Office de tarification de l'UPHOC

www.uphoc.com

Modifications des modalités de remboursement entrant en vigueur au 1er mars 2025

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre I à partir du 1er mars 2025 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
B-73	4906988	ESCITALOPRAM GRINDEKS 5MG COMP 98	G	19,71	19,71	4,78	2,87
B-289	4765947	SUVEZEN 40MG/10MG ABACUS COMP 90	R	54,67	54,67	13,54	8,04
B-341	3926714	TRINOMIA 100MG/40MG/ 2,5MG CAPS 98	CR	34,12	34,12	8,71	5,18
B-341	3926730	TRINOMIA 100MG/40MG/ 5,0MG CAPS 98	CR	39,44	39,44	9,96	5,92
B-341	3926706	TRINOMIA 100MG/40MG/10,0MG CAPS 98	CR	49,42	49,42	12,31	7,31
B-21	3435229	TRIPLIXAM 5MG/1,25MG/10MG IMPEX. COMP 90 PIP	R	43,54	43,54	10,92	6,49

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre IV, moyennant autorisation du médecin conseil à durée limitée – type b (code '?' au Tarif) à partir du 1er mars 2025 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
A-110	4906970	EUCREAS 50 mg/850 mg (Orifarm) COMP 180	CR	129,02	129,02	0,00	0,00
A-50	4779583	JIVI 1000 IU (Pi-Pharma) 1 fl inj 1000 IU		768,18	768,18	0,00	0,00
A-50	4779591	JIVI PI PHARMA 3000UI PDR+SOLV SER P. 2,5ML		2282,83	2282,83	0,00	0,00
B-331	4862041	XOLAIR 300 mg 3 stylos préremplis 2ML		1342,72	1342,72	12,50	8,30
B-365	4862041	XOLAIR 300 mg 3 stylos préremplis 2ML		1342,72	1342,72	12,50	8,30

La spécialité suivante est remboursable au chapitre IV, moyennant autorisation du médecin conseil à durée illimitée – type d (code '?' au Tarif) à partir du 1er mars 2025 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
A-89	4765947	SUVEZEN 40MG/10MG ABACUS COMP 90	R	54,67	54,67	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 mars 2025 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
B-281	4906905	HUKYNDRA 80 mg 1 stylo prérempli 0,8 mL	Bio S	453,70	453,70	12,50	8,30
B-339	4906905	HUKYNDRA 80 mg 1 stylo prérempli 0,8 mL	Bio S	453,70	453,70	12,50	8,30
B-255	4906905	HUKYNDRA 80 mg 1 stylo prérempli 0,8 mL	Bio S	453,70	453,70	12,50	8,30
B-248	4906905	HUKYNDRA 80 mg 1 stylo prérempli 0,8 mL	Bio S	453,70	453,70	12,50	8,30
B-255	4521076	JYSELECA 200MG ABACUS COMP 30		841,67	841,67	12,50	8,30
B-255	4521084	JYSELECA 200MG ABACUS COMP 90		2503,31	2503,31	15,50	10,20
B-255	4819611	JYSELECA 200MG ORIFARM COMP 30		841,67	841,67	12,50	8,30
B-369	4798302	RYEQO 40 mg/1 mg/0,5 mg COMP 84		254,38	254,38	15,50	10,20
B-280	4862041	XOLAIR 300 mg 3 stylos préremplis 2ML		1342,72	1342,72	12,50	8,30

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre IV avec mention du prescripteur « TDD » ou « Trajet de démarrage » à partir du 1er mars 2025 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
A-97	4906970	EUCREAS 50 mg/850 mg (Orifarm) COMP 180	CR	129,02	129,02	0,00	0,00

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre IV, soit pour une période de maximum 1 mois sur base d'une demande de remboursement électronique, soit avec mention du prescripteur « Tiers-payant applicable », à partir du 1er mars 2025 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
C-37	4907499	CIPROFLOXACINE SANDOZ 250 mg COMP 10	G	9,32	9,32	2,55	2,55
C-37	4907507	CIPROFLOXACINE SANDOZ 500 mg COMP 20	G	16,47	16,47	7,38	7,38
C-37	4907606	CIPROFLOXACINE SANDOZ 750 mg COMP 20	G	23,43	23,43	12,11	10,20

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre IV avec mention du médecin « Trajet de soins diabète » ou « TSD » à partir du 1er mars 2025 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
A-97	4906970	EUCREAS 50 mg/850 mg (Orifarm) COMP 180	CR	129,02	129,02	0,00	0,00

Les spécialités suivantes sont supprimées du remboursement à partir du 1er mars 2025 :

Crit	CNK	Dénomination
B-15	1537083	ATENOLOL VIATRIS 50MG COMP 56
Cs-7	1625433	CETIRIZINE UCB COMP 20 X 10 MG
Cs-7	2086809	CETIRIZINE UCB COMP 40 X 10 MG
B-15	2520625	CO BISOPROLOL 10/25 TEVA COMP 100
B-60	1395631	DICLOFENAC EG AMP IM 6X75MG
B-60	1395649	DICLOFENAC EG SUPPO 12X100MG
Cs-7	2767085	EBASTINE TEVA COMP 100 X 10 MG
Cs-7	2767069	EBASTINE TEVA COMP 100 X 20 MG
B-60	664227	IBUPROFEN RETARD EG 800 MG COMP 30
B-134	4651444	LAMISIL 250MG ORIFARM COMP 56
B-83	4630190	MEDROL A 16MG ORIFARM COMP 50
B-241	2576577	MONTELUKAST TEVA 5 MG COMP 56
B-224	3460524	OLMESARTAN TEVA GENERICS 10MG COMP 28
B-224	3460532	OLMESARTAN TEVA GENERICS 10MG COMP 98
B-224	3460557	OLMESARTAN TEVA GENERICS 20MG COMP 28
B-224	3460540	OLMESARTAN TEVA GENERICS 20MG COMP 98
B-224	3460508	OLMESARTAN TEVA GENERICS 40MG COMP 28
B-224	3460516	OLMESARTAN TEVA GENERICS 40MG COMP 98
B-220	3784394	PALIPERIDONE TEVA 3MG COMP 28
B-220	3784352	PALIPERIDONE TEVA 6MG 28
B-73	4616181	SERLAIN 50MG ORIFARM COMP 100
B-178	2274470	VISIPAQUE 270mg GE HEALTHCARE
A-20	1487529	ZIAGEN 20mg/ml

LISTE SPÉCIALITÉS IMPORTÉES REMBOURSABLES (EN CAS D'INDISPONIBILITE)

Depuis le 1er janvier, certains médicaments importés peuvent être délivrés au tiers payant. Le surcoût lié à l'importation, qui était auparavant à la charge du patient, est désormais assumé par l'INAMI.

La liste des spécialités importées remboursables est consultable via le lien
https://www.apb.be/fr-BE/Topic/le-remboursement~REG_RTOP06
Cette liste peut être adaptée chaque semaine.

Rappel sur cette nouvelle mesure vous permettant d'être dédommagé en cas d'importation d'un produit manquant:
https://www.apb.be/fr-BE/Article/medicaments-importes-remboursables-le-point-de-la-situation~2138FR

Source: info APB 24/02/2025