

Modifications des modalités de remboursement entrant en vigueur au 1^{er} novembre 2021

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre I, à partir du 1^{er} novembre 2021 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
B-268	4394292	EZETIMIBE TEVA GENERICS 10 MG 30 TABL	G	19,11	19,11	4,95	2,97
B-268	4394300	EZETIMIBE TEVA GENERICS 10 MG 100 TABL	G	40,92	40,92	10,60	6,30
B-262	4283602	GABAPENTINE EG (PI-PHARMA) 300 MG 90 CAPS	G	19,51	19,51	5,09	3,05
B-262	4284782	GABAPENTINE EG (PI-PHARMA) 300 MG 200 CAPS	G	35,88	35,88	9,41	5,59
B-60	4388039	IBUPROFEN AB 600 MG 30 TABL	G	6,73	6,73	0,67	0,40
B-60	4388047	IBUPROFEN AB 600 MG 60 TABL	G	7,81	7,81	1,09	0,65
B-60	4388054	IBUPROFEN AB 800 MG 30 TABL	G	7,71	7,71	1,05	0,63
B-60	4388062	IBUPROFEN AB 800 MG 60 TABL	G	10,21	10,21	1,90	1,14
B-60	4388070	IBUPROFEN AB 800 MG 100 TABL	G	13,68	13,68	3,09	1,86
B-224	4393245	LOSARTAN AB 100 MG 98 TABL	G	20,73	20,73	5,50	3,30
B-224	4393252	LOSARTAN AB 50 MG 98 TABL	G	20,73	20,73	5,50	3,30
B-346	4347779	TRIMBOW 88 µG/5 µG/9 µG 120 DOS INHAL		62,66	62,66	12,10	8,00
B-346	4347761	TRIMBOW 88 µG/5 µG/9 µG 360 DOS INHAL		163,85	163,85	12,10	8,00
A-28	1415314(*)	XELODA TABL 60 X 150 MG	R	31,12	31,12	0,00	0,00
A-28	1415322(*)	XELODA TABL 120 X 500 MG	R	155,78	155,78	0,00	0,00

(*) supprimé du chapitre IV

La spécialité suivante est remboursable au chapitre II (contrôle à posteriori) à partir du 1^{er} novembre 2021 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
B-48	4380119	OMEPRAZOL AB 10 MG 56 CAPS GASTROR	G	12,64	12,64	2,74	1,64

Les spécialités suivantes sont remboursables au chap IV, moyennant autorisation du médecin conseil à durée limitée – **type b** (code '?' au Tarif) à partir du 1^{er} novembre 2021 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
A-20	4247763	ABACAVIR/LAMIVUDINE MYLAN PHARMA 600 MG/300 MG 30 TABL	G	143,63	143,63	0,00	0,00
A-110	4313557	EUCREAS 50 MG/1000 MG (PI-PHARMA) 180 TABL	C R	127,52	127,52	0,00	0,00
A-110	4313540	EUCREAS 50 MG/850 MG (PI-PHARMA) 180 TABL	C R	127,52	127,52	0,00	0,00
A-65	3461282	IMATINIB TEVA 100MG COMP 120	G	876,77	876,77	0,00	0,00
A-65	3461290	IMATINIB TEVA 400MG COMP 30	G	863,88	863,88	0,00	0,00
A-23	4426839	LEDAGA 160 µG/G 1 TUBE 60 G GEL		1486,40	1486,40	0,00	0,00
B-227	4166732	MAYZENT 0,25 MG 12 COMP	T	277,01	277,01	12,10	8,00
B-227	4166724	MAYZENT 0,25 MG 120 TABL	T	1614,15	1614,15	15,00	9,90
B-227	4166716	MAYZENT 2 MG 28 TABL	T	1507,18	1507,18	12,10	8,00
A-20	4299715	TIVICAY 5 MG 60 DISP TABL, 5 MG		133,22	133,22	0,00	0,00

Les spécialités suivantes sont remboursables au chap IV, moyennant autorisation du médecin conseil à durée illimitée – **type d** (code '?' au Tarif) à partir du 1^{er} novembre 2021 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
A-71	4394300	EZETIMIBE TEVA GENERICS 10 MG 100 TABL	G	40,92	40,92	0,00	0,00
A-71	4394292	EZETIMIBE TEVA GENERICS 10 MG 30 TABL	G	19,41	19,41	0,00	0,00
B-265	4426714	FESOTERODINE EG 4 MG 100 TABL PROL	G	59,5	59,5	14,98	8,9
B-265	4426698	FESOTERODINE EG 4 MG 30 TABL PROL	G	26,38	26,38	7,16	4,26
B-265	4426706	FESOTERODINE EG 4 MG 84 TABL PROL	G	51,03	51,03	12,98	7,71
B-265	4426748	FESOTERODINE EG 8 MG 100 TABL PROL	G	61,87	61,87	15	9,23
B-265	4426722	FESOTERODINE EG 8 MG 30 TABL PROL	G	28,81	28,81	7,74	4,61
B-265	4426730	FESOTERODINE EG 8 MG 84 TABL PROL	G	56,36	56,36	14,24	8,46
A-5	4284782	GABAPENTINE EG (PI-PHARMA) 300 MG 200 CAPS	G	35,88	35,88	0,00	0,00
A-5	4283602	GABAPENTINE EG (PI-PHARMA) 300 MG 90 CAPS	G	19,51	19,51	0,00	0,00
C-6	4392494	LOPERAMIDE AB 2 MG 200 CAPS	G	17,46	17,46	8,77	8,77
B-223	4392494	LOPERAMIDE AB 2 MG 200 CAPS	G	17,46	17,46	4,38	2,63
C-6	4392502	LOPERAMIDE AB 2 MG 60 CAPS	G	8,51	8,51	2,65	2,65
B-223	4392502	LOPERAMIDE AB 2 MG 60 CAPS	G	8,51	8,51	1,33	0,80
B-76	4426821	PRAMIPEXOL EG 0,26 MG 100 TABL PROL	G	30,71	30,71	8,19	4,87

Les spécialités suivantes sont remboursables au chap IV, moyennant autorisation du médecin conseil à durée limitée – **type type 'e'** (code 'E' dans le Tarif) à partir du 1^{er} novembre 2021 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
B-279	4426672	ACIDE ZOLEDRON.AL.T. 4MG/100ML SOL INF POCHE 100ML	G	112,82	112,82	12,10	8,00
B-88	4426680	ACIDE ZOLEDRON.AL.T. 5MG/100ML SOL INF POCHE 100ML	G	160,70	160,70	12,10	8,00
B-230	4426680	ACIDE ZOLEDRON.AL.T. 5MG/100ML SOL INF POCHE 100ML	G	160,70	160,70	12,10	8,00
B-314	4285482	COSENTYX 300 MG/2 ML 1 VRGEV PEN 2 ML, 150 MG/ML		996,90	996,90	12,10	8,00
B-305	3267846	COSENTYX 150MG/ML SOL INJ STYLO 2X1ML		996,90	996,90	12,10	8,00
B-305	4285482	COSENTYX 300 MG/2 ML 1 VRG PEN 2 ML , 150 MG/ML		996,90	996,90	12,10	8,00
B-121	4335865	COLISTINEB 2.000.000 I.E. 60 INJECTIEFLACONS	G	544,08	544,08	12,10	8,00
B-255	3963147(*)	RINVOQ 15MG COMP PROL 28		966,02	966,02	12,10	8,00
B-255	3963154(*)	RINVOQ 15MG COMP PROL 98		2687,56	2687,56	15,00	9,90
B-305	3697729	TREMFYA 100MG/ML OPL INJ VRG.SPT GLAS 1X1ML		2146,37	2146,37	12,10	8,00
B-305	3782646	TREMFYA 100MG OPL INJ VOORGEVULDE PEN 1		2146,37	2146,37	12,10	8,00

(*) Supprimé du chapitre I

Récemment une nouvelle présentation du Rotarix® (Abacus) a été mis sur le marché. Il s'agit d'un 'squeezeable tube' (tube souple) qui sera remboursable uniquement via le CNK 4183133

Les contraceptifs suivants sont ajoutés à la liste des contraceptifs remboursés pour les femmes de moins de 25 ans et pour celles ayant le statut « BIM » à partir du 1^{er} novembre 2021 :

CNK	Dénomination	PP	BR	<25a /BIM
4267415	ANCORA 375 AG NORMAL DIU	45,50	45,50	0,00
4267-381	NOVAPLUS 380 AG NORMAL DIU	45,50	45,50	0,00
4267-407	NOVAPLUS 380 AG MINI DIU	45,50	45,50	0,00
4267-399	NOVAPLUS 380 AG MAX DIU	45,50	45,50	0,00

Le contraceptif suivant, est supprimé de la liste des contraceptifs remboursés pour les femmes de moins de 25 ans et pour celles ayant le statut « BIM » à partir du 1^{er} novembre 2021 :

CNK	Dénomination
2892818	ELEONOR 0,15MG/0,03MG TABL ENROBEE 13X21

Est aussi supprimé du remboursement en catégorie Cx (voir plus loin)

Les spécialités suivantes sont supprimées du remboursement à partir du 1^{er} novembre 2021 :

Crit	CNK	Dénomination
B-6	2341469	ADALAT OROS PI PHARMA COMP 28 X 30 MG PIP
B-6	3157245	ADALAT OROS 60MG PI PHARMA COMP 56 X 60MG PIP
B-83	18028	ALBICORT 10 FL INJ 1 X 50 MG/5 ML
B-224	2345502	COAPROVEL COMP 28 X 300MG/25,0MG
B-56	1269570	DOLZAM CAPS 30X50MG
B-56	1169283	DOLZAM CAPS 60X50MG
Cx-2	2892818	ELEONOR 0,15MG/0,03MG TABL ENROBEE 13X21
B-98	2547941	NEBU-IPRASAL 0,5 MG/2,5 MG SOL INHAL NEB AMP 20
B-198	480517	PRANOX COLLYRE 5 ML 0,1 %
B-72	2171247	SOLIAN SOL PER OS FL 60 ML 100 MG/ML
B-60	1281492	SPIDIFEN 400 DOS GRAN 30
B-134	2680254	TERBINAFINE APOTEX 250 MG TABL 56 X 250 MG
B-265	2456432	DETRUSITOL RETARD 4 MG CAPS LIBERAT PROLONG 84X4MG
B-250	3309259	CELEBREX 100MG PI PHARMA CAPS DUR 60 X 100MG PIP
B-250	3309259	CELEBREX 100MG PI PHARMA CAPS DUR 60 X 100MG PIP
B-68	3816501	FEBUXOSTAT TEVA 80MG COMP PELL 28 X 80MG
B-201	1665363	INFANRIX HEXA DOS 1 SUSP INJ IM 0,5ML

SOURCE: INFO SERVICE TARIFICATION APB – 26/10/2021