

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

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

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
B-72	4405940	ARIPIPRAZOLE AB 10 mg 28 comp	G	54,81	54,81	12,10	8,00
B-72	4405957	ARIPIPRAZOLE AB 10 mg 98 comp	G	138,93	138,93	15,00	9,90
B-72	4405973	ARIPIPRAZOLE AB 15 mg 98 comp	G	138,93	138,93	15,00	9,90
B-72	4405965	ARIPIPRAZOLE AB 30 mg 98 comp	G	160,65	160,65	15,00	9,90
B-268	4219853	EZETIMIB AB 10MG COMP 28(*)	G	18,12	18,12	4,61	2,77
C-37	4436929	FLOXAPEN 500 mg 32 capsules, hard		22,38	22,38	12,18	9,90
B-216	4313565	FORADIL 12 µg (Pi-Pharma) 60 poudres inhalation		23,43	23,43	6,47	3,85
B-60	4423166	IBUPROFEN AB 400 mg 100 comp	G	8,02	8,02	1,16	0,70
B-72	4409108	OLANZAPINE AB 10 mg 28 comp	G	25,66	25,66	7,00	4,16
B-72	4409116	OLANZAPINE AB 10 mg 98 comp	G	43,35	43,35	11,17	6,64
B-72	4409074	OLANZAPINE AB 5 mg 28 comp	G	18,29	18,29	4,67	2,80
B-72	4409082	OLANZAPINE AB 5 mg 98 comp	G	36,14	36,14	9,47	5,63
B-72	4409090	OLANZAPINE AB 7,5 mg 56 comp	G	25,68	25,68	7,00	4,17
Cs-7	4436952	XYZALL 5 mg 100 comp	R	13,59	13,59	7,35	7,35

(*) voir aussi chapitre IV

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} décembre 2021 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
A-20	4404851	BIKTARVY 200 mg/25 mg/50 mg 30 comp		855,62	855,62	0,00	0,00
A-65	3494788	IMATINIB KRKA 100MG COMP120	G	882,25	882,25	0,00	0,00
A-65	3494796	IMATINIB KRKA 400MG COMP 30	G	863,88	863,88	0,00	0,00
A-92	4216347	RYBELSUS 14MG COMP 30		99,63	99,63	0,00	0,00
A-92	4213724	RYBELSUS 3MG COMP 30		99,63	99,63	0,00	0,00
A-92	4216321	RYBELSUS 7MG COMP 30		99,63	99,63	0,00	0,00
B-227	4225728	ZEPOSIA 0,23 mg + 0,46 mg 7 capsules	T	320,95	320,95	12,10	8,00
B-227	4225769	ZEPOSIA 0,92 mg 28 capsules	T	1254,99	1254,99	12,10	8,00

La spécialité suivante est remboursable au chap IV, moyennant autorisation du médecin conseil à durée illimitée – **type d** (code '?' au Tarif) à partir du 1^{er} décembre 2021 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
A-71	4219853	EZETIMIB AB 10MG COMP 28	G	18,12	18,12	0,00	0,00

voir aussi chapitre IV

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} décembre 2021 :

Crit	CNK	Dénomination	PP	BR	Actif	BIM
B-248	3786548	AMGEVITA 40MG SOL INJ 50MG/ML SER PREREMPLIE 2	498,83	498,83	12,10	8,00
B-248	3786688	AMGEVITA 40MG SOL INJ 50MG/ML SER.PREREMPLIE 6	1477,25	1477,25	12,10	8,00
B-248	3786324	AMGEVITA 40MG SOL INJ 50MG/ML STYLO PREREMPLI 2	498,83	498,83	12,10	8,00
B-248	3786308	AMGEVITA 40MG SOL INJ 50MG/ML STYLO PREREMPLIE 6	1477,25	1477,25	12,10	8,00
B-243	4367819	EFIENT 10 mg (Pi-Pharma) 84 comp	156,63	156,63	15,00	9,90
B-201	4327318	EFLUELDA 1 doses suspensie voor injectie, 60 µg/stam(*)	43,22	43,22	11,14	6,62
B-255	4297073	ENTYVIO 108MG SOL INJ SER PREREMPLIE 2	933,29	933,29	12,10	8,00
B-255	4301685	ENTYVIO 108MG SOL INJ SER PREREMPLIE 6	2778,13	2778,13	12,10	8,00
B-255	4301693	ENTYVIO 108MG SOL INJ STYLO PREREMPLIE 2	933,29	933,29	12,10	8,00
B-255	4297081	ENTYVIO 108MG SOL INJ STYLO PREREMPLIE 6	2778,13	2778,13	12,10	8,00
B-230	4230108	EVENITY 105MG OPL INJ VOORGEVULDE SPUIT 2	469,05	469,05	12,10	8,00
B-230	4230116	EVENITY 105MG OPL INJ VOORGEVULDE PEN 2	469,05	469,05	12,10	8,00
B-248	4405346	HULIO 20 mg 2 SER PREREMPLIE 0,4 mL SOL INJ 50mg/mL	254,21	254,21	12,10	8,00
B-255	4405346	HULIO 20 mg 2 SER PREREMPLIE 0,4 mL SOL INJ 50 mg/mL	254,21	254,21	12,10	8,00
B-281	4405346	HULIO 20 mg 2 SER PREREMPLIE 0,4 mL SOL INJ 50 mg/mL	254,21	254,21	12,10	8,00
B-227	4334439	PLEGRIDY 125 µg (IM) 2 SER PREREMPLIE 0,5 mL SOL INJ	683,58	683,58	12,10	8,00

(*)Nouveau § : 11050000 (unique médicament inscrit : EFLUELDA)

a) Le vaccin fait l'objet d'un remboursement chez les bénéficiaires de 65 ans et plus, et pour autant qu'il soit prescrit à des bénéficiaires qui :

- sont institutionnalisées (maison de repos et de soins, maisons de convalescence, centre de court-séjour, centre d'accueil de jour et de soins de jour, résidence-services) ;
- OU séjournant dans une autre forme d'institution.

b) L'autorisation de remboursement est accordée pour un conditionnement par nouvelle saison grippale.

c) Le remboursement est conditionné par la fourniture préalable au médecin-conseil d'un formulaire de première demande, dont le modèle est repris dans l'annexe A du présent paragraphe, complété par le médecin prescripteur, qui ainsi atteste que toutes les conditions figurant au point a) ci-dessus sont remplies avant l'initiation du traitement.

Ce vaccin ne peut donc pas être prescrit par le pharmacien.



Office de tarification de l'UPHOC

www.uphoc.com

La spécialité suivante est remboursable au chapitre IV, avec mention du médecin « 1^{ière} dose » ou « 2^{ième} dose », pour les bénéficiaires de moins de 6 mois, à partir du 1^{er} décembre 2021:

Crit	CNK	Dénomination	PP	BR	Actif	BIM
B-284	4183133	ROTARIX ABACUS SUSP BUV. 1X1,5ML TUBE	71,78	71,78	12,10	8,00

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre IV avec mention du médecin « Trajet de soins » ou « TSD » à partir du 1^{er} décembre 2021 :

Crit	CNK	Dénomination	PP	BR	Actif	BIM
A-97	4216347	RYBELSUS 14MG COMP 30	99,63	99,63	0,00	0,00
A-97	4213724	RYBELSUS 3MG COMP 30	99,63	99,63	0,00	0,00
A-97	4216321	RYBELSUS 7MG COMP 30	99,63	99,63	0,00	0,00

Intervention supplémentaire dans le prix des contraceptifs :

L'INAMI travaille actuellement à une rectification de notre législation pour accorder à tous les mêmes droits, sans discrimination fondée sur le genre. Concrètement toutes les références au genre de cette législation seront supprimées et le choix se porte sur une formulation inclusive. Ainsi, bientôt ces contraceptifs seront plus accessibles à tous les jeunes et les personnes ayant droit à l'intervention majorée qui en ont besoin, quel que soit leur genre. Dès que l'AR sera publié, les instructions Pharmanet seront adaptées de telle sorte qu'il n'y aura plus de contrôle au niveau du genre.

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

Crit	CNK	Dénomination
B-41	2839207	ATORVASTATIN APOTEX 20 MG COMP 98
B-41	2839223	ATORVASTATIN APOTEX 40 MG COMP 98
A-28	1524198	CELLTOP CAPS 40X 25MG
B-224	2895100	CO CANDESARTAN SANDOZ COMP 28 X 8 MG/12,5 MG
B-20	3094042	DILTIAZEM 200 MG SANDOZ CAPS LIBERAT PROLONG 28
A-12	2354124	GLIMEPIRIDE SANDOZ 3 MG COMP 60 X 3 MG
B-71	50005	IMAP VIAL 1 X 12 MG/6 ML
B-110	117028	KEFZOL AMP INJ 3X1G
B-224	4263125	OLMESARTAN/AMLODIPIN/HCT EG 20/ 5/12,5 COMP 28
B-224	4263265	OLMESARTAN/AMLODIPIN/HCT EG 20/ 5/12,5 COMP 30
B-224	4263273	OLMESARTAN/AMLODIPIN/HCT EG 20/ 5/12,5 COMP 98
B-224	4263141	OLMESARTAN/AMLODIPIN/HCT EG 40/10/12,5 COMP 28
B-224	4263323	OLMESARTAN/AMLODIPIN/HCT EG 40/10/12,5 COMP 30
B-224	4263331	OLMESARTAN/AMLODIPIN/HCT EG 40/10/12,5 COMP 98
B-224	4263166	OLMESARTAN/AMLODIPIN/HCT EG 40/10/25,0 COMP 28
B-224	4263380	OLMESARTAN/AMLODIPIN/HCT EG 40/10/25,0 COMP 30
B-224	4263398	OLMESARTAN/AMLODIPIN/HCT EG 40/10/25,0 COMP 98
B-224	4263133	OLMESARTAN/AMLODIPIN/HCT EG 40/ 5/12,5 COMP 28
B-224	4263299	OLMESARTAN/AMLODIPIN/HCT EG 40/ 5/12,5 COMP 30
B-224	4263307	OLMESARTAN/AMLODIPIN/HCT EG 40/ 5/12,5 COMP 98
B-224	4263158	OLMESARTAN/AMLODIPIN/HCT EG 40/ 5/25,0 COMP 28
B-224	4263356	OLMESARTAN/AMLODIPIN/HCT EG 40/ 5/25,0 COMP 30
B-224	4263364	OLMESARTAN/AMLODIPIN/HCT EG 40/ 5/25,0 COMP 98
B-224	4249165	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCTZ KRKA 20/ 5/12,5 COMP 28
B-224	4249181	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCTZ KRKA 40/10/12,5 COMP 28
B-224	4249207	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCTZ KRKA 40/10/25,0 COMP 28
B-224	4249223	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCTZ KRKA 40/ 5/12,5 COMP 28
B-224	4249140	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCTZ KRKA 40/ 5/25,0 COMP 28
B-73	3147402	SERTRALINE APOTEX 100MG COMP 30
B-73	3155371	SERTRALINE APOTEX 100MG COMP 60
B-73	3147444	SERTRALINE APOTEX 100MG COMP 100
B-168	3407913	TIMOGLAUCON 0,5% 2% PI PHARMA COLLYRE 3 X 5ML PIP
Cs-10	2929503	AGRIPPAL SUSP INJ SER PREREMPL 1X0,5 ML 2012
B-284	4332086	ROTARIX ABACUS SUSP BUV. TUBE SOUPLE 1 X 1,5ML
A-45	2839207	ATORVASTATIN APOTEX 20 MG COMP 98
A-45	2839223	ATORVASTATIN APOTEX 40 MG COMP 98
C-37	3087095	MOXIFLOXACINE TEVA 400 MG COMP 10



Office de tarification de l'UPHOC

www.uphoc.com

Douleurs chroniques : Un remboursement des antidouleurs plus avantageux et plus simple à partir du 1er janvier 2022.

Pour rappel ; actuellement (et jusqu'au 31/12/2021) il y a 2 modalités de remboursement possibles pour les antidouleurs contenant du paracétamol :

- inscrits au chapitre IV § 5460000 : remboursable en catégorie B avec une attestation de type D (durée illimitée), consultable via MCN.
- suivant l'Arrêté Royal du 3 juin 2007 : remboursable en catégorie Cx avec une attestation valable pour maximum 1 an en non consultable via MCN.

Le changement concerne la dernière situation : cet arrêté ne sera plus d'application à partir du 1^{er} janvier 2022.

Les médicaments suivants ne seront donc alors plus remboursables et les attestations en cours sont valables jusqu'au 31/12/2021 au plus tard :

2271-278	ALGOCOD	32	COMP EFFERV
2599-330	ALGOCOD	20	SACHETS
2777-837	ALGOSTASE MONO	10 x 1G	COMP
1752-534	ALGOSTASE MONO	20 x 1G	COMP EFFERV
3352-135	ALGOSTASE MONO	30 x 1 G	COMP
2107-969	ALGOSTASE MONO	40 x 1G	COMP EFFERV
2261-618	ALGOSTASE MONO	40 x 1G	SACHETS
2767-796	ALGOSTASE MONO	10 x 500 MG	COMP
0601-153	ALGOSATSE MONO	20 x 500 MG	COMP
1752-948	ALGOSTASE MONO	32 x 500 MG	COMP EFFERV
2169-704	ALGOSTASE MONO	32 x 500 MG	SACHETS
0039-347	DAFALGAN	30 x 500 MG	COMP
3391-281	DAFALGAN FORTE	20 x 1 G	COMP EFFERV
3391-273	DAFALGAN FORTE	40 x 1 G	COMP EFFERV
3276-227	DAFALGAN FORTE	16 x 1 G	COMP EFFERV
3276-235	DAFALGAN FORTE	32 x 1 G	COMP EFFERV
3507-761	DAFALGAN FORTE	20 x 1 G	COMP EFFERV
3507-753	DAFALGAN FORTE	40 x 1 G	COMP EFFERV
3391-232	DAFALGAN FORTE	16 x 1 G	COMP
3391-240	DAFALGAN FORTE	32 x 1 G	COMP
3391-257	DAFALGAN FORTE	50 x 1 G	COMP
1799-147	DAFALGAN FORTE	16 x 1 G	COMP
1799-139	DAFALGAN FORTE	32 x 1 G	COMP
1799-121	DAFALGAN FORTE	50 x 1 G	COMP
2660-918	MOBISTIX FORTE INSTANT	24 x 1000 MG	SACHETS
2660-926	MOBISTIX FORTE INSTANT	48 x 1000 MG	SACHETS
1484-211	PANADOL	20 x 1 G	COMP
1484-229	PANADOL	50 x 1 G	COMP
3768-843	PANADOL	60 x 500 MG	COMP
4232-567	PANADOL FASTTABS	60 x 500 MG	COMP
2881-084	PARACETAMOL EG	30 x 500 MG	COMP

2881-100	PARACETAMOL EG	30 x 1000 MG	COMP
2881-118	PARACETAMOL EG	60 x 1000 MG	COMP
3303-690	PARACETAMOL EG	100 x 500 mg	COMP
4180-311	PARACETAMOL EG	10 x 1000 mg	COMP
3303-708	PARACETAMOL EG	100 x 1000 mg	COMP
4159-315	PARACETAMOL EG	40 x 500mg	COMP EFFERV
4159-323	PARACETAMOL EG	20 x 1000mg	COMP EFFERV
4159-331	PARACETAMOL EG	40 x 1000mg	COMP EFFERV
4165-460	Paracetamol EG Instant Forte 1000mg granulaat (capuccino)	10 x 1000 mg	SACHETS
3042-389	PARACETAMOL SANDOZ	20 x 500 MG	COMP
3042-371	PARACETAMOL SANDOZ	30 x 500 MG	COMP
3042-397	PARACETAMOL SANDOZ	10 x 1G	COMP
3042-413	PARACETAMOL SANDOZ	30 x 1 G	COMP
3050-887	PARACETAMOL SANDOZ	32 x 1 G	COMP EFFERV
2179-604	PARACETAMOL TEVA	30 x 500 MG	COMP
2736-130	PARACETAMOL TEVA	30 x 1 G	COMP
2736-148	PARACETAMOL TEVA	60 x 1 G	COMP
3833-100	PARACETAMOL/CODEINE TEVA 500mg/30mg	90 x 500mg/30mg	COMP
1524-040	DOCPARACOD	30	COMP
1563-154	PERDOLAN	30 x 500 MG	COMP
0107-011	PE-TAM	20 x 500 MG	COMP
0601-138	WITTE KRUIS MONO	20 x 500 MG	SACHETS

Les pharmaciens sont invités à référer le plus vite possible les patients concernés vers leur médecin traitant de façon à ce que celui-ci puisse demander une nouvelle autorisation auprès du médecin-conseil de la mutuelle, pour les médicaments dans la liste ci-dessous :

*Il est conseillé au médecin de prescrire **soit en DCI, soit ces conditionnements** :*

ALGOSTASE MONO	1 g	120 tabletten
ALGOSTASE MONO	1 g	60 zakjes 1 g poeder voor drank
ALGOSTASE MONO	1 g	90 tabletten
ALGOSTASE MONO	1 g	60 bruistabletten
ALGOSTASE MONO	500 mg	100 tabletten
PARACETAMOL EG	1000 mg	120 filmomhulde tabletten
PARACETAMOL EG	500 mg	120 filmomhulde tabletten (blisterverpakking)
PARACETAMOL MYLAN	500 mg	100 tabletten
PARACETAMOL SANDOZ	1 g	120 tabletten
PARACETAMOL SANDOZ	1 g	60 tabletten
PARACETAMOL SANDOZ	1 g	100 tabletten (fles)
PARACETAMOL TEVA	1 g	90 tabletten
PARACETAMOL TEVA	1 g	100 tabletten
PARACETAMOL TEVA	1 g	120 tabletten
PARACETAMOL TEVA	500mg	100 tabletten (blisterverpakking)

Source: service tarification APB – 25/11/2021