

Modifications des modalités de remboursement entrant en vigueur au 1^{er} avril 2026

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre I à partir du 1^{er} avril 2026 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
B-83	5800354	ACECORT 1 MG 30 COMP	G	14,50	14,50	2,98	1,79
B-83	5800362	ACECORT 10 MG 30 COMP	G	14,50	14,50	2,98	1,79
B-134	5826508	FLUCONAZOLE TEVA 200 MG (Orifarm) 20 CAPS	G	64,68	64,68	12,80	8,50
B-220	5826540	QUETIAPINE RETARD TEVA 200 MG (Orifarm) 100 COMP	G	71,60	71,60	15,90	10,38

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} avril 2026 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
B-303	4926705	APIXABAN VIATRIS 2,5 MG 180 COMP	G	77,07	77,07	15,90	10,50
B-303	4926697	APIXABAN VIATRIS 2,5 MG 60 COMP	G	30,91	30,91	7,93	4,72
B-303	4926713	APIXABAN VIATRIS 5 MG 14 COMP	G	11,82	11,82	2,07	1,24
B-303	4926739	APIXABAN VIATRIS 5 MG 180 COMP	G	77,07	77,07	15,90	10,50
B-303	4926721	APIXABAN VIATRIS 5 MG 60 COMP	G	30,91	30,91	7,93	4,72
A-20	5812375	EMTRICITAB./TENOFIVIR. KRKA EXIM 200/245MG COMP 90	G	365,41	365,41	2,00	1,00
B-345	5812375	EMTRICITAB./TENOFIVIR. KRKA EXIM 200/245MG COMP 90	G	365,41	365,41	15,90	10,50
A-20	5826888	EMTRICITAB/TENOFIVIR KRKA 200mg/245mg (Orifarm) 90 COMP	G	365,41	365,41	2,00	1,00
B-345	5826888	EMTRICITAB/TENOFIVIR KRKA 200mg/245mg (Orifarm) 90 COMP	G	365,41	365,41	15,90	10,50
A-53	5826508	FLUCONAZOLE TEVA 200 MG (Orifarm) 20 CAPS	G	64,68	64,68	2,00	1,00
A-65	5826516	IMATINIB ACCORD 400 MG (Orifarm) 30 COMP	G	866,98	866,98	2,00	1,00
A-65	5826524	IMATINIB KRKA d.d. 400 MG (Orifarm) 30 COMP	G	866,98	866,98	2,00	1,00
A-50	5826490	JIVI 3000 IU (Orifarm) 1 FL PDR SOL INJ 3000 IU		2282,52	2282,52	2,00	1,00
A-50	5812417	JIVI EXIM 3000UI PDR+SOLV SOL INJ SER PRER. 2,5ML		2282,52	2282,52	2,00	1,00
B-278	5826532	LAMOTRIGINE EG 200 MG (Orifarm) 90 COMP	G	60,37	60,37	14,85	8,82
B-389	5812425	YUFLYMA EXIM 40MG SOL INJ STYLO PREREMPL. 6	BioS	1357,57	1357,57	12,80	8,50

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre IV, moyennant autorisation du médecin conseil à durée illimitée – **type d** (code '?' au Tarif) à partir du 1^{er} avril 2026 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
B-77	4201786	AZILECT 1MG ORIFARM COMP 112	R	129,36	129,36	15,90	10,50
B-244	5805429	COMTAN 200MG (Pi-Pharma) 100 COMP		81,62	81,62	15,90	10,50
A-5	5826532	LAMOTRIGINE EG 200 mg (Orifarm) 90 COMP	G	60,37	60,37	2,00	1,00
B-272	5812409	STALEVO 100MG/25MG/200MG EXIM COMP 100 PIP	R	51,54	51,54	12,78	7,59
B-272	5812391	STALEVO 150MG/37,5MG/200MG EXIM COMP 100 PIP	R	54,55	54,55	13,48	8,01
B-272	5812383	STALEVO 200MG/50MG/200MG EXIM COMP 100 PIP	R	56,12	56,12	13,85	8,23

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^{er} avril 2026 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
B-303	4926689	APIXABAN VIATRIS 2,5 MG 20 COMP	G	14,45	14,45	2,96	1,78
B-303	4926697	APIXABAN VIATRIS 2,5 MG 60 COMP	G	30,91	30,91	7,93	4,72
B-230	5826466	KEFDENSIS 60 MG 1 SER PREREMP SOL INJ 1ML	BioS	99,40	99,40	12,80	8,50
B-230	5813530	OBODENCE 60 MG 1 SER PREREMPL SOL INJ 1ML	BioS	99,40	99,40	12,80	8,50
B-248	5816061	OMVOH 200 MG 3 X 2ML STYLOS PREREMPL SOL INJ		2849,18	2849,18	12,80	8,50
A-92	5811344	OZEMPIC 1 MG (8W) 1 X 3ML STYLO PREREMPL SOL INJ		197,54	197,54	2,00	1,00
B-255	5812425	YUFLYMA EXIM 40MG SOL INJ STYLO PREREMPL. 6	BioS	1357,57	1357,57	12,80	8,50
B-248	5812425	YUFLYMA EXIM 40MG SOL INJ STYLO PREREMPL. 6	BioS	1357,57	1357,57	12,80	8,50
B-281	5812425	YUFLYMA EXIM 40MG SOL INJ STYLO PREREMPL. 6	BioS	1357,57	1357,57	12,80	8,50
B-339	5812425	YUFLYMA EXIM 40MG SOL INJ STYLO PREREMPL. 6	BioS	1357,57	1357,57	12,80	8,50
B-279	5826482	ZVOGRA 120 MG 1 FL SOL INJ 1,7 mL	BioS	161,13	161,13	12,80	8,50
B-279	5826474	ZVOGRA 120 MG 4 FL SOL INJ 1,7 mL	BioS	611,62	611,62	12,80	8,50

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre VIII, moyennant autorisation du médecin conseil à durée limitée– **type b** (code '?' dans le tarif) à partir du 1^{er} avril 2026 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
A-65	5826516	IMATINIB ACCORD 400 MG (Orifarm) 30 COMP	G	866,98	866,98	2,00	1,00
A-65	5826524	IMATINIB KRKA d.d. 400 MG (Orifarm) 30 COMP	G	866,98	866,98	2,00	1,00

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre VIII, moyennant autorisation du médecin conseil à durée limitée– **type e** (code 'E' dans le tarif) à partir du 1^{er} avril 2026 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
A-65	5826516	IMATINIB ACCORD 400 MG (Orifarm) 30 COMP	G	866,98	866,98	2,00	1,00
A-65	5826524	IMATINIB KRKA d.d. 400 MG (Orifarm) 30 COMP	G	866,98	866,98	2,00	1,00

Les spécialités suivantes sont supprimées du remboursement à partir du 1^{er} avril 2026 :

Crit	CNK	Dénomination
A-11	1085885	ACTRAPID PENFILL 100 IU/ML 5 X 3,0 ML
C-39	2813285	ATORVASTATINE TEVA 40 MG COMP PELL 30
A-45	2813285	ATORVASTATINE TEVA 40 MG COMP PELL 30
B-182	23895	BX CL PL GLUCOSE 30% 500ML
B-112	2582310	CEFTRIAXONE FRESENIUS PDR POUR SOL INJ 5X1G
B-112	2582328	CEFTRIAXONE FRESENIUS PDR POUR SOL PERF 5X2G
B-250	3123395	CELECOXIB 200 MG TEVA CAPS 30
B-243	4367819	EFIENT 10MG PI PHARMA COMP PELL 84 PIP
B-21	1576883	ENALAPRIL SANDOZ 20 MG TABL 56
B-250	3536265	ETORICOXIB SANDOZ 60MG COMP PELL 98



Office de tarification de l'UPHOC

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

www.uphoc.com

A-11	1077718	INSULATARD PENFILL 100 IU/ML 5 X 3,0ML
B-254	3059953	MEMANTINE SANDOZ 10 MG COMP PELL 56
B-224	3467024	OLMESARTAN SANDOZ 40MG COMP 28
B-220	3789641	PALIPERIDON SANDOZ 3MG LIB.PROL. COMP 56
B-220	3789658	PALIPERIDON SANDOZ 6MG LIB.PROL. COMP 56
B-73	2511863	PAROXETINE 30 MG SANDOZ COMP 28
C-39	4169371	PRAVASOR COMP ENROBES 28 X 40MG
A-45	4169371	PRAVASOR COMP ENROBES 28 X 40MG
B-262	3542115	PREGABALIN SANDOZ 300MG CAPS 14
A-5	3542115	PREGABALIN SANDOZ 300MG CAPS 14
B-262	3296720	PREGABALINE MYLAN CAPS 56 X 75MG
A-5	3296720	PREGABALINE MYLAN CAPS 56 X 75MG
B-262	3296746	PREGABALINE MYLAN CAPS 200 X 150MG
A-5	3296746	PREGABALINE MYLAN CAPS 200 X 150MG
B-296	3711496	PROCORALAN 5,0MG IMPEXECO COMP PELL 56 PIP
B-220	4251815	QUETIAPIN RETARD SANDOZ 200MG COMP 60
A-5	2455772	VALPROATE RETARD EG 300MG COMP 100
B-73	2550341	VENLAFAXINE APOTEX 75MG CAPS 28
B-73	2581775	VENLAFAXINE APOTEX 75MG CAPS 98
B-73	2581759	VENLAFAXINE APOTEX 150MG CAPS 98

Les contraceptifs suivants sont supprimés de 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} avril 2026:

CNK	Dénomination
2677458	YASMIN 6 X 28 COMP

Les produits suivants sont ajoutés à la liste de l'alimentation médicale au 1^{er} avril 2026 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
A	4916573	PKU GMPro Delight 15 Fruits des bois 30 x 30g (Nutricia Belgique)	M	438,08	438,08	0,00	0,00
A	4916565	PKU GMPro Delight 15 Saveur tropical 30 x 30g (Nutricia Belgique)	M	438,08	438,08	0,00	0,00
A	4916599	PKU GMPro Delight 20 Fruits des bois 30 x 40g (Nutricia Belgique)	M	584,10	584,10	0,00	0,00
A	4916581	PKU GMPro Delight 20 Saveur tropical 30 x 40g (Nutricia Belgique)	M	584,10	584,10	0,00	0,00

Les produits suivants sont supprimés de la liste des sondes avec lubrifiant intégré au 1^{er} avril 2026 :

CNK	Dénomination
3418993	HYDROSIL GO SONDE INTERM.FEMME SIL 15CM 10CH 30
3419009	HYDROSIL GO SONDE INTERM. FEMME SIL 15CM 12CH 30
3419017	HYDROSIL GO SONDE INTERM. FEMME SIL 15CM 14CH 30
3419025	HYDROSIL GO SONDE INTERM. FEMME SIL 15CM 16CH 30
3419033	HYDROSIL GO SONDE INTERM. FEMME SIL 15CM 18CH 30



Office de tarification de l'UPHOC

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

www.uphoc.com

La liste des spécialités importées remboursables est disponible sur notre site web :

https://www.apb.be/fr-BE/Topic/limportation~REG_RT0P08

Précisions de l'INAMI lors des dernières mises à jour de cette liste :

Spécialités ajoutées :

- Metronidazole 500mg 14 comprimés : à partir du 31.01.2026
- Megestrol 160mg 30 comprimés : à partir du 01.02.2026
- Fluorouracil 5% 40gr : à partir du 17.11.2025

Dates de fin:

- **Flecainide 10mg/ml 15ml ampoules : jusqu'au 31.03.2026**
- **Ciclosporine 10mg 60 capsules : jusqu'au 31.03.2026**
- **Quetiapine Retard 150mg 60 et 100 comprimés : jusqu'au 31.03.2026**
- **Rifampicine 300mg 30, 50 et 100 capsules : jusqu'au 31.03.2026**
- **Erythromycine 1000 mg 1 injectieflacon : jusqu'au 30.04.2026**
- **Kayexalate Calcium 300 gr et 500 gr : jusqu'au 30.04.2026**

Dans le cadre de la nouvelle façon de tarifier et facturer les prestations remboursées par Fedasil à partir du 01.04.2026, les médicaments importés remboursés par l'INAMI, le seront aussi pour Fedasil à partir de cette date.

Source: service tarification APB – 25/03/2026