

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

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

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
A-5	4549853	KEPPRA 1000 MG ABACUS COMP 100 ALU/PVC (*)	R	82,72	82,72	2,00	1,00
A-5	4873188	KEPPRA 1000 MG ORIFARM COMP 100 (*)	R	82,72	82,72	2,00	1,00
A-5	4771986	KEPPRA EXIM 1000 MG COMP 100 PIP (*)	R	82,72	82,72	2,00	1,00
A-5	4772018	KEPPRA EXIM 250 MG COMP 100 PIP (*)	R	26,62	26,62	2,00	1,00
A-5	4772000	KEPPRA EXIM 500 MG COMP 100 PIP (*)	R	45,42	45,42	2,00	1,00
A-5	4771994	KEPPRA EXIM 750 MG COMP 100 PIP (*)	R	64,20	64,20	2,00	1,00
A-5	2903011	LEVETIRACETAM SANDOZ COMP 100 X 250 MG (*)	G	26,60	26,60	2,00	1,00
A-5	2903029	LEVETIRACETAM SANDOZ COMP 100 X 500 MG (*)	G	45,39	45,39	2,00	1,00
A-5	2903037	LEVETIRACETAM SANDOZ COMP 100 X 750 MG (*)	G	64,19	64,19	2,00	1,00
A-5	2903045	LEVETIRACETAM SANDOZ COMP 100 X1000 MG (*)	G	82,72	82,72	2,00	1,00
A-5	2936367	LEVETIRACETAM SANDOZ COMP 200 X 500 MG (*)	G	66,98	66,98	2,00	1,00
A-5	2936383	LEVETIRACETAM SANDOZ COMP 200 X1000 MG (*)	G	121,87	121,87	2,00	1,00
A-5	2906287	LEVETIRACETAM SANDOZ CONC SOL INF 10 FL INJ 5 ML (*)	G	58,98	58,98	2,00	1,00
A-5	2903052	LEVETIRACETAM SANDOZ SUSP 300 ML (*)	G	30,38	30,38	2,00	1,00
C-41	4975348	MYROSOR 40 MG/10 MG COMP 30	R	26,92	26,92	13,98	10,50
C-41	4975355	MYROSOR 40 MG/10 MG COMP 90	R	54,80	54,80	15,90	10,50
C-41	4975330	MYROSOR 5 MG/10 MG COMP 30	R	24,50	24,50	12,84	10,50
C-41	4975322	MYROSOR 5 MG/10 MG COMP 90	R	44,51	44,51	15,90	10,50

(*) Ces spécialités ont été supprimées du Chapitre IV et inscrites au Chapitre I.

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} mai 2026 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
A-65	5835780	GLIVEC 400 MG ORIFARM 30 COMP	R	828,46	828,46	2,00	1,00
B-389	4799714	REMSIMA 120 MG ORIFARM STYLO PREREMPLI 6	BioS	1890,02	1890,02	12,80	8,50
B-303	4926655	RIVAROXABAN TEVA 10 MG 100 COMP	G	84,42	84,42	15,90	10,50
B-303	4926663	RIVAROXABAN TEVA 15 MG 100 COMP	G	84,42	84,42	15,90	10,50
B-303	4926648	RIVAROXABAN TEVA 2.5 MG100 COMP	G	46,30	46,30	11,54	6,86
B-303	4926671	RIVAROXABAN TEVA 20 MG100 COMP	G	84,42	84,42	15,90	10,50
B-389	4954830	YUFLYMA PI PHARMA 40 MG SOL INJ STYLO PREREMPL. 2	BioS	452,85	452,85	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} mai 2026 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
A-89	4975348	MYROSOR 40 MG/10 MG 30 COMP	R	26,92	26,92	2,00	1,00
A-89	4975355	MYROSOR 40 MG/10 MG 90 COMP	R	54,80	54,80	2,00	1,00
A-89	4975330	MYROSOR 5 MG/10 MG 30 COMP	R	24,50	24,50	2,00	1,00
A-89	4975322	MYROSOR 5 MG/10 MG 90 COMP	R	44,51	44,51	2,00	1,00

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 1^{er} mai 2026 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
C-12	3906799	ACARIZAX LYOPHILISATE SUBLINGUAL COMP FONDANT 30		94,16	94,16	15,90	10,50
C-12	4154878	ACARIZAX LYOPHILISATE SUBLINGUAL COMP FONDANT 90		210,64	210,64	15,90	10,50
B-279	4975975	DEGEVMA 120 MG FL SOL INJ 1 X 1,7ML	BioS	161,13	161,13	12,80	8,50
B-279	5824859	DEGEVMA 120 MG FL SOL INJ 3 X 1,7ML	BioS	461,46	461,46	12,80	8,50
B-227	4962841	DIMETHYL FUMARATE TEVA 240 MG 56 CAPS	G	362,00	362,00	12,80	8,50
B-255	5805403	HUKYNDRA PI PHARMA 40 MG SOL INJ STYLO PREREMP. 6	BioS	1360,27	1360,27	12,80	8,50
B-248	5805403	HUKYNDRA PI PHARMA 40 MG SOL INJ STYLO PREREMP. 6	BioS	1360,27	1360,27	12,80	8,50
B-281	5805403	HUKYNDRA PI PHARMA 40 MG SOL INJ STYLO PREREMP. 6	BioS	1360,27	1360,27	12,80	8,50
B-339	5805403	HUKYNDRA PI PHARMA 40 MG SOL INJ STYLO PREREMP. 6	BioS	1360,27	1360,27	12,80	8,50
A-27	5835798	ORGOVYX 120 MG ORIFARM 30 COMP		170,90	170,90	2,00	1,00
B-255	4799714	REMSIMA 120 MG ORIFARM STYLO PREREMPLI 6	BioS	1890,02	1890,02	12,80	8,50
B-281	4799714	REMSIMA 120 MG ORIFARM STYLO PREREMPLI 6	BioS	1890,02	1890,02	12,80	8,50
B-248	4799714	REMSIMA 120 MG ORIFARM STYLO PREREMPLI 6	BioS	1890,02	1890,02	12,80	8,50
B-227	5816186	RIULVY 174 MG 14 CAPS	G	98,73	98,73	12,80	8,50
B-227	5816160	RIULVY 348 MG 168 CAPS	G	1064,07	1064,07	15,90	10,50
B-227	5816178	RIULVY 348 MG 56 CAPS	G	362,00	362,00	12,80	8,50
B-279	5813522	XBRYK 120 MG FL SOL INJ 1 X 1,7ML	BioS	161,13	161,13	12,80	8,50
B-279	5829528	XBRYK 120 MG FL SOL INJ 3 X 1,7ML	BioS	461,46	461,46	12,80	8,50
B-255	4954830	YUFLYMA PI PHARMA 40 MG SOL INJ STYLO PREREMPL. 2	BioS	452,85	452,85	12,80	8,50
B-248	4954830	YUFLYMA PI PHARMA 40 MG SOL INJ STYLO PREREMPL. 2	BioS	452,85	452,85	12,80	8,50
B-281	4954830	YUFLYMA PI PHARMA 40 MG SOL INJ STYLO PREREMPL. 2	BioS	452,85	452,85	12,80	8,50
B-339	4954830	YUFLYMA PI PHARMA 40 MG SOL INJ STYLO PREREMPL. 2	BioS	452,85	452,85	12,80	8,50

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

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
A-65	5835780	GLIVEC 400 MG ORIFARM 30 COMP	R	828,46	828,46	2,00	1,00

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

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
A-65	5835780	GLIVEC 400 MG ORIFARM 30 COMP	R	828,46	828,46	2,00	1,00

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^{er} mai 2026 :

CNK	Dénomination	PP	Actif	<25a/BIM
5823158	ANCORA 375 CU	47,00	47,00	0,00

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

Crit	CNK	Dénomination
B-313	3447984	ALGOSTASE MONO 1 G COMP 120 X 1 G
B-313	2875136	ALGOSTASE MONO 1000 TUBE 6 X 10 COMP EFF
B-20	2399590	AMLODIPINE BESILAT SANDOZ COMP 60 X 5 MG
A-20	4523353	ATAZANAVIR VIATRIS 200MG GELULES 30
B-224	2828291	CANDESARTAN SANDOZ TABL 98 X 8 MG
B-16	2071603	CARVEDILOL SANDOZ 25 MG COMP 60
C-37	1705474	CIPROXINE SUSP ORALE 2 X 100ML 250 MG/5 ML
B-15	2697647	CO BISOPROLOL SANDOZ 10 MG/25 MG COMP 60
B-21	4685970	COVERAM 10 MG/5 MG ORIFARM COMP 90 PIP
B-21	4685954	COVERAM 5 MG/5 MG ORIFARM COMP 90 PIP
B-227	4679130	DIMTRUZIC SANDOZ 120 MG CAPS 14
B-227	4679148	DIMTRUZIC SANDOZ 240 MG CAPS 56
B-227	4679155	DIMTRUZIC SANDOZ 240 MG CAPS 168
B-254	2853109	DONEPEZIL SANDOZ 5 MG COMP 56
A-50	4672424	ELOCTA 1000UI ORIFARM PDR + SOLV SOL INJ 1 PIP
B-23	41368	FLUDEX COMP 20 X 2,5 MG
B-73	2600310	FLUOXETINE EG PI PHARMA CAPS 56 X 20 MG PIP
B-134	292169	LAMISIL COMP 14 X 250 MG
B-354	4641304	LEFLUNOMIDE AB 10 MG COMP 30
B-354	4641312	LEFLUNOMIDE AB 10 MG COMP 100
B-354	4641338	LEFLUNOMIDE AB 20 MG COMP 30
B-148	4132080	LIBROXAR 8 MG/2 MG COMP 7
B-262	2825057	LYRICA 300 MG PI PHARMA CAPS 56 PIP
A-5	2825057	LYRICA 300 MG PI PHARMA CAPS 56 PIP
A-27	2976413	MEDROL 32 MG IMPEXECO COMP 20 PIP
B-240	2125003	MOXONIDINE SANDOZ COMP 30 X 0,4 MG
B-15	2647691	NEBIVOLOL SANDOZ TABL 56 X 5 MG
B-72	2775708	OLANZAPINE 7,5 MG SANDOZ COMP 56

B-262	3631280	PREGABALINE MYLAN 75MG CAPS 200
A-5	3631280	PREGABALINE MYLAN 75MG CAPS 200
B-262	3296738	PREGABALINE MYLAN CAPS 56 X 150MG
A-5	3296738	PREGABALINE MYLAN CAPS 56 X 150MG
B-92	4682043	PUREGON 300 IU/0,36 ML ORIFARM SOL INJ 1 PIP
B-92	4682050	PUREGON 600 UI/0,72 ML ORIFARM SOL INJ 1 PIP
B-254	1576396	REMINYL SUSP OR 100 ML 4 MG/ML
B-60	1082080	ROFENID 200 LA CAPS 28 X 200MG
C-39	2195774	SIMVASTATINE MYLAN 80MG COMP 100
C-37	4665121	TETRALYSAL ORIFARM 300MG CAPS 28 PIP

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} mai 2026 :

CNK	Dénomination
3529641	ASTERLUNA CONTINU 30 0,15MG/0,03MG COMP PELL 6X28
3577392	MI DIU LOAD 375 CU+AG
3577400	MI DIU SERT 380 CU+AG
3577418	MI DIU SERT 380 MINI CU+AG

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

Cat	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
B	4925467	NEOCATE SYNEO HMO (Nutricia Belgique)	M	45,50	45,50	11,37	6,82

Les produits suivants sont ajoutés à la liste des concentrateurs d'oxygène au 1^{er} mai 2026 :

Cat	Dénomination	Installation		Location		Humidificateur		Actif	BIM
		CNK	BR	CNK	BR	CNK	BR		
A	CONCENTRATEUR D'OXYGÈNE DEVILBISS 525KS (Isis Medical)	4955084	31,80	4967212	90,10	4955092	5,51	0,00	0,00

Liste des spécialités importées remboursables

Cette liste est disponible sur le site web APB :

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 :

- Meclobemide 150 mg 30 comprimés : à partir du 01.01.2026
- Methylaminolevulinate 2g crème : à partir du 19.03.2026

Dates de fin:

- **Métronidazole 500 mg 14, 20 et 28 comprimés : jusqu'au 31.05.2026**


Dérogation pour la spécialité indisponible Baraclude 0,5mg x 30 comprimés

La firme concernée a introduit une demande pour importer certains lots du médicament de l'étranger et cela a été approuvé par l'AFMPS. Dans nos bases de données nous avons déjà lié le GTIN du lot français pour lequel la firme a obtenu cette dérogation et ceci est visible sur PHIL :

2473957 - BARACLUDGE 0,5 MG COMP PELL S/BLIST 30 X 0,5 MG
Médicament humain, monopréparation
Entécavir monohydraté

Données administratives Données scientifiques Soins pharmaceutiques

Informations de base



GTIN: **03400937628976**, 08027950500307

Quand le pharmacien lira le code2DMatrix, son programme informatique fera les liens nécessaires avec le CNK belge remboursé et la traçabilité est aussi garantie.

Ajout d'un produit sur la liste des excipients remboursés par l'INAMI au 01/05/2026

CNK	Nom	Quantité	Base de remboursement
592337	Syrspend Sf Ph4 Unflavoured [Uniquement pour les préparations pédiatriques pour les bénéficiaires de 0 à 10 ans inclus]	1	0,0376
592329	Syrspend Sf Ph4 Cherry [Uniquement pour les préparations pédiatriques pour les bénéficiaires de 0 à 10 ans inclus]	1	0,0376

Source : service tarification APB - 24/04/2026