

Modifications des modalités de remboursement entrant en vigueur au 1^{er} août 2022

Les spécialités suivantes sont supprimées du remboursement à partir du 1^{er} août 2022 :

Crit	CNK	Dénomination
B-20	2367464	AMLODIPINE APOTEX 10 MG COMP 30
B-20	2367449	AMLODIPINE APOTEX 10 MG COMP 100
B-20	2367324	AMLODIPINE APOTEX 5 MG COMP 28
B-73	19786	ANAFRANIL DRAG 150 X 10 MG
B-73	19455	ANAFRANIL DRAG 150 X 25 MG
B-41	2796027	ATORASAT 80 MG SANDOZ COMP 98
B-41	2839165	ATORVASTATIN APOTEX 10 MG COMP 28 X 10 MG
B-41	2839199	ATORVASTATIN APOTEX 20 MG COMP 28 X 20 MG
B-60	491167	DICLOFENAC EG COMP 30 X 25 MG
B-60	2520989	DICLOFENAC EG COMP 30 X 50 MG
B-60	491183	DICLOFENAC EG COMP 50 X 50 MG
B-20	3094091	DILTIAZEM 300 MG SANDOZ CAPS VERLENGDE AFGIFTE 98
B-73	3534526	DULOXETINE APOTEX 30MG CAPS 98
B-73	3412038	DULOXETINE APOTEX 60MG CAPS 28
B-73	3412046	DULOXETINE APOTEX 60MG CAPS 98
B-8	3597523	FLECATEVA COMP 100 X 100MG
B-224	2599991	LOSARTAN MYLAN 50MG COMP 98 X 50MG BLISTER
B-224	2599983	LOSARTAN MYLAN 100MG COMP 98 X 100MG BLISTER
B-254	3117462	MEMANTINE 10 MG APOTEX COMP 56
B-254	3209921	MEMANTINE 20 MG APOTEX COMP 84
A-10	1576032	NORDITROPIN SIMPLEXX 5MG OPL INJ PATROON 3X1,5ML
B-239	1576032	NORDITROPIN SIMPLEXX 5MG OPL INJ PATROON 3X1,5ML
A-10	1576040	NORDITROPIN SIMPLEXX 10ML OPL INJ PATROON 3X1,5ML
B-239	1576040	NORDITROPIN SIMPLEXX 10ML OPL INJ PATROON 3X1,5ML
A-11	2824175	NOVOMIX 70 FLEXPEN OPL INJ VOORGEVULDE PEN 5
A-97	2824175	NOVOMIX 70 FLEXPEN OPL INJ VOORGEVULDE PEN 5
A-98	2824175	NOVOMIX 70 FLEXPEN OPL INJ VOORGEVULDE PEN 5
A-11	2503829	NOVOMIX 70 PENFILL 100U/1ML 5 3ML
A-97	2503829	NOVOMIX 70 PENFILL 100U/1ML 5 3ML
A-98	2503829	NOVOMIX 70 PENFILL 100U/1ML 5 3ML
B-21	3245339	PERAMTEVA 5 MG/10 MG COMP 120
B-21	3245354	PERAMTEVA 10 MG/ 5 MG COMP 120
B-21	3245495	PERAMTEVA 10 MG/10 MG COMP 120
B-54	676296	PRIMPERAN 10MG COMP 30 X 10MG
B-73	3147394	SERTRALINE APOTEX 50MG COMP 100
B-41	4285318	SIMVASTATINE EG 40MG PI PHARMA COMP 30 PIP
A-5	2588960	TOPIRAMATE SANDOZ 50MG TABL 60 X 50MG
B-277	2588960	TOPIRAMATE SANDOZ 50MG COMP 60 X 50MG
A-97	4201992	VICTOZA 6MG/ML ORIFARM SOL INJ STYLO PREREMPL 2
A-98	4201992	VICTOZA 6MG/ML ORIFARM SOL INJ STYLO PREREMPL 2
A-92	4201992	VICTOZA 6MG/ML ORIFARM SOL INJ STYLO PREREMPL 2
B-299	4202008	XEPLION 100MG SOL SER PREREMPL 1+2AIG.

Crit	CNK	Dénomination
B-280	4202016	XOLAIR 150MG ORIFARM SOL INJ SER PREREMPL 1
B-331	4202016	XOLAIR 150MG ORIFARM SOL INJ SER PREREMPL 1

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre I à partir du 1^{er} août 2022 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
B-11	4515987	AMIODARONE AB 200 mg 60 comp	G	10,02	10,02	1,79	1,07
B-11	4515979	AMIODARONE AB 200 mg 90 comp	G	12,65	12,65	2,69	1,61
B-11	4515961	AMIODARONE AB 200 mg 100 comp	G	13,50	13,50	2,98	1,79
B-168	4581302	ARTEOPTIC LA 2% (Orifarm) 3 X 3 mL		19,67	19,67	5,08	3,05
B-41	4581112	ATORVASTATINE TEVA 40 mg (Orifarm) 100 comp	G	22,84	22,84	6,20	3,72
A-27	1428143(*)	DECAPEPTYL SR 11,25MG FL LYO IM SOL		250,80	250,80	0,00	0,00
A-27	2713063(*)	DECAPEPTYL SR 22,50 MG FL LYO IM SOL		452,59	452,59	0,00	0,00
A-27	676882(*)	DECAPEPTYL SR 3,75MG FL LYO IM SOL		92,56	92,56	0,00	0,00
B-73	4581120	MIRTAZAPINE EG 15 mg (Orifarm) 100 comp	G	28,60	28,60	7,65	4,55
B-73	4581138	MIRTAZAPINE EG 30 mg (Orifarm) 100 comp	G	43,12	43,12	11,07	6,58
B-72	4550141	OLANZAPINE AB 10 mg 28 comp	G	25,84	25,84	7,00	4,16
B-72	4550158	OLANZAPINE AB 10 mg 98 comp	G	43,57	43,57	11,17	6,64
B-72	4550125	OLANZAPINE AB 5 mg 28 comp	G	18,44	18,44	4,67	2,80
B-72	4550133	OLANZAPINE AB 5 mg 98 comp	G	36,24	36,24	9,45	5,62
B-224	4497392	OLMESARTAN AB 10 mg 28 comp	G	11,93	11,93	2,44	1,46
B-224	4497400	OLMESARTAN AB 10 mg 98 comp	G	29,10	29,10	7,76	4,62
B-224	4497418	OLMESARTAN AB 20 mg 28 comp	G	13,18	13,18	2,87	1,72
B-224	4497426	OLMESARTAN AB 20 mg 98 comp	G	27,81	27,81	7,46	4,44
B-224	4497434	OLMESARTAN AB 40 mg 28 comp	G	13,18	13,18	2,87	1,72
B-224	4497442	OLMESARTAN AB 40 mg 98 comp	G	29,10	29,10	7,76	4,62
A-94	2581882(*)	SALVACYL 11,25MG PDR+SOLV POUR SUSP INJ. FL 2ML		217,60	217,60	0,00	0,00

(*) Retiré du chapitre IV

La spécialité suivante est remboursable au chapitre II (contrôle à posteriori) à partir du 1^{er} août 2022 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
B-48	4581203	OMEPRAZOLE EG 20 mg (Orifarm) 100 capsules	G	23,57	23,57	6,46	3,85

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre IV, moyennant autorisation du médecin conseil à durée limitée – **type b** (code '?' au Tarif) à partir du 1^{er} août 2022 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
A-43	4441077	ACCOFIL 12 MU/0,2 ml 1 ser prérempl sol pour infus. et inject. 600 µg/mL		27,60	27,60	0,00	0,00
A-43	4441085	ACCOFIL 70 MU/0,73 ml 1 ser prérempl sol pour infus. et inject, 960 µg/mL		106,28	106,28	0,00	0,00
A-50	4490975	ADYNOVI 2000 IU/ 5 mL (Orifarm) 1 flacon pour inject 2000 IU		1625,87	1625,87	0,00	0,00
A-20	4523353	ATAZANAVIR MYLAN 200 mg 30 capsules	G	78,79	78,79	0,00	0,00
B-168	4363602	FIXAPROST 50 µg/ml + 5 mg/ml 6 mL collyre	Gr	28,15	28,15	7,54	4,49

A-5	4511622	LACOSAMIDE AB 100 mg 56 comp	G	36,33	36,33	0,00	0,00
A-5	4511630	LACOSAMIDE AB 150 mg 56 comp	G	51,12	51,12	0,00	0,00
A-5	4511648	LACOSAMIDE AB 200 mg 56 comp	G	65,90	65,90	0,00	0,00
A-5	4511614	LACOSAMIDE AB 50 mg 56 comp	G	21,50	21,50	0,00	0,00
A-110	4495123	SITAGLIPTIN/METFORMIN SANDOZ 50 mg/1000 mg 196 comp	G	56,66	56,66	0,00	0,00
A-110	4495115	SITAGLIPTIN/METFORMIN SANDOZ 50 mg/850 mg 196 comp	G	56,66	56,66	0,00	0,00

La spécialité suivante est remboursable au chapitre IV, moyennant autorisation du médecin conseil à durée illimitée – **type d** (code '?' au Tarif) à partir du 1^{er} août 2022 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
A-45	4581112	ATORVASTATINE TEVA 40 mg (Orifarm) 100 comp	G	22,84	22,84	0,00	0,00

La spécialité suivante est remboursable au chapitre IV, moyennant autorisation du médecin conseil à durée limitée – **type type 'e'** (code 'E' dans le Tarif) à partir du 1^{er} août 2022 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
B-255	3558244	XELJANZ 5MG COMP 180		2573,38	2573,38	15,00	9,90

MODIFICATION REMBOURSEMENT § 8740000 - GARDASIL

Le § 8740000- où la spécialité GARDASIL est inscrite – est modifié : à partir du 1^{er} août 2022 cette spécialité est aussi remboursable pour les garçons, voir détails du § ci-après :

Paragraphe 8740000

a) La spécialité pharmaceutique fait l'objet d'un remboursement si elle est prescrite chez les bénéficiaires qui lors de la première administration ont atteint l'âge de 12 ans mais pas encore l'âge de 19 ans, pour l'immunisation active contre les maladies dues au HPV et telles que décrites dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP).

b) Le nombre maximal de conditionnements remboursables est limité à 2 conditionnements par bénéficiaire de 12 à 14 ans révolus et à 3 conditionnements par bénéficiaire de 15 à 18 ans révolus.

c) L'immunisation active contre les maladies dues au HPV et telles que décrites dans le RCP n'est remboursable qu'une seule fois dans la vie du bénéficiaire, quel que soit le vaccin qui a été administré. La spécialité n'est pas remboursable chez les bénéficiaires chez qui l'immunisation active a déjà été initié en utilisant un vaccin bivalent ou tetravalent.

d) En outre, la prescription donnant lieu au remboursement doit être faite conformément aux conditions suivantes:

1. le médecin prescripteur tient compte du nombre maximal de conditionnements remboursables ;
2. le médecin prescripteur tient compte de l'âge de la personne vaccinée ;
3. le médecin prescripteur indique sur l'ordonnance la mention « première dose » ou « deuxième dose » ou « troisième dose ».

Pour les deuxième et troisième doses le médecin prescripteur mentionne également la date de la première et, le cas échéant, de la deuxième dose.

Dans ces conditions, le pharmacien peut appliquer le régime du tiers payant.

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre IV avec mention du médecin « Trajet de soins » ou « TSD » à partir du 1^{er} août 2022 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
A-97	4495123	SITAGLIPTIN/METFORMIN SANDOZ 50 mg/1000 mg 196 comp	G	56,66	56,66	0,00	0,00
A-97	4495115	SITAGLIPTIN/METFORMIN SANDOZ 50 mg/850 mg 196 comp	G	56,66	56,66	0,00	0,00

Les spécialités suivantes sont aussi remboursables au chapitre IV avec mention du médecin « Prescription avec tiers payant applicable » et contresignature de ce dernier - § 960202 & 960203 - à partir du 1^{er} août 2022 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
A-43	4441077	ACCOFIL 12 MU/0,2 ml 1 ser prérempl sol pour infus. et inject. 600 µg/mL		27,60	27,60	0,00	0,00
A-43	4441085	ACCOFIL 70 MU/0,73 ml 1 ser prérempl sol pour infus. et inject. 960 µg/mL		106,28	106,28	0,00	0,00

Les contraceptifs suivants sont ajoutés à la liste des contraceptifs remboursables pour les bénéficiaires de moins de 25 ans ou ayant droit à une intervention majorée, à partir du 1^{er} août 2022 :

CNK	Dénomination	PP	Actif	<25j/BIM
4258687	CERAZETTE 75 µg (Abacus) 13 x 28 COMP	76,56	76,56	37,56
4412151	DESOPOP 75 µg (Impexeco) 13 x 28 COMP.	66,38	66,38	27,38
4412144	DESOPOP 75 µg (Impexeco) 3 x 28	20,02	20,02	11,02

Source : service tarification APB - 26/07/2022