

**Modifications des modalités de remboursement
entrant en vigueur le 1^{er} juin 2020**

Les spécialités suivantes sont remboursables en chapitre I à partir du 1^{er} juin 2020 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
B-73	4130209	BUPROPION TEVA 150 MG 30 TABL LIB MOD	G	18,25	18,25	4,69	2,81
B-73	4130217	BUPROPION TEVA 150 MG 90 TABL LIB MOD	G	35,58	35,58	9,37	5,57
B-73	4135737	BUPROPION TEVA 300 MG 30 TABL LIB MOD	G	28,32	28,32	7,65	4,55
B-73	4135745	BUPROPION TEVA 300 MG 90 TABL LIB MOD	G	58,78	58,78	14,87	8,83
A-29	4133930	DAILIPOINT 0,5MG 100 CAPS PL	G	65,67	65,67	0,00	0,00
A-29	4133963	DAILIPOINT 1 MG 100 CAPS PL	G	104,81	104,81	0,00	0,00
A-29	4133955	DAILIPOINT 3 MG 100 CAPS PL	G	288,18	288,18	0,00	0,00
A-29	4133948	DAILIPOINT 5 MG 100 CAPS PL	G	461,55	461,55	0,00	0,00
Cx-2	4101697	DESOLINA 20 0,020MG/0,150MG COMP 13 X 21	G	28,86	28,86	24,82	24,82
B-73	4169736	DULOXETINE TEVA GENERICS 30 MG 100 CAPS GASTROR	G	30,57	30,57	8,19	4,87
B-73	4169744	DULOXETINE TEVA GENERICS 60 MG 100 CAPS GASTROR	G	37,40	37,40	9,81	5,83
B-289	4182507	MYROSOR 10 MG/10 MG 30 TABL	R	25,94	25,94	7,09	4,22
B-289	4182515	MYROSOR 20 MG/10 MG 30 TABL	R	26,17	26,17	7,14	4,25
B-73	3269602	PAROXETINE SANDOZ 20 MG 100 TABL	G	29,91	29,91	8,03	4,78
B-41	4169371	PRAVASOR 40 MG 28 TABL	G	17,63	17,63	4,47	2,68
B-41	4169363	PRAVASOR 40 MG 98 TABL	G	31,28	31,28	8,35	4,97

Les spécialités suivantes sont remboursables moyennant autorisation du médecin conseil de durée limitée – type b (code '?' au Tarif) à partir du 1^{er} juin 2020 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
A-20	4160511	BIKTARVY 50MG/200MG/ 25MG ABACUS 30 COMP		854,24	854,24	0,00	0,00
A-20	3832763	DARUNAVIR SANDOZ 800MG COMP 30 FL HDPE	G	181,01	181,01	0,00	0,00
B-343	4160099	ENTRESTO 97MG/103MG 168 COMP		359,92	359,92	15,00	9,90
B-343	4160107	ENTRESTO 49MG/51MG 168 COMP		359,92	359,92	15,00	9,90
A-10	4166856	OMNITROPE 5MG/1,5ML ABACUS OPL INJ CART 5		505,45	505,45	0,00	0,00
B-239	4166856	OMNITROPE 5MG/1,5ML ABACUS OPL INJ CART 5		505,45	505,45	12,10	8,00
A-10	4166864	OMNITROPE 5MG/1,5ML ABACUS OPL INJ CART 10		1001,52	1001,52	0,00	0,00
B-239	4166864	OMNITROPE 5MG/1,5ML ABACUS OPL INJ CART 10		1001,52	1001,52	12,10	8,00
A-10	4165510	OMNITROPE 10MG/1,5ML ABACUS OPL INJ CART 10		1993,70	1993,70	0,00	0,00
B-239	4165510	OMNITROPE 10MG/1,5ML ABACUS OPL INJ CART 10		1993,70	1993,70	12,10	8,00
B-134	4148888	POSACONAZOL SANDOZ 100 MG 24 TABL GASTRR	G	364,45	364,45	12,10	8,00
A-58	4148888	POSACONAZOL SANDOZ 100MG 24 TABL GASTRR	G	364,45	364,45	0,00	0,00
B-134	4148888	POSACONAZOL SANDOZ 100MG 24 TABL GASTRR	G	364,45	364,45	12,10	8,00
A-58	4212098	POSACONAZOLE ACCORD 100 MG 24 TABL GASTRR	G	364,45	364,45	0,00	0,00



Office de tarification de l'UPHOC

www.uphoc.com

Les spécialités suivantes sont remboursables moyennant une attestation du médecin conseil de **type e** (code 'E' au Tarif des spécialités) à partir du 1^{er} juin 2020 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
A-73	4157665	BARACLUDE 0,5MG ABACUS 30 TABL		343,56	343,56	0,00	0,00
A-73	4160529	BARACLUDE 1,0MG ABACUS 30 TABL		426,06	426,06	0,00	0,00
B-281	2650406	CIMZIA 200MG INSP OPL 2 SER PRER+2TAMPONS		960,97	960,97	12,10	8,00
B-281	3551751	CIMZIA 200MG OPL INJ 2.STYLO + 2 TAMPONS		960,97	960,97	12,10	8,00
B-281	3730884	CIMZIA 200MG OPL INJ CART2X1ML + 2 LING ALC		960,97	960,97	12,10	8,00
A-20	3832490	DARUNAVIR SANDOZ 600MG 60 TABL FL HDPE	G	285,50	285,50	0,00	0,00
B-356	3641941	DUPIXENT 300 MG 2 VRGV SP 2 ML CONC SOL INJECT	T	1269,88	1269,88	12,10	8,00
B-356	3631108	DUPIXENT 300 MG 6 VRGV SP 2 ML CONC SOL INJECT	T	3790,88	3790,88	12,10	8,00
B-250	4117784	ETORICOXIB AB 30 MG 28 TABL	G	12,67	12,67	2,77	1,66
B-250	4117792	ETORICOXIB AB 30 MG 98 TABL	G	29,30	29,30	7,88	4,69
B-250	4117826	ETORICOXIB AB 60 MG 98 TABL	G	40,81	40,81	10,61	6,31
B-250	4117859	ETORICOXIB AB 90 MG 98 TABL	G	42,80	42,80	11,09	6,59
B-255	4178919	HULIO 40MG ABACUS OPL INJ 2 STYLO PRER		583,20	583,20	12,10	8,00
B-248	4178919	HULIO 40MG ABACUS OPL INJ 2 STYLO PRER		583,20	583,20	12,10	8,00
B-281	4178919	HULIO 40MG ABACUS OPL INJ 2 STYLO PRER		583,20	583,20	12,10	8,00
B-339	4178919	HULIO 40MG ABACUS OPL INJ 2 STYLO PRER		583,20	583,20	12,10	8,00
B-248	4178919	HULIO 40MG ABACUS OPL INJ 2 STYLO PRER		583,20	583,20	12,10	8,00
A-120	3365103	PRALUENT 75MG OPL INJ 2 STYLO PRER	T	602,18	602,18	0,00	0,00
A-120	3365129	PRALUENT 75MG OPL INJ 6 STYLO PRER	T	1432,09	1432,09	0,00	0,00
A-120	3365111	PRALUENT 150MG OPL INJ 2 STYLO PRER	T	602,18	602,18	0,00	0,00
A-120	3365137	PRALUENT 150MG OPL INJ 6 STYLO PRER	T	1432,09	1432,09	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} juin 2020 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
A-89	4182507	MYROSOR 10 MG/10 MG 30 TABL	R	25,94	25,94	0,00	0,00
A-89	4182515	MYROSOR 20 MG/10 MG 30 TABL	R	26,17	26,17	0,00	0,00
A-45	4169371	PRAVASOR OMHULDE 40 MG 28 TABL	G	17,63	17,63	0,00	0,00
A-45	4169363	PRAVASOR 40 MG 98 TABL	G	31,28	31,28	0,00	0,00

Les contraceptifs suivants sont remboursables pour les jeunes à partir du 1^{er} juin 2020 :

CNK	Benaming	PP	TB	Actief	WIGW
4180287	MYLOOP 0,120MG/0,015MG/24H DISPOS US VAG. 6	52,84	52,84	34,84	34,84
4135224	SLINDA 4 MG 3 x 28	33,94	33,94	24,94	24,94
4135216	SLINDA 4 MG 6 x 28	57,69	57,69	39,69	39,69

Les spécialités suivantes sont supprimées du remboursement à partir du 1^{er} juin 2020

Crit	CNK	Dénomination
A-55	1523893	ACICLOVIR MYLAN 800 COMP 35 X 800 MG
B-135	1523893	ACICLOVIR MYLAN 800 COMP 35 X 800 MG
A-4	3901725	CREON 20000 300MG MAAGSAPRESIST HARDE CAPS 100
B-51	3901725	CREON 20000 300MG MAAGSAPRESIST HARDE CAPS 100
B-56	1169317	DOLZAM AMP 5X2ML 100MG/2ML
B-56	1169309	DOLZAM AMP 10X2ML 100MG/2ML
B-56	1575364	DOLZAM UNO 200 TABL 28 X 200 MG
B-174	3945672	FENTIBEL 200MG CAPS ZACHT 3
B-174	3945664	FENTIBEL 20MG/G VAGINALE CREME TUBE 35G+7 APPLIC.
B-174	3945680	FENTIBEL 600MG CAPS ZACHT 1
A-16	0062695	OBRACIN AMP 3X80MG/2ML
B-116	0062695	OBRACIN AMP 3X80MG/2ML

Mesures prises dans le contexte de la crise du corona-virus

1. Eylea et Lucentis

Eylea et Lucentis restent momentanément remboursables en officine jusqu'au 30 juin.

2. Autorisations de remboursement du médecin conseil

Les autorisations de toutes les prestations pharmaceutiques (spécialités, dispositifs médicaux, alimentation spéciale, autosondage, magistrale ea.) **dont la date de fin de validité est comprise entre le 13 mai et le 30 juin (y compris), sont prolongées de 3 mois.**

Plus d'infos sur le site web de l'INAMI :

<https://www.riziv.fgov.be/fr/covid19/Pages/ajustement-regles-prolongation-autorisations-remboursement-oa-pharma.aspx>

3. Oxygénothérapie

- Pour l'oxygène gazeux et les oxyconcentrateurs, si l'autorisation actuelle expire entre le 13 mai 2020 et le 30 juin 2020, elle sera automatiquement prolongée de 3 mois et permettra le remboursement de maximum 9 périodes de 1 mois, pour reporter à une date ultérieure le passage à l'oxygénothérapie à long terme si nécessaire
- Interchangeabilité des autorisations délivrés par les médecins-conseils dans le cadre de l'oxygénothérapie : une autorisation donné pour un type d'oxygénothérapie est également valable pour un autre type d'oxygénothérapie. Ces dispositions prennent cours le 1er avril 2020 et sont d'application jusqu'à la fin de la crise (le Ministre des affaires sociales déterminera une date).

4. Antifongiques

L'élargissement des indications remboursables des antifongiques (traitement de certaines infections fongiques chez des patients atteints du COVID-19) reste d'application (une autorisation du médecin conseil reste obligatoire).

Plus d'infos sur le site web de l'INAMI :

<https://www.riziv.fgov.be/fr/covid19/Pages/eviter-impact-report-soins-non-urgents-regles-remboursement-certains-medicaments.aspx#Antifongiques>

Source: info APB 27/05/2020