



Modifications des modalités de remboursement entrant en vigueur le 1/10/2016

Les spécialités suivantes sont remboursables en chapitre I à partir du 1^{er} octobre 2016 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
B-20	3188471	AMLODIPINE TEVA 10 MG X TABL 100 POT	G	23,81	23,81	6,64	3,96
B-15	3495546	BISOPROLOL EG (IMPEXECO) 10 MG X 60 COMP	G	13,22	13,22	3,04	1,82
B-15	3495553	BISOPROLOL EG (IMPEXECO) 10 MG X 100 COMP	G	16,72	16,72	4,24	2,54
B-15	3495884	BISOPROLOL EG (IMPEXECO) 5 MG X 60 COMP	G	9,30	9,30	1,68	1,01
B-15	3495538	BISOPROLOL EG (IMPEXECO) 5 MG X 100 COMP	G	11,67	11,67	2,50	1,50
B-262	3340528	LYRICA (Pi-Pharma) 150 MG X 56 CAPS	R	32,52	32,52	8,72	5,19
B-262	3398781	LYRICA (Pi-Pharma) 150 MG X 200 CAPS	R	86,74	86,74	14,70	9,70
B-262	3398799	LYRICA (Pi-Pharma) 300 MG X 200 CAPS	R	125,37	125,37	14,70	9,70
B-262	3340510	LYRICA (Pi-Pharma) 75 MG X 56 CAPS	R	20,82	20,82	5,65	3,39
B-224	3487485	OLMESARTAN EG 10 MG X 28 COMP	G	13,75	13,75	3,22	1,93
B-224	3495959	OLMESARTAN EG 10 MG X 98 COMP	G	32,15	32,15	8,63	5,14
B-224	3485844	OLMESARTAN EG 20 MG X 28 COMP	G	13,75	13,75	3,22	1,93
B-224	3487766	OLMESARTAN EG 20 MG X 98 COMP	G	32,15	32,15	8,63	5,14
B-224	3488128	OLMESARTAN EG 40 MG X 28 COMP	G	13,75	13,75	3,22	1,93
B-224	3488376	OLMESARTAN EG 40 MG X 98 COMP	G	32,15	32,15	8,63	5,14
B-224	3460524	OLMESARTAN TEVA 10 MG X 28 COMP	G	13,64	13,64	3,18	1,91
B-224	3460557	OLMESARTAN TEVA 20 MG X 28 COMP	G	13,64	13,64	3,18	1,91
B-224	3460508	OLMESARTAN TEVA 40 MG X 28 COMP	G	13,64	13,64	3,18	1,91
B-332	3315447	PREGABALINE KRKA 150MG X 56 CAPS	G	32,50	32,50	8,72	5,18
B-332	3315454	PREGABALINE KRKA 300MG X 56 CAPS	G	46,54	46,54	11,80	7,17
B-332	3315439	PREGABALINE KRKA 75MG X 56 CAPS	G	20,81	20,81	5,65	3,39
B-332	3457744	PREGABALINE TEVA 75 MG X 200 CAPS	G	50,09	50,09	12,90	7,66
B-21	3495876	RAMIPRIL HCS 10 MG X 100 COMP	G	39,70	39,70	10,43	6,20
B-21	3495868	RAMIPRIL HCS 5 MG X 100 COMP	G	23,80	23,80	6,64	3,95
C-29	3129251	TRAMADOL PARACETAMOL MYLAN 37,5MG/325 90 COMP	G	14,83	14,83	7,18	7,18

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

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
B-245	3417797	INUVAIR NEXTHALER 200/ 6 mcg/DOS X 120 DOS INHAL		46,61	46,61	11,80	7,18
B-245	3420122	SYMBICORT FORTE TURBOHALER 320/9 mcg/DOS X 180 DOS INHAL	R	75,21	70,21	16,80	12,80
B-245	3420114	SYMBICORT TURBOHALER 160/4,5 mcg/DOS X 360 DOS INHAL	R	75,21	70,21	16,80	12,80

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

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
B-255	3270071	ARAVA 10 MG (Pi-Pharma) 10 MG X 100 COMP	R	84,93	84,93	14,70	9,70
B-255	3270063	ARAVA 20 MG (Pi-Pharma) 20 MG X 100 COMP	R	96,56	96,56	14,70	9,70

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
A-54	3270188	VALGANCICLOVIR SANDOZ 450MG X 90 COMP	G	869,76	869,76	0,00	0,00
A-58	3431822	VFEND 200 MG X 28 COMP	R	563,16	563,16	0,00	0,00
B-134	3431822	VFEND 200 MG X 28 COMP	R	563,16	563,16	11,80	7,80
B-303	3365186	LIXIANA 15 MG X 10 COMP		31,91	31,91	8,57	5,10
B-303	3365285	LIXIANA 30 MG X 98 COMP		249,47	249,47	14,70	9,70
B-303	3365228	LIXIANA 30 MG X 28 COMP		77,69	77,69	11,80	7,80
B-303	3365285	LIXIANA 30 MG X 98 COMP		249,47	249,47	14,70	9,70
B-303	3365350	LIXIANA 60 MG X 28 COMP		77,69	77,69	11,80	7,80
B-303	3365418	LIXIANA 60 MG X 98 COMP		249,47	249,47	14,70	9,70

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

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
A-5	3340510	LYRICA (Pi-Pharma) 75 MG X 56 CAPS	R	20,82	20,82	0,00	0,00
A-5	3340528	LYRICA (Pi-Pharma) 150 MG X 56 CAPS	R	32,52	32,52	0,00	0,00
A-5	3398781	LYRICA (Pi-Pharma) 150 MG X 200 CAPS	R	86,74	86,74	0,00	0,00
A-5	3398799	LYRICA (Pi-Pharma) 300 MG X 200 CAPS	R	125,37	125,37	0,00	0,00
A-5	3315447	PREGABALINE KRKA 150MG X 56 CAPS	G	32,50	32,50	0,00	0,00
A-5	3315454	PREGABALINE KRKA 300MG X 56 CAPS	G	46,54	46,54	0,00	0,00
A-5	3315439	PREGABALINE KRKA 75MG X 56 CAPS	G	20,81	20,81	0,00	0,00
A-5	3457744	PREGABALINE TEVA 75 MG X 200 CAPS	G	50,09	50,09	0,00	0,00
A-50	3424900	KOVALTRY 1000 IE 1 SER INJ 2,5 ML+SOLV		962,91	962,91	0,00	0,00
A-50	3424892	KOVALTRY 2000 IE 1 SER INJ 5 ML + SOLV		1775,97	1775,97	0,00	0,00
A-50	3424942	KOVALTRY 250 IE 1 SER INJ 2,5 ML + SOLV		248,93	248,93	0,00	0,00
A-50	3424876	KOVALTRY 3000 IE 1 SER INJ 5 ML + SOLV		2736,36	2736,36	0,00	0,00
A-50	3424926	KOVALTRY 500 IE 1 SER INJ 2,5ML + SOLV		488,89	488,89	0,00	0,00

A partir du 1^{er} octobre les indications de remboursement des statines et des médicaments à base d'ézétimibe sont remboursables moyennant autorisation du médecin conseil de **durée illimitée – type d** (code '?' au Tarif) A titre transitoire, les autorisations de **type d** qui ont été délivrées, peuvent conserver leur validité dans leur catégorie de remboursement jusqu'au 31 décembre 2017. Pour plus d'infos consultez le [site-web de l'Inami](#) et l'annexe.

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

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
A-113	3018173	FORXIGA 10 MG X 28 COMP		45,76	45,76	0,00	0,00
A-113	3018165	FORXIGA 10 MG X 98 COMP		141,51	141,51	0,00	0,00
B-270	3270188	VALGANCICLOVIR SANDOZ 450MG X 90 COMP	G	869,76	869,76	14,70	9,70

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

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
A-97	3018173	FORXIGA 10 MG X 28 COMP		45,76	45,76	0,00	0,00
A-97	3018165	FORXIGA 10 MG X 98 COMP		141,51	141,51	0,00	0,00

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

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
B-93	0085050	SYNTOCINON 10 UI/1 ML X 5 AMP		16,60	16,60	4,20	2,52
A-28	1358365	VESANOID 100 CAPS X 10 MG		341,37	341,37	0,00	0,00

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

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
B-20	2367449	AMLODIPINE APOTEX 10 MG X 100 TABL	G	23,54	23,54	6,58	3,92
B-20	2367290	AMLODIPINE APOTEX 5 MG X 98 TABL	G	11,99	11,99	2,61	1,56
B-77	2295053	AZILECT 1MG X 28 TABL	R	48,80	48,80	11,80	7,48
B-77	3326022	AZILECT 1MG X 112 TABL	R	139,53	139,53	14,70	9,70
A-45	2040418	CRESTOR 10 MG X 28 COMP		28,34	28,34	0,00	0,00
A-45	2040400	CRESTOR 20 MG X 28 COMP		40,77	40,77	0,00	0,00
A-45	2040392	CRESTOR 40 MG X 28 COMP		68,22	68,22	0,00	0,00
A-45	2055200	CRESTOR 10 MG X 98 COMP		74,04	74,04	0,00	0,00
A-45	2055192	CRESTOR 20 MG X 98 COMP		113,10	113,10	0,00	0,00
A-45	2055176	CRESTOR 40 MG X 98 COMP		175,57	175,57	0,00	0,00
B-73	3426525	DULOXETINE SANDOZ 30MG X 28 CAPS GASTR.	G	15,62	15,62	3,86	2,32
B-73	3426541	DULOXETINE SANDOZ 60MG X 28 CAPS GASTR.	G	18,45	18,45	4,84	2,90
B-73	3426558	DULOXETINE SANDOZ 60MG X 98 CAPS GASTR.	G	41,15	41,15	10,78	6,40
B-73	3046877	PAROXETINE ACTAVIS 20 MG X 28 COMP	G	15,61	15,61	3,86	2,32
B-73	2511863	PAROXETINE SANDOZ 30 MG X 28 COMP	G	18,80	18,80	4,96	2,98
B-73	1715168	PAROXETINE EG COMP 28 X 20 MG	G	15,70	15,70	3,89	2,33
B-73	2654952	PAROXETINE MYLAN 20 MG X 28 TABL	G	15,71	15,71	3,89	2,34
A-5	3376662	PREGABALINE EG 75MG CAPS POT 200 X 75MG	G	50,06	50,06	0,00	0,00
B-262	3376662	PREGABALINE EG 75MG CAPS POT 200 X 75MG	G	50,06	50,06	12,90	7,66
A-5	3315439	PREGABALINE KRKA 75MG CAPS 56 X 75MG	G	20,81	20,81	0,00	0,00
A-5	3315447	PREGABALINE KRKA 150MG CAPS 56 X 150MG	G	32,50	32,50	0,00	0,00
A-5	3315454	PREGABALINE KRKA 300MG CAPS 56 X 300MG	G	46,54	46,54	0,00	0,00
A-45	2893550	TOTALIP 80 MG PFIZER TABL 100 X 80 MG	G	25,07	25,07	0,00	0,00
C-29	3439213	TRAMADOL/PARACETAMOL SANDOZ 37,5MG/325MG COMP 20	G	7,37	7,37	2,03	2,03
C-29	3439221	TRAMADOL/PARACETAMOL SANDOZ 37,5MG/325MG COMP 60	G	12,95	12,95	5,89	5,89
C-29	3439239	TRAMADOL/PARACETAMOL SANDOZ 37,5MG/325MG COMP 100	G	15,95	15,95	7,95	7,95
B-73	2550341	VENLAFAXINE APOTEX 28 X 75MG CAPS PROL	G	9,88	9,88	1,88	1,13
B-73	2581767	VENLAFAXINE APOTEX 56 X 75MG CAPS PROL	G	20,04	20,04	5,38	3,23
B-73	2581775	VENLAFAXINE APOTEX 98 X 75MG CAPS PROL	G	24,77	24,77	6,87	4,09
B-73	2550358	VENLAFAXINE APOTEX 28 X 150MG CAPS PROL	G	17,21	17,21	4,41	2,65
B-73	2581742	VENLAFAXINE APOTEX 56 X 150MG CAPS PROL	G	23,92	23,92	6,67	3,97
B-73	2581759	VENLAFAXINE APOTEX 98 X 150MG CAPS PROL	G	47,10	47,10	12,19	7,24
A-58	2121564	VFEND 40 MG SUSP OR 1 X 70 ML 40 MG/ML	R	326,15	326,15	0,00	0,00
B-134	2121564	VFEND 40 MG SUSP OR 1 X 70 ML 40 MG/ML	R	326,15	326,15	11,80	7,80
A-58	1722123	VFEND 50 MG X 30 TABL	R	178,90	178,90	0,00	0,00
B-134	1722123	VFEND 50 MG X 30 TABL	R	178,90	178,90	11,80	7,80
A-58	1722131	VFEND 200 MG X 30 TABL	R	602,71	602,71	0,00	0,00
B-134	1722131	VFEND 200 MG X 30 TABL	R	602,71	602,71	11,80	7,80

Une correction de prix a été effectuée pour les produits suivants à partir du 1er octobre 2016:

Crit	CNK	Dénomination		PP	TB	Actief	WIGW
A-60	4005930	OXYGENE GAZ PRAXAIR 10,60M3 CYLIND S/ROBINET		58,88	58,88	0,00	0,00
A-60	4005922	OXYGENE GAZ PRAXAIR 6,36M3 CYLIND S/ROBINET		35,32	35,32	0,00	0,00
A-60	4005252	OXYGENE GAZ MED AIR PROD CYL + ROBINET TRAD 1,0M3		5,55	5,55	0,00	0,00
A-60	4005260	OXYGENE GAZ MED AIR PROD CYL + ROBINET TRAD 2,1M3		11,68	11,68	0,00	0,00
A-60	4005278	OXYGENE GAZ MED AIR PROD CYL + ROBINET TRAD 4,3M3		23,91	23,91	0,00	0,00
A-60	4005203	OXYGENE GAZEUX MED AIR PROD CYL+DET INTEG 0,4M3		2,23	2,23	0,00	0,00
A-60	4005211	OXYGENE GAZEUX MED AIR PROD CYL+DET INTEG 1,0M3		5,55	5,55	0,00	0,00
A-60	4005229	OXYGENE GAZEUX MED AIR PROD CYL+DET INTEG 2,1M3		11,68	11,68	0,00	0,00
A-60	4005237	OXYGENE GAZEUX MED AIR PROD CYL+DET INTEG 4,3M3		23,91	23,91	0,00	0,00

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

CNK	Dénomination
3433331	ABASAGLAR KWIKPEN 100E/ML 60U VOORGEV PEN 5X3ML
1462514	BACTIMED 500 MG X 16 CAPS
3178704	BRINZOLAMID SANDOZ 10 MG/ML OOGDRUP SUSP FL 1X5 ML
2385334	CANDIZOLE CAPS 1 X 150 MG
1373505	CO RENITEC COMP 56 X 20 MG/12,5 MG
1175850	COZAAR COMP 56X 50MG
1415280	COZAAR PLUS COMP 56X 50MG/12,5MG
1647726	FOSAMAX COMP 4X70MG
2140382	FUNGIMED CAPS 1 X 150 MG
2140374	FUNGIMED CAPS 10 X 50 MG
2140390	FUNGIMED CAPS 10 X 200 MG
2140408	FUNGIMED CAPS 20 X 200 MG
1690312	LODOZ 5,0MG/6,25MG TABL 28
0060269	NERISONA CREME DERM 1 X 15 G 0,1%
0060806	NERISONA POMM DERM ZALF 1X30G 0,1%
0060574	NERISONA POMM GRAS DERM 1X30G 0,1%
2565463	NOGEST COMP 60 X 5 MG
0257600	POLYFLAM TABL 50 X 50MG
1691211	POLYFLAM TABL 60 X 75MG
2597235	PREZISTA 400 MG COMP 60 X 400 MG
0814764	RENITEC COMP 28X20MG

Prescription par les sages-femmes:

La liste des médicaments qui peuvent être prescrits par les sages-femmes a été adaptée avec entrée en application le 30/09/2016. Comme il y a encore un certain nombre d'imprécisions, cette adaptation limitée se fera avec la prochaine mise à jour.

Alenca D3 - AlenSteo

A la demande de la firme responsable et en concertation avec l'INAMI, nous vous informons de ce qui suit:

Il existe pour l'instant 2 formes de présentation d'Alenca D3 4 x (1Comp 70mg + 6 X 1000mg/800IE), ainsi que 2 formes de présentation d'Alenca D3 16 x (1Comp 70mg + 6 X1000mg/800 IE).

Ci-après un résumé:

Ancienne dénomination	Ancien CNK	Nouvelle dénomination	Nouveau CNK
Alenca D3 4X (1 TABL 70 mg + 6X 1000 mg/800 IE)	3022-860	AlenSteo 4X (1 TABL 70 mg + 6X 1000 mg/800 IE)	3483-088
Alenca D3 16X (1 TABL 70 mg + 6X 1000 mg/800 IE)	3022-878	AlenSteo 16X (1 TABL 70 mg + 6X 1000 mg/800 IE)	3483-096

Pour les deux présentations, les conditions de remboursement restent d'application tant pour l'ancienne que pour la nouvelle dénomination. Nous l'avons adapté comme tel dans notre tarif. L'INAMI en informera les OA.

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

En plus des vaccins déjà remboursés la SNCB remboursera entièrement les vaccins de la classe ATC J07AX. Ces spécialités seront donc gratuites pour les bénéficiaires de la SNCB.

Il s'agit des produits suivants :

CNK	Dénomination
2170447	BRONCHO VAXOM IMPEX. 30 CAPS X 7MG
2170439	BRONCHO VAXOM INF IMPEX. 30 CAPS X 3 ,5 MG
2680189	BRONCHO VAXOM PIPHARMA 30 CAPS X 7MG
0609537	BRONCHO-VAXOM 30 CAPS AD.
0609529	BRONCHO-VAXOM 30 CAPS INF.
1789718	URO-VAXOM 30 CAPS
1789726	URO-VAXOM 90 CAPS

Avec nos salutations sincères et collégiales,

Source APB 27/09/2016

Aperçu du remboursement au chapitre IV des médicaments appartenant à la classe des statines dans le cadre du traitement de l'hypercholestérolémie familiale (remboursement en catégorie de remboursement A) et des médicaments à base d'ézétimibe (seul ou en association) dans le cadre du traitement de l'hypercholestérolémie familiale (catégorie de remboursement A) et du traitement de l'hypercholestérolémie primaire (catégorie B).

1/ Statines

	Simvastatine (ancien \$ 4730000)	Pravastatine (ancien \$ 4730000)	Fluvastatine (ancien \$ 2730000 et ancien \$3240000)	Atorvastatine (ancien \$ 2720000)	Rosuvastatine (sauf le Crestor 5 mg (**)) (ancien \$ 2780100)
Nouveaux Paragraphes					
\$ 8310100	Remboursement : - chez un patient adulte atteint d'une hypercholestérolémie familiale hétérozygote	Remboursement : - chez un patient adulte atteint d'une hypercholestérolémie familiale hétérozygote	Remboursement : - chez un patient adulte atteint d'une hypercholestérolémie familiale hétérozygote	Remboursement : - chez un patient adulte atteint d'une hypercholestérolémie familiale hétérozygote	Remboursement : - chez un patient adulte atteint d'une hypercholestérolémie familiale hétérozygote
\$ 8310200	Remboursement : - chez un patient adulte atteint d'une hypercholestérolémie familiale homozygote	Remboursement : - chez un patient adulte atteint d'une hypercholestérolémie familiale homozygote	Remboursement : - chez un patient adulte atteint d'une hypercholestérolémie familiale homozygote	Remboursement : - chez un patient adulte atteint d'une hypercholestérolémie familiale homozygote	Remboursement : - chez un patient adulte atteint d'une hypercholestérolémie familiale homozygote
\$ 8310300	Remboursement : - chez un patient adulte atteint d'une hypercholestérolémie familiale de type autre que les 2 précédemment caractérisées	Remboursement : - chez un patient adulte atteint d'une hypercholestérolémie familiale de type autre que les 2 précédemment caractérisées	Remboursement : - chez un patient adulte atteint d'une hypercholestérolémie familiale de type autre que les 2 précédemment caractérisées	Remboursement : - chez un patient adulte atteint d'une hypercholestérolémie familiale de type autre que les 2 précédemment caractérisées	Remboursement : - chez un patient adulte atteint d'une hypercholestérolémie familiale de type autre que les 2 précédemment caractérisées
\$ 8310400	Remboursement : - chez un patient enfant, adolescent ou jeune adulte (moins de 18 ans) atteint d'une hypercholestérolémie familiale.	Remboursement : - chez un patient enfant, adolescent ou jeune adulte (moins de 18 ans) atteint d'une hypercholestérolémie familiale. - en cas de greffe cardiaque (conditions actuelles maintenues mais transférées dans un nouveau paragraphe).	Remboursement : - chez un patient enfant, adolescent ou jeune adulte (moins de 18 ans) atteint d'une hypercholestérolémie familiale.	Remboursement : - chez un patient enfant, adolescent ou jeune adulte (moins de 18 ans) atteint d'une hypercholestérolémie familiale.	Remboursement : - chez un patient enfant, adolescent ou jeune adulte (moins de 18 ans) atteint d'une hypercholestérolémie familiale.
\$ 8310500	Remboursement : - en cas de greffe cardiaque (conditions actuelles maintenues mais transférées dans un nouveau paragraphe).	Remboursement : - en cas de greffe cardiaque (conditions actuelles maintenues mais transférées dans un nouveau paragraphe).			

(*) Crestor 5 mg (ancien § 2780201)

Nouveaux Paragraphes	Remboursement :
§ 8320100	a) chez un patient adulte présente des facteurs prédisposants (*) de myopathie / rhabdomyolyse et pour lesquels une dose journalière de 5 mg est suffisante chez des bénéficiaires adultes atteints d'une hypercholestérolémie familiale hétérozygote
§ 8320200	b) chez un patient adulte présentant des facteurs prédisposants (*) de myopathie / rhabdomyolyse et pour lesquels une dose journalière de 5 mg est suffisante et pour autant qu'elle soit administrée chez des bénéficiaires adultes atteints d'une hypercholestérolémie familiale homozygotes
§ 8320300	c) dans le cadre du traitement de patients ayant des facteurs prédisposants (*) de myopathie / rhabdomyolyse et pour lesquels une dose journalière de 5 mg est suffisante et pour autant qu'elle soit administrée chez des bénéficiaires adultes atteints d'une dyslipidémie de type génétique autre que celles décrites aux points a) et b) ci-dessus.
§ 8320400	d) dans le cadre du traitement de patients ayant des facteurs prédisposants (*) de myopathie / rhabdomyolyse et pour lesquels une dose journalière de 5 mg est suffisante chez des bénéficiaires enfants ou adolescents (moins de 18 ans) atteints d'une hypercholestérolémie familiale

2/ Ezétimibe

2.1. : Ezetimibe seul : Ezétrol

Catégorie A (ancien \$3000100)	
Nouveaux Paragraphes	Remboursement :
	1. Pour un patient adulte
	1.1. En monothérapie en cas d'intolérance ou de contre-indication aux statines
\$ 8330100	- patient adulte atteint d'une hypercholestérolémie familiale hétérozygote
	- patient adulte atteint d'une hypercholestérolémie familiale homozygote
\$ 8330100	1.2. En association avec une statine
	2. Pour un patient enfant , adolescent ou jeune adulte (moins de 18 ans) en cas d'hypercholestérolémie familiale
\$ 8330200	2.1. En monothérapie en cas d'intolérance ou de contre-indication aux statines
\$ 8330200	2.2. En association avec une statine
Catégorie B (ancien \$ 3000200)	
Nouveaux Paragraphes	Remboursement :
\$ 8330300	Traitement en monothérapie d'une hypercholestérolémie primaire
\$ 8330300	Traitement en bi-thérapie dans laquelle l'ézétimibe est ajoutée à un traitement préalable avec une statine

2.2. Etétimibe en association fixe

2.2.1. : Inegy

Catégorie A (ancien § 4340100)	
Nouveaux Paragraphes	Remboursement :
§ 8350100	1. Pour un patient adulte après autorisation préalable : - de remboursement d'une statine - de remboursement d'ézétimibe et d'une statine
§ 8350200	2. Pour un patient enfant , adolescent ou jeune adulte (moins de 18 ans) après autorisation préalable : - de remboursement d'une statine - de remboursement d'ézétimibe et d'une statine
Catégorie B (ancien § 4340200)	
Nouveaux Paragraphes	Remboursement :
§ 8350300	Traitement d'une hypercholestérolémie primaire: traitement après monothérapie ou après bi-thérapie (conditions actuelles maintenues mais transférées dans un nouveau paragraphe).

2.2.2 : Atozet

Catégorie A (ancien § 7860100)	
Nouveaux Paragraphes	Remboursement :
§ 8340100	1. Pour un patient adulte après autorisation préalable : - de remboursement d'une statine - de remboursement d'ézétimibe et d'une statine
Catégorie B (ancien § 7860200)	
Nouveaux Paragraphes	Remboursement :
§ 8340200	Traitement d'une hypercholestérolémie primaire : traitement après monothérapie ou après bi-thérapie (conditions actuelles maintenues mais transférées dans un nouveau paragraphe).