

## Modifications des modalités de remboursement entrant en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2020

Les spécialités suivantes sont remboursables en chapitre I à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2020 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
B-72	4165536	ABILIFY 10MG ABACUS COMP 28 X 10MG	R	56,84	56,84	12,10	8,00
B-72	4165726	ABILIFY 10MG ABACUS COMP 98 X 10MG	R	144,36	144,36	15,00	9,90
B-72	4178901	ABILIFY 15MG ABACUS COMP 98 X 15MG	R	144,36	144,36	15,00	9,90
B-41	4221214	ATORVASTATINE EUROGENERICS 10 MG X 30 COMP (*)	G	9,15	9,15	1,56	0,94
B-41	4221222	ATORVASTATINE EUROGENERICS 10 MG X 100 COMP (*)	G	12,68	12,68	2,78	1,67
B-41	4221230	ATORVASTATINE EUROGENERICS 20 MG X 30 COMP (*)	G	11,12	11,12	2,24	1,34
B-41	4221248	ATORVASTATINE EUROGENERICS 20 MG X 100 COMP (*)	G	24,17	24,17	6,67	3,97
B-41	4221255	ATORVASTATINE EUROGENERICS 40MGX 100 COMP (*)	G	24,17	24,17	6,67	3,97
B-41	4221263	ATORVASTATINE EUROGENERICS 80 MG X 100 COMP (*)	G	24,14	24,14	6,66	3,97
B-110	2218204	CEFAZOLINE SANDOZ 1G PULV SOL INJ 10 FL X 1 G	G	22,3	22,3	6,1	3,66
B-134	4183281	ITRACONAZOLE EG 100 MG X 30 CAPS	G	20,81	20,81	5,56	3,34
B-240	3000882	MOXONIDINE MYLAN 0,2 MG X 28 COMP	G	8,72	8,72	1,42	0,85
B-240	3012176	MOXONIDINE MYLAN 0,2 MG X 98 COMP	G	16,12	16,12	3,96	2,37
B-240	3000890	MOXONIDINE MYLAN 0,4 MG X 28 COMP	G	11,21	11,21	2,27	1,36
B-240	3012184	MOXONIDINE MYLAN 0,4 MG X 98 COMP	G	23,59	23,59	6,53	3,89
B-21	4134755	TRITACE 10 MG (PI-PHARMA) X 100 COMP	R	38,13	38,13	9,98	5,93

(\*) : également remboursables en chapitre IV

Les spécialités suivantes sont remboursables dans le cadre du contrôle à posteriori (chap. II, code 'T' au Tarif) à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2020 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	TB	Actif	VIPO
B-48	2894236	ESOMEPRAZOLE EG 20 MG X 56 CAPS GASTRR	G	15,34	15,34	3,69	2,21
B-48	2893519	ESOMEPRAZOLE EG 20 MG X 98 CAPS GASTRR	G	17,39	17,39	4,39	2,64
B-48	2893527	ESOMEPRAZOLE EG 40 MG X 28 CAPS GASTRR	G	12,42	12,42	2,69	1,61
C-31	2893477	ESOMEPRAZOLE EG 20 MG X 14 CAPS GASTRR	G	7,87	7,87	2,25	2,25
C-31	2893485	ESOMEPRAZOLE EG 20 MG X 28 CAPS GASTRR	G	10,15	10,15	3,82	3,82

Le remboursement du contraceptif suivant est supprimé pour les jeunes à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2020

CNK	Benaming
3528981	DESO 30 COMP 3 X 21 (IMPEXECO)

Les spécialités suivantes sont remboursables moyennant autorisation du médecin conseil de **durée illimitée – type d** (code '?' au Tarif) à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2020 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
A-45	4221214	ATORVASTATINE EUROGENERICS 10 MG X 30 TABL (**)	G	9,15	9,15	0,00	0,00
A-45	4221222	ATORVASTATINE EUROGENERICS 10 MG X 100 TABL (**)	G	12,68	12,68	0,00	0,00
A-45	4221230	ATORVASTATINE EUROGENERICS 20 MG X 30 TABL (**)	G	11,12	11,12	0,00	0,00
A-45	4221248	ATORVASTATINE EUROGENERICS 20 MG X 100 TABL (**)	G	24,17	24,17	0,00	0,00
A-45	4221255	ATORVASTATINE EUROGENERICS 40MG X 100 TABL (**)	G	24,17	24,17	0,00	0,00
A-45	4221263	ATORVASTATINE EUROGENERICS 80 MG X 100 TABL (**)	G	24,14	24,14	0,00	0,00

(\*\*) : également remboursables en chapitre I

Les spécialités suivantes sont remboursables moyennant une attestation du médecin conseil de **type e** (code 'E' au Tarif des spécialités) à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2020 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
B-227	4180238	AUBAGIO 14MG COMP PELL 28 X 14MG		1575,92	1575,92	12,10	8,00
B-255	4180246	HULIO 40MG ABACUS SOL INJ X 6 STYLO PRER		1575,92	1575,92	12,10	8,00
B-248	4180246	HULIO 40MG ABACUS SOL INJ X 6 STYLO PRER		1575,92	1575,92	12,10	8,00
B-339	4180246	HULIO 40MG ABACUS SOL INJ X 6 STYLO PRER		1575,92	1575,92	12,10	8,00
B-281	4180246	HULIO 40MG ABACUS SOL INJ X 6 STYLO PRER		1575,92	1575,92	12,10	8,00

La spécialité suivante est remboursable en chapitre IV moyennant mention écrite du médecin 'tiers payant applicable' à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2020 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
C-38	4186136	MOMETEVA 50 µG/DOSE X 140 DOSES SPRAY NASAL SUSP	G	9,24	9,24	3,19	3,19

La spécialité suivante est remboursable en chapitre IV moyennant mention écrite du médecin '1<sup>ère</sup>/ 2<sup>ème</sup> dose' à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2020 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
B-284	4183133	ROTARIX 1 APPL PRÉR 1,5 ML SUSP BUV 1 DOSE		71,48	71,48	12,10	8,00

**Les spécialités suivantes sont supprimées du remboursement à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2020**

Crit	CNK	Dénomination
C-37	1657659	AVELOX 400 MG COMP PELL 10 X 400 MG
B-157	0103861	BETNELAN V CREME 1 X 30 G 0,1%
B-57	1689462	CARBAMAZEPINE MYLAN 200MG TABL RETARD 50X200MG
A-5	1689462	CARBAMAZEPINE MYLAN 200MG TABL RETARD 50X200MG
B-57	1689454	CARBAMAZEPINE MYLAN 400MG TABL RETARD 50X400MG
A-5	1689454	CARBAMAZEPINE MYLAN 400MG TABL RETARD 50X400MG
C-38	0430892	CIPROXINE 250 COMP 10 X 250 MG
Cx-2	3528981	DESO 30 IMPEXECO COMP PELL 3 X 21 PIP
B-56	2085322	DOLZAM RETARD 100 TABL 56 X 100 MG
B-254	1718964	EBIXA 10MG/G GUTT SOL OR 50 G
B-288	3805587	ENALAPRIL LERCANIDIPIN SAND.10MG/10MG 98 COMP
B-288	3805595	ENALAPRIL LERCANIDIPIN SAND.20MG/10MG 98 COMP
B-158	0040394	EUMOVATE CREME 1 X 30 G 0,05%
B-158	0040402	EUMOVATE UNG 1 X 30 G 0,05%
A-97	2929180	JANUVIA 25 MG COMP PELL 28 X 25 MG
A-91	2929180	JANUVIA 25 MG COMP PELL 28 X 25 MG
Cx-1	0059964	MICROLUT DRAG 3 X 35
B-73	0860908	TRAZOLAN COMP 90 X 100 MG
B-56	1682269	VALTRAN RETARD COMP 30 X 50/ 4MG
B-56	1682277	VALTRAN RETARD COMP 30 X 100/ 8MG

---

## **Eylea et Lucentis**

L' INAMI nous fait savoir que les spécialités Eylea ® et Lucentis ® restent remboursables en officine ouverte au public .(extension de la mesure dans le cadre de la lutte contre le coronavirus ; voir note OT du 27/3/2020). La suspension de cette mesure sera publiée par un Arrêté ministériel.

---

## **Prolongation des autorisations du médecin-conseil**

Les mesures existantes sont prolongées jusqu'à la publication d'un Arrêté royal mettant fin à ces mesures exceptionnelles.

Oxygénothérapie : des discussions sont en cours concernant les périodes autorisées, nous vous informerons dès qu'il y aura plus d'informations.

Source: INFO © APB 25-06-2020