

## Modifications des modalités de remboursement entrant en vigueur au 1<sup>er</sup> mars 2026

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre I à partir du 1<sup>er</sup> mars 2026 :

| Crit  | CNK     | Dénomination                           |   | PP    | BR    | Actif | BIM  |
|-------|---------|----------------------------------------|---|-------|-------|-------|------|
| B-73  | 4980603 | CITALOPRAM SANDOZ 20 mg 98 COMP        | G | 29,01 | 29,01 | 7,48  | 4,45 |
| B-73  | 4980090 | CITALOPRAM SANDOZ 40 mg 98 COMP        | G | 29,32 | 29,32 | 7,55  | 4,50 |
| B-148 | 4993317 | SUBOXONE 8MG/2MG PI PHARMA COMP 28 PIP | R | 66,78 | 66,78 | 12,80 | 8,50 |

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<sup>er</sup> mars 2026 :

| Crit  | CNK     | Dénomination                                       |      | PP      | BR      | Actif | BIM   |
|-------|---------|----------------------------------------------------|------|---------|---------|-------|-------|
| A-5   | 2930246 | BUCCOLAM 10,0MG SOL BUCC 4 SER DOS PREREMPL 2,0 ML | r    | 75,43   | 75,43   | 2,00  | 1,00  |
| B-76  | 4938221 | INBRIJA 33 mg 92 PDR INH CAPS, 42 mg (*)           |      | 437,55  | 437,55  | 15,90 | 10,50 |
| B-389 | 4984621 | REMSIMA PI PHARMA 120MG SOL INJ STYLO PREREMPL 6   | BioS | 1976,68 | 1976,68 | 12,80 | 8,50  |
| B-300 | 4309431 | VERSATIS PI PHARMA 700MG EMPLATRE MED. 10 PIP      |      | 39,54   | 39,54   | 9,95  | 5,92  |

(\*) Autorisation de type b lors d'une première demande

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<sup>er</sup> mars 2026 :

| Crit | CNK     | Dénomination                              |  | PP     | BR     | Actif | BIM   |
|------|---------|-------------------------------------------|--|--------|--------|-------|-------|
| B-76 | 4938221 | INBRIJA 33 mg 92 PDR INH CAPS, 42 mg (**) |  | 437,55 | 437,55 | 15,90 | 10,50 |

(\*\*) Autorisation type d lors d'une demande de prolongation

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 1<sup>er</sup> mars 2026 :

| Crit  | CNK     | Dénomination                                     |      | PP      | BR      | Actif | BIM   |
|-------|---------|--------------------------------------------------|------|---------|---------|-------|-------|
| B-227 | 4848578 | DIMETHYL FUMARATE TEVA 120 mg 14 CAPS            | G    | 98,73   | 98,73   | 12,80 | 8,50  |
| B-227 | 4848586 | DIMETHYL FUMARATE TEVA 240 mg 168 CAPS           | G    | 1064,07 | 1064,07 | 15,90 | 10,50 |
| B-255 | 4997599 | HUKYNDRA ABACUS 40MG SOL INJ STYLO PRER. 6X0,4ML | BioS | 1360,27 | 1360,27 | 12,80 | 8,50  |
| B-248 | 4997599 | HUKYNDRA ABACUS 40MG SOL INJ STYLO PRER. 6X0,4ML | BioS | 1360,27 | 1360,27 | 12,80 | 8,50  |
| B-281 | 4997599 | HUKYNDRA ABACUS 40MG SOL INJ STYLO PRER. 6X0,4ML | BioS | 1360,27 | 1360,27 | 12,80 | 8,50  |
| B-339 | 4997599 | HUKYNDRA ABACUS 40MG SOL INJ STYLO PRER. 6X0,4ML | BioS | 1360,27 | 1360,27 | 12,80 | 8,50  |
| A-36  | 4655155 | KLISYRI 10MG/G POMMADE SACH 5                    |      | 63,63   | 63,63   | 2,00  | 1,00  |
| B-255 | 4984621 | REMSIMA PI PHARMA 120MG SOL INJ STYLO PREREMP. 6 | BioS | 1976,68 | 1976,68 | 12,80 | 8,50  |
| B-281 | 4984621 | REMSIMA PI PHARMA 120MG SOL INJ STYLO PREREMP. 6 | BioS | 1976,68 | 1976,68 | 12,80 | 8,50  |
| B-248 | 4984621 | REMSIMA PI PHARMA 120MG SOL INJ STYLO PREREMP. 6 | BioS | 1976,68 | 1976,68 | 12,80 | 8,50  |
| B-248 | 3782646 | TREMFYA 100MG ONEPRESS SOL INJ STYLO PREREMPLI 1 |      | 1989,38 | 1989,38 | 12,80 | 8,50  |
| B-279 | 4984449 | VEVZUO 120 mg SOL INJ FL 1 X 1,7 mL              | BioS | 161,13  | 161,13  | 12,80 | 8,50  |
| B-279 | 5819578 | VEVZUO 120 mg SOL INJ FL 3 X 1,7 mL              | BioS | 461,46  | 461,46  | 12,80 | 8,50  |
| B-279 | 5819560 | VEVZUO 120 mg SOL INJ FL 4 X 1,7 mL              | BioS | 611,62  | 611,62  | 12,80 | 8,50  |

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<sup>er</sup> mars 2026:

| CNK     | Dénomination               | PP    | Actif | <25j/BIM |
|---------|----------------------------|-------|-------|----------|
| 5819594 | DAYLETTE (Orifarm) 13 x 28 | 81,30 | 81,30 | 42,30    |

Les spécialités suivantes sont supprimées du remboursement à partir du 1<sup>er</sup> mars 2026 :

| Crit  | CNK     | Dénomination                                     |
|-------|---------|--------------------------------------------------|
| B-224 | 3491297 | AMLODIPINE VALSARTAN SANDOZ 5MG/160MG COMP 98    |
| C-37  | 2622298 | AMOCLANE EG 125MG/31,25MG/5ML SUSP.BUVABLE 100ML |
| Cs-7  | 4655171 | BILASTINE EG 20MG COMP 50                        |
| B-224 | 2828325 | CANDESARTAN SANDOZ TABL 98 X 16 MG               |
| B-250 | 3123361 | CELECOXIB 100 MG TEVA CAPS 30                    |
| B-56  | 2614923 | OXYCODON 5MG SANDOZ LIB.PROLONGEE 30             |
| C-39  | 2162568 | PRAVASTATINE APOTEX COMP 98 X 20 MG              |
| A-45  | 2162568 | PRAVASTATINE APOTEX COMP 98 X 20 MG              |
| C-39  | 2162543 | PRAVASTATINE APOTEX COMP 98 X 40 MG              |
| A-45  | 2162543 | PRAVASTATINE APOTEX COMP 98 X 40 MG              |
| B-306 | 4790770 | PREHEVBRI HEPATITIS B VAC. 10MCG SUSP INJ VIAL 1 |
| B-60  | 60020   | ROFENID READY MIX AMP 6 X 100MG/2ML              |
| B-15  | 812909  | SECTRAL COMP 70 X 400 MG                         |
| A-5   | 2455798 | VALPROATE RETARD EG 500MG LIBER PROL COMP 100    |

La liste des spécialités importées remboursables est disponible sur le site APB :

[https://www.apb.be/fr-BE/Topic/limportation~REG\\_RT0P08](https://www.apb.be/fr-BE/Topic/limportation~REG_RT0P08)

**Précisions de l'INAMI lors de la dernière mise à jour de cette liste :**

Spécialités ajoutées :

- Metronidazole 500mg 20 comprimés : à partir du 31.01.2026
- Metronidazole 500mg 28 comprimés : à partir du 31.01.2026

**Dates de fin:**

- **Bleomycine 15000 UI : jusqu'au 28.02.2026**
- **Cefadroxil 500mg 16 capsules : jusqu'au 28.02.2026**

Source: service tarification APB 25/02/2026