00	0,00
A-5	3460953	PREGABALINE KRKA 75 mg X 100 CAPS	G	32,28	32,28	0,00	0,00
A-20	3365293	NORVIR 100 mg 30 PULV SUSP PER OS		25,5	25,5	0,00	0,00

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

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
B-281	3456696	BENEPALI 50 mg/ml X 4 SER. PREREMPLI PRO INJ 1 ML		830,59	830,59	11,8	7,80
B-281	3456688	BENEPALI 50 mg/ml X 4 SOL INJ STYLO PREREMPLI 1 ML		830,59	830,59	11,8	7,80
B-255	3355534	ENBREL 50 mg X 12 P SER. PREREMPLI PRO INJECT 1 ml		2741,99	2741,99	11,8	7,80
B-255	3355526	ENBREL 50 mg X 12 SER. PREREMPLI PRO INJ 1 ml		2741,99	2741,99	11,8	7,80
B-339	3380193	HUMIRA 40 mg/0,4 ml X 2 SER. PREREMPLI PRO INJ		1045,88	1045,88	11,8	7,80
B-339	3380201	HUMIRA 40MG/0,4ML X 2 SOL INJ STYLO PREREMPLI		1045,88	1045,88	11,8	7,80
A-65	3439163	IMATINIB ACCORD 100 mg X 120 COMP	G	1004,82	1004,82	0,00	0,00
A-65	3439171	IMATINIB ACCORD 400 mg X 30 COMP	G	983,86	983,86	0,00	0,00
A-65	3461282	IMATINIB TEVA 100 mg X 120 COMP	G	1004,82	1004,82	0,00	0,00
A-65	3461290	IMATINIB TEVA 400 mg X 30 COMP	G	983,86	983,86	0,00	0,00
B-342	4374750	NUCALA 1FL 100 MG PULV PRO INJECT		1309,13	1192	11,8	7,80
A-120	3365103	PRALUENT 75MG SOL INJ .PEN 2 X 75MG		600,85	600,85	0	0,00
A-120	3365111	PRALUENT 150MG SOL INJ PEN 2 X 150MG		600,85	600,85	0	0,00
A-120	3365137	PRALUENT 150MG SOL INJ.PEN 6 X 150MG		1429,48	1429,48	0	0,00
A-120	3365192	PRALUENT 75MG SOL INJ .PEN 6 X 75MG		1429,48	1429,48	0	0
B-314	2659118	STELARA 90MG/ML SOL INJ SER PREREMPLI 1 X 0,5ML		3257,54	3257,54	11,8	7,80
B-314	3270758	STELARA 90MG/ML SOL INJ FL INJ 1 X 0,5ML		3257,54	3257,54	11,8	7,80
B-314	2730828	STELARA 90MG/ML SOL INJ SER PREREMPLIE 1 X 1,0ML		3257,54	3257,54	11,8	7,80

Les spécialités suivantes sont remboursables à partir du 1er septembre 2016, avec mention : 'Trajet de soins diabète'

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
A-97	2385417	BYETTA 10 UG SOL INJ SER PRE REMPL		103,98	103,98	0,00	0,00
A-97	2385409	BYETTA 5 UG SOL INJ SER PRE REMPL		103,98	103,98	0,00	0,00

Le prix des spécialités suivantes baisse à partir du 1^{er} septembre 2016 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
A-97	2385417	BYETTA 10 UG SOL INJ SER PRE REMPL		103,98	103,98	0,00	0,00
A-97	2385409	BYETTA 5 UG SOL INJ SER PRE REMPL		103,98	103,98	0,00	0,00
B-73	1684265	SEROXAT GSK COMP 28 X 30 MG	R	17,03	9,84	4,35	2,61
B-73	0321471	SEROXAT COMP 28 X 20 MG	R	14,1	7,55	3,34	2,00
B-73	1755123	SEROXAT COMP 56 X 20 MG	R	16,7	9,57	4,23	2,54
A-69	3369857	ABASAGLAR KWIKPEN 100U/ML 80U STYLO PREREMP. 5X3ML		49,58	38,09	0,00	0,00
A-97	3369857	ABASAGLAR KWIKPEN 100U/ML 80U STYLO PREREMP. 5X3ML		49,58	38,09	0,00	0,00

Crit	CNK	Dénomination	PP	BR	Act	VIPO
A-98	3369857	ABASAGLAR KWIKPEN 100U/ML 80U STYLO PREREMP. 5X3ML	49,58	38,09	0,00	0,00

Les spécialités suivantes sont supprimées du remboursement à partir du 1^{er} septembre 2016 :

Crit	CNK	Dénomination
B-25	2450112	FUROSEMIDE FRESENIUS KABI 5AMPX2ML SOL INJ 10MG/ML
B-21	3309267	PERAMTEVA 5 MG/10 MG COMP 30
A-28	2990067	CAPECITABINE 150 MG ACTAVIS X 60 COMP
A-28	2990059	CAPECITABINE 500 MG X 120 COMP
B-230	3213667	BONERISE 35MG+1000MG/880UI COMP12+COMP CROQ72 HEBDO..
B-309	2825057	LYRICA PI PHARMA CAPS HARDE - DUR 56 X 300 MG
B-310	2825057	LYRICA PI PHARMA CAPS HARDE - DUR 56 X 300 MG

Le remboursement de la spécialité suivante a été adaptée

Crit	CNK	Benaming	PP	BR	Actif	VIPO
A-60	4005245	OXYGENE MED AIR PR CYL + TRAD KR0,4M3	2,23	2,23	0,00	0,00

Changement aux conditions de remboursement des vaccins pour les bénéficiaires SNCB à partir du 1er septembre 2016

En plus des vaccins anti-influenza et des vaccins pneumococciques la SNCB remboursera entièrement certains vaccins. Ces spécialités seront donc gratuites pour les bénéficiaires de la SNCB.

Il s'agit des produits suivants :

CNK	Dénomination
1734094	BOOSTRIX SER PREREMPLIE 1 X 0,5ML
1077593	TEDIVAX PRO ADULTO SER INJ 0,5ML
2231900	REVAXIS SER PREREMPL UD 0,5ML+1 AIG SEP
1552215	INFANRIX IPV IM SER 1 DOSE 0,5ML
2231868	TETRAVAC SER PREMPL UD 0,5ML+1 AIG SEP
2374429	BOOSTRIX POLIO SER PREREMPL 1 X 0,5 ML
1665363	INFANRIX HEXA DOS 1 SUSP INJ IM 0,5ML

Pour certains d'entre eux c'est-à-dire : **Boostrix (cnk 1734094)** et **Infanrix hexa (cnk 1665363)** même s'ils sont gratuits pour tous les bénéficiaires, il y a officiellement deux catégories de remboursements :

- **Catégorie « B »- Attestation de type « E »** : le Fonds des œuvres sociales de la SNCB prend à charge le ticket modérateur INAMI, après intervention de l'INAMI.
- **Nouvelle catégorie de remboursement « G »** : gratuité pour les bénéficiaires de la SNCB, entièrement à charge du Fonds social, sans conditions supplémentaires (ticket modérateur = zéro)

En pratique cela implique que, si le patient a une attestation, il faut choisir la catégorie E.

Avec nos salutations sincères et collégiales,