

**Modifications des modalités de remboursement
entrant en vigueur le 1^{er} novembre 2019**

Les spécialités suivantes sont remboursables en chapitre I à partir du 1^{er} novembre 2019 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
B-20	2215853	AMLOGAL DIVULE 10 MG X 28 COMP	G	9,74	9,74	1,79	1,07
B-224	3983566	AMLODIPINE/VALSARTAN KRKA 10 MG/160 MG 98 COMP	G	50,07	50,07	12,84	7,63
B-224	3983558	AMLODIPINE/VALSARTAN KRKA 5 MG/160 MG 98 COM	G	45,89	45,89	11,84	7,04
B-224	3983541	AMLODIPINE/VALSARTAN KRKA 5 MG/80 MG 98 COMP	G	35,15	35,15	9,29	5,53
C-37	3532587	AMOXICILLIN CLAVULANIC ACID AB 875MG/125MG X 10 COMP	G	9,55	9,55	3,45	3,45
C-37	3532595	AMOXICILLIN CLAVULANIC ACID AB 875MG/125MG X 20 COMP	G	13,95	13,95	6,47	6,47
CS-7	3983269	DESLORATADINE AB 5 MG X 100 COMP	G	15,92	15,92	9,39	9,39
CS-7	3983251	DESLORATADINE AB 5 MG X 30 COMP	G	9,09	9,09	3,77	3,77
CS-7	4111845	DESLORATADINE AB 5 MG X 50 COMP,	G	11,76	11,76	5,96	5,96
CX-2	3951068	DESOLINA 0,150 MG/0,030 MG X 63 COMP	G	9,33	9,33	5,28	5,28
B-73	3167327	ESCIDIVULE 10 MG X 100 COMP	G	24,14	24,14	6,68	3,98
B-73	3167319	ESCIDIVULE 20 MG X 100 COMP	G	24,14	24,14	6,68	3,98
B-110	3964632	KEFZOL 1 G 10 FL INJECT 1 G PULV + SOLV	R	29,76	24,76	11,83	9,07
B-56	2044949	TRAMIUM 100 MG X 30 CAPS	G	10,11	10,11	1,92	1,15
B-355	1028190	ZALVOR CREME 30 GR		14,34	14,34	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 1^{er} novembre 2019 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
A-20	3951704	ATAZANAVIR KRKA 300 MG 30 GEL 300 MG	G	159,87	159,87	0,00	0,00
A-20	4118436	EMTRICITABINE/TENOFOVIR EG 200MG/245MG 30 COMP	G	168,25	168,25	0,00	0,00
A-20	4118477	EMTRICITABINE/TENOFOVIR EG 200MG/245MG 90 COMP	G	452,91	452,91	0,00	0,00
B-345	4118436	EMTRICITABINE/TENOFOVIR EG 200MG/245MG 30 COMP	G	168,25	168,25	12,10	8,00
B-345	4118477	EMTRICITABINE/TENOFOVIR EG 200MG/245MG 90 COMP	G	452,91	452,91	15,00	9,90
A-50	3908837	REFIXIA 1000 UI 1 FL INJECT 1 ML PUVL +SOLV		1640,37	1640,37	0,00	0,00
A-50	3908845	REFIXIA 2000 UI 1 FL INJECT 1 ML PUVL +SOLV		3271,50	3271,50	0,00	0,00
A-50	3908829	REFIXIA 500 UI 1 FL INJECT 1 ML PUVL +SOLV		824,92	824,92	0,00	0,00
B-221	4106951	SUMATRIPTAN MYLAN 100 MG 48 COMP,	G	48,20	48,20	12,10	7,36
B-221	4106944	SUMATRIPTAN MYLAN 50 MG 48 COMP,	G	48,20	48,20	12,10	7,36

Les spécialités suivantes sont remboursables moyennant autorisation du médecin conseil de **durée illimitée** – **type d** (code '?' au Tarif) à partir du 1^{er} novembre 2019 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
B-265	3983244	SOLIFENACIN KRKA 10 MG X 250 COMP	G	186,70	186,70	15,00	9,90
B-265	3983236	SOLIFENACIN KRKA 5 MG X 250 COMP	G	140,35	140,35	15,00	9,90
B-265	3872157	SOLIFENACINE MYLAN 10MGX 30 COMP	G	28,70	28,70	7,76	4,62
B-265	3978327	SOLIFENACINE MYLAN 10 MG X 200 COMP	G	151,21	151,21	15,00	9,90
B-265	3872140	SOLIFENACINE MYLAN 5MG X 30 COMP	G	22,93	22,93	6,39	3,81
B-265	3978335	SOLIFENACINE MYLAN 5 MG X 200 COMP	G	114,27	114,27	15,00	9,90
B-265	3398849	VESICARE 1 MG/ML 1 FLAC 150 ML SUSP		27,79	27,79	7,55	4,49

Les spécialités suivantes sont remboursables moyennant autorisation du médecin conseil de **type e** (code 'E' au Tarif) à partir du 1^{er} novembre 2019 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
B-250	3966595	CELECOXIB AB 100 MG 60 GEL 100 MG	G	15,69	15,69	3,83	2,30
B-250	3966603	CELECOXIB AB 100 MG 100 GEL 100 MG	G	22,96	22,96	6,40	3,81

Chapitre V

L'AR du 1^{er} février 2018 reprend sous l'article 129 que par dérogation à la disposition de l'article 9, des spécialités peuvent également être admises au remboursement sans que la firme qui commercialise la spécialité concernée en Belgique n'ait introduit de demande à cet effet, lorsque le Ministre ou la Commission constate en application du § 2 ou du § 3 que les bénéficiaires sont privés de l'intervention de l'assurance pour des moyens thérapeutiques valables. Les spécialités concernées sont reprises au chapitre V de la liste, aux conditions prévues par la Commission. Ces conditions peuvent être reprises dans les chapitres I, II, III, IV, IV bis, VI, VII ou VIII. Au 1^{er} novembre une première spécialité sera reprise au chapitre V. Il s'agit de Camcolit 400mg x 100 comp-CNK 0805358. Cette spécialité sera remboursée conformément aux règles de remboursement du chapitre I. En pratique pour le pharmacien rien ne change.

La spécialité suivante est remboursable en chapitre V à partir du 1^{er} novembre 2019 :

Crit	CNK	Benaming		PP	TB	Actief	WIGW
B-75	0805358	CAMCOLIT COMP 100 X 400 MG		24,57	24,57	6,78	4,04

Les contraceptifs suivants sont remboursables pour les jeunes femmes à partir du 1^{er} novembre 2019 :

CNK	Dénomination		PP	BR	ACTIF	VIPO
3951068	DESOLINA 30 0,150MG/0,030MG x 63 TABL		9,33	9,33	0,00	0,00
3951076	DESOLINA 30 0,150MG/0,030MG x 126 TABL		14,13	14,13	0,00	0,00

Les spécialités suivantes sont supprimées du remboursement à partir du 1^{er} novembre 2019

Crit	CNK	Dénomination
C-37	2774016	AZITHROMYCINE 500 MG X 6 COMP MYLAN KDT
B-73	3550670	BUPROPION SANDOZ 300MG X 30 COMP LIBER.MODIF
B-73	3550688	BUPROPION SANDOZ 300MG X 90 COMP LIBER.MODIF
C-37	2205755	CLARITHROMYCINE MYLAN EPD FORTE 10 COMP X 500MG
B-224	2899300	CO VALSARTAN MYLAN 160 MG/12,5 MG COMP PELL 28
B-224	2899292	CO VALSARTAN MYLAN 160 MG/12,5 MG COMP PELL 98
B-224	2899284	CO VALSARTAN MYLAN 160 MG/25,0 MG COMP PELL 28
B-224	2899276	CO VALSARTAN MYLAN 160 MG/25,0 MG COMP PELL 98
B-224	2899326	CO VALSARTAN MYLAN 80 MG/12,5 MG COMP PELL 28
B-224	2899318	CO VALSARTAN MYLAN 80 MG/12,5 MG COMP PELL 98
B-248	4111811	IDACIO 40MG/0,8ML OPL INJ 50MG/ML FL INJ 2
B-255	4111811	IDACIO 40MG/0,8ML OPL INJ 50MG/ML FL INJ 2
B-281	4111811	IDACIO 40MG/0,8ML OPL INJ 50MG/ML FL INJ 2
C-37	3164464	MOXIFLOXACIN MYLAN 400 MG COMP PELL 5
C-37	3164472	MOXIFLOXACIN MYLAN 400 MG COMP PELL 10
C-37	0123950	PENI ORAL COMP 15 X 1000000 U
B-73	2216174	SERTRALINE MYLAN 100 MG COMP 30
B-265	3945821	SOLIFENACINE EG 5MG X 100 COMP PVC/ALU
B-265	3945839	SOLIFENACINE EG 5MG X 200 COMP PVC/ALU
B-265	3945847	SOLIFENACINE EG 10MG X 100 COMP PVC/ALU
B-224	2926798	VALSARTAN MYLAN 80 MG COMP PELL 28 X 80 MG
B-224	2926806	VALSARTAN MYLAN 80 MG COMP PELL 98 X 80 MG
B-224	2926814	VALSARTAN MYLAN 160 MG COMP PELL 28 X 160 MG
B-224	2926822	VALSARTAN MYLAN 160 MG COMP PELL 98 X 160 MG
B-224	2926830	VALSARTAN MYLAN 320 MG COMP PELL 28 X 320 MG
B-224	2926848	VALSARTAN MYLAN 320 MG COMP PELL 98 X 320 MG
C-38	3613205	VICKS ANTI ALLERGIE SPRAY NASAL 150 DOSES
B-60	0098616	VOLTAREN COMP 100 X 25 MG

Trajets de soins Diabète

Dans le cadre des trajets de soins « Diabète » les moyens suivants sont ajoutés à partir du 1^{er} novembre 2019 :

CNK	Indic	Dénomination	Benaming	Labo	AfFabrP PexUs	AprPrijs PrixPhn	AprPrijs BTW incl. PrixPhn TVA incl.
3932-076 7114531*	X	FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS - 50 bandelettes	FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS - 50 strips	ABBOTT DIABETES CARE SA/NV	21,00	21,80	23,11
3125-192 7114549*	Z	FREESTYLE PRECISION NEO glucometer – 1 set	FREESTYLE PRECISION NEO bloedglucosemeter – 1 set	ABBOTT DIABETES CARE SA/NV	18,50	20,91	22,16
3931-870 7114556*	Z	ONE TOUCH VERIO REFLECT SYSTEM KIT – 1 kit	ONE TOUCH VERIO REFLECT SYSTEM KIT – 1 kit	LIFESCAN	18,50	20,91	22,16
3931-862 7114564*	Z	ONE TOUCH VERIO FLEX SYSTEM KIT – 1 kit	ONE TOUCH VERIO FLEX SYSTEM KIT – 1 kit	LIFESCAN	18,50	20,91	22,16

Trajets de soins Insuffisance rénale

Dans le cadre des Trajets de soins « insuffisance rénale » les modifications suivantes sont apportés à la liste des tensiomètres remboursables à partir du 1^{er} novembre 2019 :

CNK-code Code CNK	Benaming Dénomination	Prix pharmacien (incl. TVA, BEBAT, RECUPEL) apothekerprijs (incl. BTW, BEBAT, RECUPEL)	Supplément bénéficiaire Toeslag rechthebbende
2864411 7111271*	TENSOVAL DUO CONTROL MEDIUM Paul Hartman	74,44 €	14,44 €
2864429 7111289*	TENSOVAL DUO CONTROL LARGE Paul Hartman	74,44 €	14,44 €

Sont remplacés comme suit :

CNK-code Code CNK	Benaming Dénomination	Prix pharmacien (incl. TVA, BEBAT, RECUPEL) apothekerprijs (incl. BTW, BEBAT, RECUPEL)	Supplément bénéficiaire Toeslag rechthebbende
3730926 7114515*	VEROVAL DUO CONTROL MEDIUM Paul Hartman	74,44 €	14,44 €
3730918 7114523*	VEROVAL DUO CONTROL LARGE Paul Hartman	74,44 €	14,44 €

Les aliments diététiques à des fins médicales suivants sont remboursables à partir du 1^{er} novembre :

Au chapitre 1 § 10000:

Criterium Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegemeotk. Base de rembours.	I	II
A	3960-143	PKU start (Vitaflo International Ltd.) 4 X 400g	M	258,55	258,55	0,00	0,00
	7002-215	* 1 x 400 g		52,8800	52,8800		
	7002-215	** 1 x 400 g		51,1025	51,1025		
A	3960-176	PKU 1 mix (Nutricia) 4 X 450g	M	49,83	49,83	0,00	0,00
	7002-256	* 1 x 450 g		44,8600	44,8600		
	7002-256	** 1 x 450 g		37,7500	37,7500		

Au chapitre 1 § 30000

Critérium Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegemeoetk. Base de rembours.	I	II
B	3955-622 7002-223 7002-223	Alfamino (Nestlé Health Science Belgique) 400 g * 400 g ** 400 g	M	42,30 39,0900 32,1100	42,30 39,0900 32,1100	6,34	10,57
B	3960-150 7002-231 7002-231	Nutramigen PURAMINO Junior (Mead Johnson Nutrition Belgique) 400 g * 400 g ** 400 g	M	42,30 41,1500 34,0400	42,30 41,1500 34,0400	6,34	10,57

Au chapitre 1 § 140000

A	3960-168 7002-249 7002-249	Milupa UCD 2 prima (Nutricia) 500 g * 500 g ** 500 g	M	166,82 133,4200 126,3100	166,82 133,4200 126,3100	0,00	0,00
---	----------------------------------	--	---	--------------------------------	--------------------------------	------	------

Pansements Actifs :

Les pansements actifs suivants ont été ajoutés à la liste des pansements actifs remboursables conformément à l' AR 23/03/2019 (MB 15/04/2019)

CNK	Benaming van het product	TYPE	PP	TB	Actief	WIGW
3873833	ALLEVYN LIFE NON BORDERED 10X20CM 10 66801751	Pseudomousse	50,05	50,05	40,04	40,04
3873817	ALLEVYN LIFE NON BORDERED 16X16CM 10 66801749	Pseudomousse	61,34	61,34	49,07	49,07
3873841	ALLEVYN LIFE NON BORDERED 20X50CM 2 66801752	Pseudomousse	49,81	49,81	39,85	39,85
3873825	ALLEVYN LIFE NON BORDERED 21X21CM 10 66801750	Pseudomousse	89,91	89,91	71,93	71,93
1729078	L-MESITRAN TUBE 20G	Hydrogel	7,96	7,96	6,37	6,37
1660091	L-MESITRAN POMMADE MIEL 50G	Hydrogel	15,01	15,01	12,01	12,01
2187870	L-MESITRAN SOFT GEL 15G	Hydrogel	6,26	6,26	5,01	5,01
2139756	L-MESITRAN SOFT ONGUENT PLAIES 50G	Hydrogel	15,87	15,87	12,70	12,70

Source: info APB 24/10/2019