

Modifications des modalités de remboursement entrant en vigueur au 1er juillet 2023

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre I à partir du 1er juillet 2023 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
A-35	4392973	FERUPANTIL SANDOZ 90MG COMP 90	G	192,98	192,98	0,00	0,00
A-35	4392981	FERUPANTIL SANDOZ 180MG COMP 90	G	407,34	407,34	0,00	0,00
A-35	4392999	FERUPANTIL SANDOZ 360MG COMP 90	G	749,65	749,65	0,00	0,00

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre IV, moyennant autorisation du médecin conseil à durée limitée – type type 'e' (code 'E' dans le Tarif) à partir du 1er juillet 2023 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
B-124	2709756	VANCOMYCINE SANDOZ FL INJ 10 X 1000 MG	G	163,08	163,08	12,10	8,00
B-124	2709764	VANCOMYCINE SANDOZ FL INJ 10 X 500 MG	G	94,98	94,98	12,10	8,00
B-305	3267846	COSENTYX 150MG/ML SOL INJ STYL.PREREMPL. 2 X 1ML		997,66	997,66	12,10	8,00

Les spécialités suivantes sont supprimées du remboursement à partir du 1er juillet 2023 :

Crit	CNK	Dénomination
B-21	456996	ACCUPRIL COMP 28 X 20 MG
B-21	1578129	ACCUPRIL COMP 56 X 40 MG
B-245	4237293	ATECTURA BREEZHALER 125/ 62,5MCG PDR INHAL CAPS 30
B-245	4237277	ATECTURA BREEZHALER 125/127,5MCG PDR INHAL CAPS 30
B-245	4237145	ATECTURA BREEZHALER 125/260,0MCG PDR INHAL CAPS 30
B-41	2922136	ATORVASTATINE MYLAN 10MG COMP28
A-45	2922136	ATORVASTATINE MYLAN 10MG COMP28
B-41	2922144	ATORVASTATINE MYLAN 10MG COMP84
A-45	2922144	ATORVASTATINE MYLAN 10MG COMP84
B-41	2922151	ATORVASTATINE MYLAN 20MG COMP28
A-45	2922151	ATORVASTATINE MYLAN 20MG COMP28
B-41	2922169	ATORVASTATINE MYLAN 20MG COMP84
A-45	2922169	ATORVASTATINE MYLAN 20MG COMP84
B-41	2922177	ATORVASTATINE MYLAN 40MG COMP84
A-45	2922177	ATORVASTATINE MYLAN 40MG COMP84
B-41	2922193	ATORVASTATINE MYLAN 80MG COMP98



Office de tarification de l'UPHOC

www.uphoc.com

A-45	2922193	ATORVASTATINE MYLAN 80MG COMP98
B-21	1517499	CAPTOPRIL MYLAN COMP 100X 50MG
B-305	3421526	COSENTYX 150MG/ML SOL INJ STYL. PREREMPL. 1 X 1ML
B-314	3267879	COSENTYX 150MG/ML SOL INJ SER PREREMPL 2 X 1ML
B-305	3267879	COSENTYX 150MG/ML SOL INJ SER PREREMPL 2 X 1ML
B-346	4242418	ENERZAIR BREEZHALER 114/46/136MCG CAPS 30X1+1INHAL
A-73	3920568	ENTECAVIR KRKA 0,50MG COMP 30 X 0,50MG
A-65	1639061	GLIVEC CAPS 120 X 100 MG
A-11	2691889	INSUMAN RAPID SOLOSTAR 100 IU/ML 5 STYL. PREREMPL
B-41	2926962	LIPITOR 40 IMPEXECO COMP 84 X 40 MG PIP
A-45	2926962	LIPITOR 40 IMPEXECO COMP 84 X 40 MG PIP
A-43	2803047	NIVESTIM 12 ME/0,2 ML SOL INJ PERF SER PREREMPL 5
A-43	2803021	NIVESTIM 30 ME/0,5 ML SOL INJ PERF SER PREREMPL 5
A-43	2803039	NIVESTIM 48 ME/0,5 ML SOL INJ PERF SER PREREMPL 5
B-63	1738988	PIROXICAM SANDOZ COMP 30 X 20 MG
B-63	2494391	PIROXICAM SANDOZ COMP 60 X 20 MG
B-220	3077898	QUETIAPIN RETARD SANDOZ 50MG COMP 10
B-50	1375112	SOMATULINE PROLONGED RELEASE 30MG FL IM 1X2ML
A-52	1375112	SOMATULINE PROLONGED RELEASE 30MG FL IM 1X2ML
B-224	3066933	TELMISARTAN HYDROCHL SANDOZ 80/25 COMP98
B-21	430678	TRITACE COMP 28 X 5 MG

Remboursement des autotests covid en pharmacie.

Les autotests antigéniques du SARS-CoV-2 - vente en pharmacie, restent, jusqu'à nouvel ordre, remboursables par l'INAMI pour les BIM, vous en trouverez la liste via le lien ci-après : https://www.inami.fgov.be/fr/covid19/Pages/pharmaciens-factorer-autotests-covid19-beneficiaires-intervention-majoree.aspx#subheader_downloads

Remboursement des pansements actifs et de l'autosondage

Les modifications concernant les listes des pansements actifs et de l'autosondage seront envoyées au plus vite. Elles sont déjà visibles sur le site de l'INAMI.

Source: service tarification APB – 26/06/2023