

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

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

| Crit | CNK | Dénomination | | PP | BR | Actif | BIM |
|-------|---------|---|------|-------|-------|-------|-------|
| B-263 | 4939971 | ARIXTRA 1,5 mg/0,3 mL 10 seringue prérempl. 0,3 mL sol pour inject. | | 44,15 | 44,15 | 11,04 | 6,56 |
| B-224 | 5847058 | CANDESARTAN EG 16 mg 100 comp | G | 25,81 | 25,81 | 6,73 | 4,01 |
| B-224 | 5847066 | CANDESARTAN EG 32 mg 100 comp | G | 29,84 | 29,84 | 7,68 | 4,57 |
| B-224 | 5847074 | CANDESARTAN EG 8 mg 100 comp | G | 22,36 | 22,36 | 5,63 | 3,38 |
| B-73 | 5802012 | EDRONAX 4 mg 60 comp | | 31,17 | 31,17 | 7,99 | 4,75 |
| C-40 | 5846530 | EZETIMIBE KRKA 10 mg (Orifarm) 98 comp | G | 39,63 | 39,63 | 15,90 | 10,50 |
| C-39 | 5821731 | ROSUVASTATINE TEVA PI PHARMA 10MG COMP 100 | G | 22,82 | 22,82 | 11,57 | 10,50 |
| A-69 | 5846472 | SEMGLEE 100 U/mL 3 stylos prérempl. 3 mL | BioS | 29,42 | 29,42 | 2,00 | 1,00 |
| A-69 | 5846464 | SEMGLEE 100 U/mL 5 stylos prérempl. 3 mL | BioS | 43,81 | 43,81 | 2,00 | 1,00 |
| B-73 | 5820105 | SIPRALEXA 10MG PI PHARMA COMP 98 PIP | R | 23,82 | 23,82 | 6,15 | 3,69 |
| C-41 | 5806450 | SUVEZEN 10MG/10MG COMP 90 PIP | R | 54,80 | 54,80 | 15,90 | 10,50 |
| C-41 | 5806443 | SUVEZEN 20MG/10MG COMP 90 PIP | R | 54,80 | 54,80 | 15,90 | 10,50 |
| C-41 | 5806435 | SUVEZEN 40MG/10MG COMP 90 PIP | R | 54,80 | 54,80 | 15,90 | 10,50 |

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre II (contrôle à posteriori) à partir du 1^{er} juin 2026 :

| Crit | CNK | Dénomination | | PP | BR | Actif | BIM |
|-------|---------|-----------------------------|---|-------|-------|-------|-------|
| Cx-15 | 4954897 | OMEPRAZOL AB 10 mg 28 caps | G | 9,36 | 9,36 | 3,97 | 3,97 |
| Cx-15 | 4954905 | OMEPRAZOL AB 10 mg 56 caps | G | 14,01 | 14,01 | 9,01 | 9,01 |
| Cx-15 | 4954913 | OMEPRAZOL AB 10 mg 100 caps | G | 18,84 | 18,84 | 14,21 | 14,21 |
| Cx-15 | 4954921 | OMEPRAZOL AB 20 mg 28 caps | G | 13,37 | 13,37 | 8,32 | 8,32 |
| Cx-15 | 4954939 | OMEPRAZOL AB 20 mg 56 caps | G | 19,61 | 19,61 | 15,05 | 15,05 |
| Cx-15 | 4954947 | OMEPRAZOL AB 20 mg 100 caps | G | 24,21 | 24,21 | 20,18 | 20,18 |

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} juin 2026 :

| Crit | CNK | Dénomination | | PP | BR | Actif | BIM |
|-------|---------|---|---|---------|---------|-------|-------|
| B-303 | 4928404 | APIXABAN AB 2,5 mg 60 comp | G | 30,91 | 30,91 | 7,93 | 4,72 |
| B-303 | 4928412 | APIXABAN AB 2,5 mg 168 comp | G | 72,46 | 72,46 | 15,90 | 10,50 |
| B-303 | 4928438 | APIXABAN AB 5 mg 56 comp | G | 29,36 | 29,36 | 7,57 | 4,50 |
| B-303 | 4928446 | APIXABAN AB 5 mg 168 comp | G | 72,46 | 72,46 | 15,90 | 10,50 |
| A-3 | 5820840 | HAEMATE ABACUS P -2400/1000 FL INJ PDR SOL 15ML | | 1020,26 | 1020,26 | 2,00 | 1,00 |
| A-58 | 5828652 | POSACONAZOLE AB 100 mg 24 comp | G | 337,35 | 337,35 | 2,00 | 1,00 |
| B-134 | 5828652 | POSACONAZOLE AB 100 mg 24 comp | G | 337,35 | 337,35 | 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} juin 2026 :

| Crit | CNK | Dénomination | | PP | BR | Actif | BIM |
|-------|---------|--|---|-------|-------|-------|------|
| A-111 | 4858213 | ACETYLCYSTEINE AB 600 mg 30 sachets | G | 11,83 | 11,83 | 2,00 | 1,00 |
| A-111 | 4858239 | ACETYLCYSTEINE AB 600 mg 60 sachets | G | 15,87 | 15,87 | 2,00 | 1,00 |
| A-71 | 5846530 | EZETIMIBE KRKA 10 mg (Orifarm) 98 comp | G | 39,63 | 39,63 | 2,00 | 1,00 |
| A-45 | 5821731 | ROSUVASTATINE TEVA PI PHARMA 10MG F COMP 100 | G | 22,82 | 22,82 | 2,00 | 1,00 |
| A-89 | 5806450 | SUVEZEN 10MG/10MG COMP 90 PIP | R | 54,80 | 54,80 | 2,00 | 1,00 |
| A-89 | 5806443 | SUVEZEN 20MG/10MG COMP 90 PIP | R | 54,80 | 54,80 | 2,00 | 1,00 |
| A-89 | 5806435 | SUVEZEN 40MG/10MG COMP 90 PIP | R | 54,80 | 54,80 | 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} juin 2026 :

| Crit | CNK | Dénomination | | PP | BR | Actif | BIM |
|-------|---------|---|------|---------|---------|-------|------|
| B-303 | 4928396 | APIXABAN AB 2,5 mg 20 comp | G | 14,45 | 14,45 | 2,96 | 1,78 |
| B-303 | 4928404 | APIXABAN AB 2,5 mg 60 comp | G | 30,91 | 30,91 | 7,93 | 4,72 |
| B-230 | 5846449 | ELADYNOS 80 µg/dose 1 stylo prérempl. 1,5 mL sol pour inject., 3 mg | | 275,40 | 275,40 | 12,80 | 8,50 |
| B-292 | 3402799 | GARDASIL 9 SUSP INJ SER PREREMPL. 1 X 0,5ML+2 AIG | | 120,59 | 120,59 | 12,80 | 8,50 |
| B-292 | 3402799 | GARDASIL 9 SUSP INJ SER PREREMPL. 1 X 0,5ML+2 AIG | | 120,59 | 120,59 | 12,80 | 8,50 |
| B-248 | 4991261 | GOBIVAZ 100 mg 1 stylo prérempl. 1 mL | BioS | 591,58 | 591,58 | 12,80 | 8,50 |
| B-248 | 4991238 | GOBIVAZ 100 mg 1 voorgevulde spuit 1 mL | BioS | 591,58 | 591,58 | 12,80 | 8,50 |
| B-255 | 4991246 | GOBIVAZ 50 mg 1 stylo prérempl. 0,5 mL | BioS | 591,58 | 591,58 | 12,80 | 8,50 |
| B-248 | 4991246 | GOBIVAZ 50 mg stylo prérempl. 0,5 mL | BioS | 591,58 | 591,58 | 12,80 | 8,50 |
| B-255 | 4991253 | GOBIVAZ 50 mg 1 SER PREREMPL 0,5 mL | BioS | 591,58 | 591,58 | 12,80 | 8,50 |
| B-248 | 4991253 | GOBIVAZ 50 mg 1 SER PREREMPL 0,5 mL sol pour inject | BioS | 591,58 | 591,58 | 12,80 | 8,50 |
| B-255 | 5846456 | IDACIO 40 mg (Orifarm) 6 stylos prérempl. 0,8 mL | BioS | 1339,25 | 1339,25 | 12,80 | 8,50 |
| B-248 | 5846456 | IDACIO 40 mg (Orifarm) 6 stylos prérempl. 0,8 mL | BioS | 1339,25 | 1339,25 | 12,80 | 8,50 |
| B-281 | 5846456 | IDACIO 40 mg (Orifarm) 6 stylos prérempl. 0,8 mL | BioS | 1339,25 | 1339,25 | 12,80 | 8,50 |
| B-339 | 5846456 | IDACIO 40 mg (Orifarm) 6 stylos prérempl. 0,8 mL | BioS | 1339,25 | 1339,25 | 12,80 | 8,50 |
| B-314 | 4800777 | ILUMETRI 100MG SOL INJ STYL PREREPL 1X1ML | | 2765,82 | 2765,82 | 12,80 | 8,50 |
| B-314 | 4166740 | ILUMETRI 100MG SOL INJ SER PREREMPL 1X1ML | | 2765,82 | 2765,82 | 12,80 | 8,50 |
| B-314 | 4575163 | ILUMETRI 200MG SOL INJ SER PREREMPL 1X2ML | | 2765,82 | 2765,82 | 12,80 | 8,50 |
| B-230 | 4977849 | PONLIMSI 60 mg 1 ser prérempl. 1 mL | BioS | 99,40 | 99,40 | 12,80 | 8,50 |
| B-248 | 4848990 | PYZCHIVA 90MG SOL INJ SER PREREMPL 1ML | BioS | 1405,91 | 1405,91 | 12,80 | 8,50 |
| B-314 | 5805098 | STEQEYMA 45 mg 1 stylo prérempl. 0,5 mL | BioS | 1405,91 | 1405,91 | 12,80 | 8,50 |
| B-305 | 5805098 | STEQEYMA 45 mg stylo prérempl. 0,5 mL | BioS | 1405,91 | 1405,91 | 12,80 | 8,50 |
| B-314 | 5805106 | STEQEYMA 90 mg 1 stylo prérempl. 1 mL | BioS | 1405,91 | 1405,91 | 12,80 | 8,50 |
| B-305 | 5805106 | STEQEYMA 90 mg 1 stylo prérempl. 1 mL | BioS | 1405,91 | 1405,91 | 12,80 | 8,50 |
| B-248 | 5805106 | STEQEYMA 90 mg 1 stylo prérempl. 1 mL | BioS | 1405,91 | 1405,91 | 12,80 | 8,50 |
| B-248 | 5805106 | STEQEYMA 90 mg 1 stylo prérempl. 1 mL | BioS | 1405,91 | 1405,91 | 12,80 | 8,50 |
| B-314 | 4967857 | TREMFYA 100MG/ML PUSHPEN SOL INJ 1X1ML | | 1989,38 | 1989,38 | 12,80 | 8,50 |

| | | | | | | | |
|-------|---------|---|------|---------|---------|-------|-------|
| B-305 | 4967857 | TREMFYA 100MG/ML PUSHPEN SOL INJ 1X1ML | | 1989,38 | 1989,38 | 12,80 | 8,50 |
| B-248 | 4967857 | TREMFYA 100MG/ML PUSHPEN SOL INJ 1X1ML | | 1989,38 | 1989,38 | 12,80 | 8,50 |
| C-33 | 5846498 | VARENICLINE EG 0,5 mg + 1 mg 25 comp | G | 21,81 | 21,81 | 10,89 | 10,50 |
| C-33 | 5846506 | VARENICLINE EG 1 mg 140 comp | G | 88,48 | 88,48 | 15,90 | 10,50 |
| B-314 | 5814678 | YESINTEK 45 mg 1 stylo prérempl. 0,5 mL sol pour inject | BioS | 1405,91 | 1405,91 | 12,80 | 8,50 |
| B-305 | 5814678 | YESINTEK 45 mg 1 stylo prérempl. 0,5 mL sol pour inject | BioS | 1405,91 | 1405,91 | 12,80 | 8,50 |
| B-314 | 5814686 | YESINTEK 90 mg 1 stylo prérempl. 1 mL sol pour inject | BioS | 1405,91 | 1405,91 | 12,80 | 8,50 |
| B-305 | 5814686 | YESINTEK 90 mg 1 stylo prérempl. 1 mL sol pour inject | BioS | 1405,91 | 1405,91 | 12,80 | 8,50 |
| B-248 | 5814686 | YESINTEK 90 mg 1 stylo prérempl. 1 mL sol pour inject | BioS | 1405,91 | 1405,91 | 12,80 | 8,50 |
| B-248 | 5814686 | YESINTEK 90 mg 1 stylo prérempl. 1 mL sol pour inject | BioS | 1405,91 | 1405,91 | 12,80 | 8,50 |

La spécialité suivante est remboursable au chapitre IV avec mention du prescripteur (voir ci-après) à partir du 1^{er} juin 2026 :

| Crit | CNK | Dénomination | PP | BR | Actif | BIM |
|-------|---------|---|--------|--------|-------|------|
| B-292 | 3402799 | GARDASIL 9 SUSP INJ SER PREREMPL. 1 X 0,5ML+2 AIG | 120,59 | 120,59 | 12,80 | 8,50 |

Modalités de remboursement du Gardasil à partir du 1^{er} juin 2026 :

Le texte du § 8740000 est inchangé :

a) La spécialité pharmaceutique fait l'objet d'un remboursement si elle est prescrite chez les bénéficiaires qui lors de la première administration ont atteint l'âge de 12 ans mais pas encore l'âge de 19 ans, pour l'immunisation active contre les maladies dues au HPV et telles que décrites dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP).

b) Le nombre maximal de conditionnements remboursables est limité à 2 conditionnements par bénéficiaire de 12 à 14 ans révolus et à 3 conditionnements par bénéficiaire de 15 à 18 ans révolus.

c) L'immunisation active contre les maladies dues au HPV et telles que décrites dans le RCP n'est remboursable qu'une seule fois dans la vie du bénéficiaire, quel que soit le vaccin qui a été administré. La spécialité n'est pas remboursable chez les bénéficiaires chez qui l'immunisation active a déjà été initié en utilisant un vaccin bivalent ou tétravalent.

d) En outre, la prescription donnant lieu au remboursement doit être faite conformément aux conditions suivantes:

1. le médecin prescripteur tient compte du nombre maximal de conditionnements remboursables ;
2. le médecin prescripteur tient compte de l'âge de la personne vaccinée ;
3. le médecin prescripteur indique sur l'ordonnance la mention « première dose » ou « deuxième dose » ou « troisième dose ».

Pour les deuxième et troisième doses le médecin prescripteur mentionne également la date de la première et, le cas échéant, de la deuxième dose.

Dans ces conditions, le pharmacien peut appliquer le régime du tiers payant.

Nouveau §13880100 :

a) La spécialité pharmaceutique fait l'objet d'un remboursement si elle est prescrite chez les bénéficiaires qui lors de la première administration ont atteint l'âge de 19 ans mais pas encore l'âge de 31 ans, pour l'immunisation active contre les maladies dues au HPV et telles que décrites dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP).

b) Le nombre maximal de conditionnements remboursables est limité à 3 conditionnements par bénéficiaire.



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

c) L'immunisation active contre les maladies dues au HPV et telles que décrites dans le RCP n'est remboursable qu'une seule fois dans la vie du bénéficiaire. La spécialité n'est pas remboursable chez les bénéficiaires chez qui l'immunisation active a déjà été initiée.

d) En outre, la prescription donnant lieu au remboursement doit être faite conformément aux conditions suivantes :

1. Le médecin prescripteur tient compte du nombre maximal de conditionnements remboursables.

2. Le médecin prescripteur tient compte de l'âge de la personne vaccinée.

3. Le médecin prescripteur indique sur l'ordonnance la mention « première dose » ou « deuxième dose » ou « troisième dose ».

Pour la deuxième et la troisième dose, le médecin prescripteur mentionne également la date de la première et, le cas échéant, de la deuxième dose.

Dans ces conditions, le pharmacien peut appliquer le régime du tiers payant.

Nouveau § 13880200 :

a) La spécialité pharmaceutique fait l'objet d'un remboursement si elle est prescrite chez les bénéficiaires adultes **infectés par le VIH-1**, qui lors de la première administration ont atteint l'âge de 19 ans mais pas encore l'âge de 46 ans, pour l'immunisation active contre les maladies dues au HPV et telles que décrites dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP).

b) Le nombre maximal de conditionnements remboursables est limité à 3 conditionnements par bénéficiaire.

c) L'immunisation active contre les maladies dues au HPV et telles que décrites dans le RCP n'est remboursable qu'une seule fois dans la vie du bénéficiaire. La spécialité n'est pas remboursable chez les bénéficiaires chez qui l'immunisation active a déjà été initiée.

d) Le remboursement est accordé lorsque la spécialité concernée a été prescrite par un médecin qui ainsi confirme être attaché à un Centre de Référence SIDA ayant conclu une Convention INAMI de rééducation fonctionnelle.

e) Le remboursement est conditionné par la fourniture préalable au médecin-conseil d'un formulaire de demande, dont le modèle est repris dans l'annexe A du présent paragraphe, complété par le médecin prescripteur selon le point d), qui ainsi atteste que toutes les conditions figurant au point a) ci-dessus sont remplies avant l'initiation du traitement :

1. Le médecin prescripteur tient compte du nombre maximal de conditionnements remboursables.

2. Le médecin prescripteur tient compte de l'âge de la personne vaccinée.

f) Sur base du formulaire de demande visé ci-dessus, dûment complété et signé par le médecin traitant, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'attestation dont le modèle est fixé sous "e" de l'annexe du présent arrêté.

Nouveau § 13880300 :

a) La spécialité pharmaceutique fait l'objet d'un remboursement si elle est prescrite chez les bénéficiaires adultes **après une greffe de cellules souches ou après une transplantation d'organe solide**, qui lors de la première administration ont atteint l'âge de 19 ans mais pas encore l'âge de 46 ans, pour l'immunisation active contre les maladies dues au HPV et telles que décrites dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP).

b) Le nombre maximal de conditionnements remboursables est limité à 3 conditionnements par bénéficiaire.

c) L'immunisation active contre les maladies dues au HPV et telles que décrites dans le RCP n'est remboursable qu'une seule fois dans la vie du bénéficiaire, à l'exception des bénéficiaires ayant subi une greffe de cellules souches hématopoïétiques chez qui une 2ème immunisation est possible après la procédure. La spécialité n'est pas remboursable chez les bénéficiaires chez qui l'immunisation active a déjà été initiée.

d) Le remboursement est accordé lorsque la spécialité concernée a été prescrite par un médecin qui ainsi confirme être attaché à un centre disposant d'expérience en transplantation de cellules souches ou en transplantation d'organes solides.

e) Le remboursement est conditionné par la fourniture préalable au médecin-conseil d'un formulaire de demande, dont le modèle est repris dans l'annexe A du présent paragraphe, complété par le médecin prescripteur selon le point d), qui ainsi atteste que toutes les conditions figurant au point a) ci-dessus sont remplies avant l'initiation du traitement :

1. Le médecin prescripteur tient compte du nombre maximal de conditionnements remboursables.
2. Le médecin prescripteur tient compte de l'âge de la personne vaccinée.

f) Sur base du formulaire de demande visé ci-dessus, dûment complété et signé par le médecin traitant, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'attestation dont le modèle est fixé sous "e" de l'annexe du présent arrêté.

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

| Crit | CNK | Dénomination |
|-------|---------|---|
| Cs-7 | 4844445 | BILASTINE EUROGENERICS 20MG COMP 100 |
| B-21 | 2139764 | CO LISINOPRIL SANDOZ COMP 30 X 10/12.5 MG |
| A-28 | 4696175 | ECANSYA KRKA 150MG COMP 60 |
| B-39 | 4654026 | FENOFIBRATE AB 145MG COMP 30 |
| A-5 | 4624342 | LACOSAMIDE EG 100MG COMP 56 |
| A-5 | 4624359 | LACOSAMIDE EG 150MG COMP 56 |
| A-5 | 4624367 | LACOSAMIDE EG 200MG COMP 56 |
| A-5 | 4624334 | LACOSAMIDE EG 50MG COMP 56 |
| B-114 | 4279147 | MEROPENEM AB 1G PDR SOL INJ/INF FL INJ |
| A-16 | 4279147 | MEROPENEM AB 1G PDR SOL INJ/INF FL INJ |
| B-114 | 4279121 | MEROPENEM AB 500MG PDR SOL INJ/INF FL INJ |
| A-16 | 4279121 | MEROPENEM AB 500MG PDR SOL NJ/INF FL INJ |
| B-114 | 4279139 | MEROPENEM EUGIA 500MG PDR SOL INJ/INF FL INJ 10 |
| A-16 | 4279139 | MEROPENEM EUGIA 500MG PDR SOL INJ/INF FL INJ 10 |
| C-36 | 121012 | NEOBACITRACINE PRO INSTIL 1 X 10 ML |
| B-224 | 3745445 | OLMESARTAN AMLODIPINE SANDOZ 20/ 5MG COMP 98 |
| C-39 | 2202349 | PRAVASTATINE SANDOZ 40 MG COMP 28 |
| A-45 | 2202349 | PRAVASTATINE SANDOZ 40 MG COMP 28 |
| B-262 | 3296753 | PREGABALINE MYLAN CAPS 56 X 300MG |
| A-5 | 3296753 | PREGABALINE MYLAN CAPS 56 X 300MG |
| B-220 | 4641650 | QUETIAPINE AB 100MG COMP 30 |
| B-220 | 4641676 | QUETIAPINE AB 200MG COMP 30 |
| B-220 | 4641585 | QUETIAPINE AB 25MG COMP 30 |
| B-220 | 4641718 | QUETIAPINE AB 300MG COMP L 30 |
| B-220 | 3260486 | QUETIAPINE KRKA 200MG COMP 30 |
| A-22 | 807081 | RHOGAM ORTHO VIAL INJ 1 X 300 MCG |
| B-220 | 2463677 | RISPERIDON SANDOZ COMP 6 X 1 MG |

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} juin 2026 :

| CNK | Dénomination | PP | <25a/BIM |
|---------|---|-------|----------|
| 5813746 | CERAZETTE 75MG PI PHARMA COMP 3X28 PIP | 29,58 | 20,58 |
| 5813738 | CERAZETTE 75MG PI PHARMA COMP 13X28 PIP | 82,92 | 43,92 |

Les produits suivants sont supprimés de la liste de l'alimentation médicale au 1^{er} juin 2026 :

| Cat | CNK | Dénomination |
|-----|---------|--|
| A | 4614624 | KetoCal 4:1 LQ Multi Fibre arôme neutre 32 x 200 ml |
| A | 4614632 | KetoCal 4:1 LQ Multi Fibre arôme vanille 32 x 200 ml |

Fedasil a ajouté les produits suivants sur sa liste D, à partir du 1^{er} juin 2026 :

| CNK | Dénomination | PP |
|---------|--|-------|
| 5813779 | AXYNOV SERUM PHYSIOLOGIQUE FL 1L | |
| 2904613 | Forlax (PI-Pharma) 20x 10g | 13,90 |
| 1678259 | Forlax 20x 10g | 13,90 |
| 2072874 | Forlax Junior 20x 4g | 9,90 |
| 4408944 | Macrogol AB 20x 10g | 12,06 |
| 4408928 | Macrogol AB 20x 4g | 8,59 |
| 4408951 | Macrogol AB 50 x 10 g | 25,83 |
| 4480620 | NAN OPTIPRO 1 800G NF | |
| 4792529 | NAN OPTIPRO HYDROLYSED PROTEIN 1 800G NF | |
| 4723284 | NOVALAC ALLERNOVA AR+ 0-36M PDR 400G NF | |
| 4723276 | NOVALAC AR DIGEST+ 800G NF | |
| 4723292 | NOVALAC DIARINOVA PDR 600G NF | |
| 4890349 | NUTRILON 1+ LAIT CROISSANCE 800G | |
| 4967766 | NUTRILON PROFUTURA 1+ LAIT CROISSANCE 800G | |
| 4890653 | Siroxyl Carbocistéine sirop Sans Sucre 300ml 250mg/5ml | 10,00 |
| 4890646 | Siroxyl Carbocistéine sirop sol. 250ml 250mg/5ml | 7,89 |
| 4890679 | Siroxyl Carbocistéine sirop sol. Enfants 125ml 100mg/5ml | 4,53 |
| 4664147 | SONORA TIRE LAIT STANDARD | |

Pour rappel : le prix des spécialités non remboursées par l'INAMI est un prix règlementé dont le maximum ne peut être dépassé.

Fedasil a supprimé les produits suivants de sa liste D, à partir du 1^{er} juin 2026 :

| CNK | Dénomination |
|---------|---|
| 2954253 | NAN AR1 LAIT POUDRE 4X26,2G |
| 4581187 | NAN EVOLIA HP HYDROLYSED PROTEIN 1 800G |
| 4581179 | NAN EVOLIA HP HYDROLYSED PROTEIN 2 800G |
| 3271889 | NAN OPTIPRO EVOLIA 1 LAIT POUDRE 4X26G |
| 3833761 | NAN OPTIPRO EVOLIA HA 2 800G |
| 4355129 | NAN OPTIPRO HA1 LAIT PDR 800G NF |
| 4355137 | NAN OPTIPRO HA2 LAIT PDR 800G NF |

| CNK | Dénomination |
|---------|---|
| 4242756 | NOVALAC AR 0-36M PDR 800G |
| 3707106 | NUTRILON 1 5X23G CFR 4291043 |
| 4291043 | NUTRILON 1 LAIT NOURRISSONS 5X22,9G REMPL.3707106 |
| 3706116 | NUTRILON 1 MINI BIBERON 1X70ML |
| 3707130 | NUTRILON 1+ PDR 800G CFR 4291027 |
| 4122248 | NUTRILON 2+ 800G CFR 4299848 |
| 4122255 | NUTRILON 3+ PDR 800G CFR 4299855 |
| 2717213 | NUTRILON AR3 LAIT DE SUITE A/REGURGITAT. PDR 800G |
| 3950052 | NUTRILON FIBERS+ 1+ PDR 800G |
| 2801603 | NUTRILON PREMATURE 1X70ML |
| 0676395 | PRIMPERAN SOL OR 1X200ML 5MG/5ML |

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

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

Précisions de l'INAMI lors des dernières mises à jour de cette liste :**Changements dans la version du 20260420 :**

- Spécialités rajoutées :
 - Sumatriptan 0,5 ml + pen
 - Atracurium 10 mg/ml
- Dates de fin :
 - Doxorubine pegylated liposomal 10 mg 1 flacon injectable: 31.05.2026
 - Doxorubine pegylated liposomal 25 mg 1 flacon injectable: 31.05.2026
 - Arexvy import: 31.05.2026
 - Pancreatine 25000: 31.05.2026
 - Pancreatine 35000: 31.05.2026

Changements dans la version du 20260505 :

- Spécialités rajoutées:
 - Topotecan 1mg/ml
 - Fibrinogène humaine 1 g et 1,5 g
- Dates de fin:
 - Ornidazol: 30.06.2026
 - Cyclofosfamide: 30.06.2026

Source : service tarification APB – 22/05/2026