Office de tarification de l'UPHOC

www.uphoc.com

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

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

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
B-72	4904702	ABILIFY 15 mg (Abacus) 28 comprimés	R	56,06	56,06	12,50	8,26
B-41	4869491	ATORVASTATINE TEVA 10 mg 100 comprimés	G	13,28	13,28	2,63	1,58
B-41	4888491	ATORVASTATINE TEVA 10 mg 100 comprimés	G	13,28	13,28	2,63	1,58
B-41	4873790	ATORVASTATINE TEVA 10 mg 30 comprimés	G	9,72	9,72	1,42	0,85
B-41	4869509	ATORVASTATINE TEVA 20 mg 100 comprimés	G	24,33	24,33	6,43	3,83
B-41	4888475	ATORVASTATINE TEVA 20 mg 100 comprimés	G	24,33	24,33	6,43	3,83
B-41	4873808	ATORVASTATINE TEVA 20 mg 30 comprimés	G	11,70	11,70	2,09	1,25
B-41	4869525	ATORVASTATINE TEVA 40 mg 100 comprimés	G	24,33	24,33	6,43	3,83
B-41	4888483	ATORVASTATINE TEVA 40 mg 100 comprimés	G	24,33	24,33	6,43	3,83
B-41	4873816	ATORVASTATINE TEVA 40 mg 30 comprimés	G	11,83	11,83	2,13	1,28
B-41	4869517	ATORVASTATINE TEVA 80 mg 100 comprimés	G	24,33	24,33	6,43	3,83
B-41	4888509	ATORVASTATINE TEVA 80 mg 100 comprimés	G	24,33	24,33	6,43	3,83
B-41	4873824	ATORVASTATINE TEVA 80 mg 30 comprimés	G	11,97	11,97	2,18	1,31
B-21	4911145	BIPRESSIL 5 mg + 10 mg (Pi-Pharma) 90 comprimés	R	44,03	44,03	11,06	6,58
B-21	4945945	PERINDOPRIL/INDAPAMIDE/AMLODIPINE EG 10 mg/2,5 mg/10 mg 100 comp	G	64,21	64,21	15,50	9,39
B-21	4945952	PERINDOPRIL/INDAPAMIDE/AMLODIPINE EG 10 mg/2,5 mg/5 mg 100 comp	G	52,01	52,01	12,94	7,69
B-21	4945960	PERINDOPRIL/INDAPAMIDE/AMLODIPINE EG 5 mg/1,25 mg/10 mg 100 comp	G	47,40	47,40	11,86	7,05
B-21	4945978	PERINDOPRIL/INDAPAMIDE/AMLODIPINE EG 5 mg/1,25 mg/5 mg 100 comp	G	32,93	32,93	8,45	5,03
B-284	2322436	ROTATEQ 1 TUBE 1 DOSE 2 ML (*)		52,98	52,98	12,50	7,82
B-284	4280848	ROTATEQ ABACUS SOL ORALE TUBE 1 X 2ML (*)		52,98	52,98	12,50	7,82

(*) Supprimé chapitre IV

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 juillet 2025 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
A-5	4916953	FYCOMPA ABACUS 12MG 28 comprimés		130,23	130,23	0,00	0,00
A-5	4916961	FYCOMPA ABACUS 8MG 28 comprimés		130,23	130,23	0,00	0,00
A-65	4947073	IMATINIB EG 100 mg 120 comprimés	G	884,63	884,63	0,00	0,00
A-65	4947081	IMATINIB EG 400 mg 30 comprimés	G	866,23	866,23	0,00	0,00
A-65	4947081	IMATINIB EG 400 mg 30 comprimés	G	866,23	866,23	0,00	0,00
B-227	4911137	KESIMPTA 20 mg (Pi-Pharma) 1 stylo prérempli 0,4 mL solution inj.		1725,20	1725,20	12,50	8,30

UPHOC : Avenue des Nouvelles Technologies, 59 B-7080 Frameries - Tél. : +32 (0)65/61.19.40 – Fax : +32(0)65/31.33.45 – E-mail : uphoc@uphoc.be

Office de tarification de l'UPHOC

www.uphoc.com

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

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
A-45	4873790	ATORVASTATINE TEVA 10 mg 30 comprimés	G	9,72	9,72	0,00	0,00
A-45	4869491	ATORVASTATINE TEVA 10 mg 100 comprimés	G	13,28	13,28	0,00	0,00
A-45	4873808	ATORVASTATINE TEVA 20 mg 30 comprimés	G	11,70	11,70	0,00	0,00
A-45	4869509	ATORVASTATINE TEVA 20 mg 100 comprimés	G	24,33	24,33	0,00	0,00
A-45	4888475	ATORVASTATINE TEVA 20 mg 100 comprimés	G	24,33	24,33	0,00	0,00
A-45	4873816	ATORVASTATINE TEVA 40 mg 30 comprimés	G	11,83	11,83	0,00	0,00
A-45	4869525	ATORVASTATINE TEVA 40 mg 100 comprimés	G	24,33	24,33	0,00	0,00
A-45	4888483	ATORVASTATINE TEVA 40 mg 100 comprimés	G	24,33	24,33	0,00	0,00
A-45	4873824	ATORVASTATINE TEVA 80 mg 30 comprimés	G	11,97	11,97	0,00	0,00
A-45	4869517	ATORVASTATINE TEVA 80 mg 100 comprimés	G	24,33	24,33	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 2025 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
B-314	4851606	BIMZELX 320 mg 1 seringue prérempl. 2 mL sol. Inj., 160 mg/mL		1750,88	1750,88	12,50	8,30
B-305	4851606	BIMZELX 320 mg 1 seringue prérempl. 2 mL sol. Inj., 160 mg/mL		1750,88	1750,88	12,50	8,30
B-314	4851598	BIMZELX 320 mg 1 stylo prérempl. 2 mL sol. Inj., 160 mg/mL		1750,88	1750,88	12,50	8,30
B-305	4851598	BIMZELX 320 mg 1 stylo prérempl. 2 mL sol. Inj., 160 mg/mL		1750,88	1750,88	12,50	8,30
B-250	4847851	CELECOXIB TEVA 100 mg 30 gélules	G	11,35	11,35	1,98	1,19
B-250	4847869	CELECOXIB TEVA 100 mg 90 gélules	G	23,14	23,14	5,97	3,58
B-250	4847901	CELECOXIB TEVA 200 mg 90 gélules	G	25,31	25,31	6,66	3,96
B-201	4891487	EFLUELDA (vaccin 2025 - 2026) 1 dose susp/ inj., 60 µg/souche		41,02	41,02	10,36	6,16
B-342	3678448	FASENRA 30MG SOL INJ SER PREREMPL. 1ML		2420,85	2420,85	12,50	8,30
B-342	4165619	FASENRA 30MG SOL INJ STYLO PREREMPL. AUTO INJECTOR 1		2420,85	2420,85	12,50	8,30
B-201	4889218	FLUAD (vaccin 2025 - 2026) 1 seringue préremplie 0,5 mL susp. Inject.		30,67	30,67	7,92	4,71
A-65	4947073	IMATINIB EG 100 mg 120 comprimés	G	884,63	884,63	0,00	0,00
A-65	4947081	IMATINIB EG 400 mg 30 comprimés	G	866,23	866,23	0,00	0,00
A-92	4862058	MOUNJARO 2,5MG KWIKPEN SOL INJ STYLO PREREMPL. 0,6ML	T	179,44	179,44	0,00	0,00
A-92	4862066	MOUNJARO 5,0MG KWIKPEN SOL INJ STYLO PREREMPL. 0,6ML	T	240,78	240,78	0,00	0,00
A-92	4862074	MOUNJARO 7,5MG KWIKPEN SOL INJ STYLO PREREMPL. 0,6ML	T	332,80	332,80	0,00	0,00
A-92	4862082	MOUNJARO 10,0MG KWIKPEN SOL INJ STYLO PREREMPL. 0,6ML	T	332,80	332,80	0,00	0,00
B-314	4906384	WEZENLA 45 mg 1 stylo prérempli 0,5 mL solution injectable, 90 mg/mL	BioS	1404,86	1404,86	12,50	8,30
B-305	4906384	WEZENLA 45 mg 1 stylo prérempli 0,5 mL solution injectable, 90 mg/mL	BioS	1404,86	1404,86	12,50	8,30
B-314	4906392	WEZENLA 90 mg 1 stylo prérempli 1 mL solution injectable, 90 mg/mL	BioS	1404,86	1404,86	12,50	8,30
B-305	4906392	WEZENLA 90 mg 1 stylo prérempli 1 mL solution injectable, 90 mg/mL	BioS	1404,86	1404,86	12,50	8,30
B-248	4906392	WEZENLA 90 mg 1 stylo prérempli 1 mL solution injectable, 90 mg/mL	BioS	1404,86	1404,86	12,50	8,30

UPHOC : Avenue des Nouvelles Technologies, 59 B-7080 Frameries - Tél. : +32 (0)65/61.19.40 – Fax : +32(0)65/31.33.45 – E-mail : uphoc@uphoc.be

Office de tarification de l'UPHOC

www.uphoc.com

La spécialité pharmaceutique à base de tirzépatide est remboursée en catégorie A si elle est administrée lorsque le bénéficiaire répond à l'ensemble des critères suivants :

- Atteint de diabète de type 2 et qui, au moment de la première demande est insuffisamment contrôlé (HbA1c > 7,5%) après un traitement d'au moins 3 mois au moyen d'au moins un antidiabétique dont la metformine.

- Et au moment de la première demande le bénéficiaire présente un index de masse corporelle > ou = 30 kg/m2

- Et le traitement avec la spécialité ne sera jamais en monothérapie mais en association avec la :

- Metformine.

- Metformine et un sulfamidé hypoglycémiant.

- Metformine et un glinide.

- Metformine et une glitazone.

- Metformine et une insuline basale.

Mesure transitoire : Pour les bénéficiaires qui ont déjà été traités avec des conditionnements non-remboursables de cette spécialité pharmaceutique avant le 01.07.2025 qui correspondait aux conditions figurant au point a) avant le début du traitement, le remboursement de ce traitement peut être accordé selon les modalités figurant aux points a), b) en c).

Le nombre de conditionnements remboursables tiendra compte d'une posologie maximale de 10 mg par semaine.

Texte complet sur site Internet de l'INAMI à partir du 01/07/2025

Les spécialités suivantes sont remboursables en chapitre IV moyennant mention écrite du médecin « tiers payant applicable » à partir du 1er juillet 2025 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
B-201	4877874	INFLUVAC SUSP INJ SER PREREMPL 0,5ML 2025-2026		17,56	17,56	4,08	2,45
B-201	4889275	VAXIGRIP SUSP INJ SER PREREMPL 0,5 ML 2025-2026		17,56	17,56	4,08	2,45

Le dossier de remboursement de l'ALPHARIX a été introduit plus tard et d'après les informations dont nous disposons son inscription au §700000 devrait être possible au 1er août 2025, en tout cas avant la saison grippale 2025-2026.

Le contraceptif suivant est ajouté à la liste des contraceptifs remboursables pour les bénéficiaires de moins de 25 ans ou ayant droit à une intervention majorée, à partir du 1er juillet 2025 :

CNK	Dénomination	PP	BR	<25j/BIM
4937058	T-SAFE CU 380A QL DISPOSITIF INTRA-UTER.DIU CUIVRE	88,29	88,29	0,00

Le contraceptif suivant est supprimé de la liste des contraceptifs remboursables pour les bénéficiaires de moins de 25 ans ou ayant droit à une intervention majorée, à partir du 1er juillet 2025 :

CNK	Dénomination
0619742	FEMODENE 6x21COMP

Les produits suivants sont ajoutés à la liste de l'alimentation médicale au 1er juillet 2025 :

Crit	CNK	Dénomination	Prix	BR	Actif	BIM
A	4624-003	PKU Explore 5 non aromatisé 30 x 12,5 g	157,50	157,50	0,00	0,00
A	4624-011	PKU Explore 10 framboise 30 x 25 g	315,04	315,04	0,00	0,00

Office de tarification de l'UPHOC

www.uphoc.com

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

Crit	CNK	Dénomination
C-37	33548	AUGMENTIN FL SIR 80ML 125MG/5ML
Cx-11	1644764	BETAHISTINE TEVA 8 MG COMP 100
Cx-11	1644756	BETAHISTINE TEVA 16 MG COMP 100
A-97	3907169	BYDUREON 2MG BCISE SUSP INJ STYLO PREREMPL. 4
A-27	4383865	FULVESTRANT FRESEN.250MG SER PREREMPL.
A-5	3187192	KEPPRA 250MG PI PHARMA COMP 100
A-5	3187200	KEPPRA 500MG PI PHARMA COMP 100
A-5	3480282	KEPPRA 750MG PI PHARMA COMP 100
A-5	3144664	KEPPRA 1000MG PI PHARMA COMP 100
A-5	4831996	LAMOTRIGINE EG 50MG ORIFARM COMP 90
B-278	4831996	LAMOTRIGINE EG 50MG ORIFARM COMP 90
A-5	4245619	LEVETIRACETAM SANDOZ 1500MG COMP 100
A-5	2936375	LEVETIRACETAM SANDOZ COMP 200 X 750 MG
A-34	4235677	LOKELMA 10G PDR SUSP. ORALE 3
B-240	2172567	MOXONIDINE EG COMP 56X0,2MG
B-240	2172559	MOXONIDINE EG COMP 56X0,4MG
B-72	2877694	OLANZAPINE 5 MG SANDOZ COMP 98
B-48	4819595	PANTOMED 40MG ORIFARM CAPS 56
B-63	1173749	PIROXICAM EG GELULES 30X20MG
B-21	2459337	RAMIPRIL EG 2,5MG COMP 28X2,5MG
A-58	1385566	SPORANOX SOL PER OS 10 MG/ML 150ML
B-154	826297	TRAVOGEN CREME DERM 1% 1 X 20G
A-20	2835486	VIRAMUNE 400 MG COMP 30
A-58	4851754	VORICONAZOL SANDOZ 200MG ORIFARM COMP 30
B-134	4851754	VORICONAZOL SANDOZ 200MG ORIFARM COMP 30

Source: service tarification APB – 24-06-2025

UPHOC : Avenue des Nouvelles Technologies, 59 B-7080 Frameries - Tél. : +32 (0)65/61.19.40 – Fax : +32(0)65/31.33.45 – E-mail : uphoc@uphoc.be