

CHAPITRE IV. — *Dispositions transitoires et abrogatoires*

Art. 19. L'arrêté royal du 30 décembre 1975 fixant les conditions auxquelles les allocations familiales sont accordées en faveur de l'enfant qui suit des cours, est abrogé.

Art. 20. Cependant, à titre de mesures transitoires :

1° l'article 4 de l'arrêté précité du 30 décembre 1975 demeure d'application :

a) à l'enfant qui suit exclusivement des cours de l'enseignement supérieur dont les modalités ne sont pas exprimées en termes de crédits;

b) à l'enfant qui est inscrit afin de poursuivre une ou plusieurs formations de l'enseignement supérieur dont les modalités sont exprimées en termes de crédits, mais dont le total est inférieur à 27, et qui suit des cours de l'enseignement supérieur dont les modalités ne sont pas exprimées en termes de crédits. En pareil cas, les crédits sont, si nécessaire, convertis en heures de cours;

2° jusqu'au 30 septembre 2005, l'article 12 du même arrêté demeure d'application à l'égard de l'enfant qui ne poursuit plus d'études supérieures au-delà des vacances d'été octroyées au terme de l'année académique 2004-2005.

Art. 21. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} septembre 2005.

Art. 22. Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Nice, le 10 août 2005.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,
R. DEMOTTE

HOOFDSTUK IV. — *Overgangs- en opheffingsbepalingen*

Art. 19. Het koninklijk besluit van 30 december 1975 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder kinderbijslag wordt verleend ten behoeve van het kind dat onderwijs volgt, wordt opgeheven.

Art. 20. Bij wijze van overgangsmaatregelen :

1° blijft artikel 4 van voornoemd besluit van 30 december 1975 van toepassing :

a) voor het kind dat uitsluitend lessen volgt in het hoger onderwijs waarvan de modaliteiten niet uitgedrukt worden in studiepunten;

b) voor het kind dat ingeschreven is voor een of meer vormen in het hoger onderwijs waarvan de modaliteiten uitgedrukt worden in studiepunten, die in totaal echter geen 27 beslaan, en daarnaast ook lessen volgt in het hoger onderwijs waarvan de modaliteiten niet uitgedrukt worden in studiepunten. In dergelijk geval worden de studiepunten, indien nodig, omgezet in lesuren;

2° blijft van toepassing tot 30 september 2005, artikel 12 van hetzelfde besluit voor het kind dat geen vorming van hoger onderwijs meer volgt na de zomervakantie die volgt op het academiejaar 2004-2005.

Art. 21. Dit besluit treedt in werking op 1 september 2005.

Art. 22. Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Nice, op 10 augustus 2005.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,
R. DEMOTTE

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2005 — 1997

[C — 2005/22664]

8 AOUT 2005. — Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Le Ministre des Affaires sociales,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 35bis, § 1^{er}, inséré par la loi du 10 août 2001, et modifié par les lois des 22 décembre 2003 et 9 juillet 2004, et § 2, inséré par la loi du 10 août 2001, et modifié par la loi du 22 décembre 2003;

Vu l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, notamment l'annexe I, tel qu'il a été modifié à ce jour;

Vu les propositions de la Commission de Remboursement des Médicaments, émises les 7 décembre 2004, 8 et 22 février 2005, 8 et 22 mars 2005 et 5, 19 et 26 avril 2005 et 10 mai 2005;

Vu les avis émis par l'Inspecteur des Finances; donnés les 15 décembre 2004, 15 février 2005, 14, 16, 18, 30 et 31 mars 2005 et 1^{er}, 4, 6, 18 et 27 avril 2005 et les 18 et 20 mai 2005 et 7 et 22 juin 2005;

Vu les accords du Ministre du Budget des 22 décembre 2004, 11, 14, 17, 24, 29, 30 et 31 mars 2005, 1^{er}, 6, 7, 11, 12, 13, 15, 19 et 25 avril 2005 et 10, 13, 18, 19, 23, 26 et 27 mai 2005 et 16 et 30 juin 2005;

Vu les notifications aux demandeurs des 18 mars 2005, 1^{er}, 6, 7, 11, 12, 14, 15, 19, 20, 21, 22, 25 avril 2005 et 10, 13, 19, 26 et 31 mai 2005 et 2, 10, 15 et 16 juin 2005 et 1^{er} juillet 2005;

A défaut de décision du Ministre dans le délai de 180 jours, concernant les spécialités ABILIFY, CITALOPRAM BEXAL, CUROSURF, DOMINAL, MEPHENON, SONOVUE le fonctionnaire délégué en a informé les demandeurs les 14 avril 2005 et 11, 20 et 31 mai 2005;

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2005 — 1997

[C — 2005/22664]

8 AUGUSTUS 2005. — Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

De Minister van Sociale Zaken,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 35bis, § 1, ingevoegd bij de wet van 10 augustus 2001, en gewijzigd bij de wetten van 22 december 2003 en 9 juli 2004, en § 2, ingevoegd bij de wet van 10 augustus 2001, en gewijzigd bij de wet van 22 december 2003;

Gelet op het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, inzonderheid op bijlage I, zoals tot op heden gewijzigd;

Gelet op de voorstellen van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, uitgebracht op 7 december 2004, 8 en 22 februari 2005, 8 en 22 maart 2005 en 5, 19 en 26 april 2005 en 10 mei 2005;

Gelet op de adviezen van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 15 december 2004, 15 februari 2005, 14, 16, 18, 30 et 31 maart 2005 en 1, 4, 6, 18 en 27 april 2005 en 18 en 20 mei 2005 en 7 en 22 juni 2005;

Gelet op de akkoordbevindingen van Onze Minister van Begroting van 22 december 2004, 11, 14, 24, 29, 30 en 31 maart 2005, 1, 6, 7, 11, 12, 13, 15, 19 en 25 april 2005 en 10, 13, 18, 19, 23, 26 en 27 mei 2005 en 16 en 30 juni 2005;

Gelet op de notificaties aan de aanvragers van 18 maart 2005, 1, 6, 7, 11, 12, 14, 15, 19, 20, 21, 22, 25 april 2005 en 10, 13, 19, 26 en 31 mei 2005 en 2, 10, 15 en 16 juni 2005 en 1 juli 2005;

Bij ontstentenis van een beslissing van de Minister binnen een termijn van 180 dagen, wat betreft de specialiteiten ABILIFY, CITALOPRAM BEXAL, CUROSURF, DOMINAL, MEPHENON, SONOVUE, heeft de gemachtigde ambtenaar de aanvrager hiervan op de hoogte gebracht op 14 april 2005 en 11, 20 en 31 mei 2005;

Vu l'avis n° 38.714/1/V du Conseil d'Etat, donné le 26 juillet 2005, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat,

Arrête :

Article 1^{er}. A l'annexe I^{er} de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, tel qu'il a été modifié à ce jour, sont apportées les modifications suivantes :

Gelet op advies nr. 38.714/1/V van de Raad van State, gegeven op 26 juli 2005, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State,

Besluit :

Artikel 1. In de bijlage I van het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, zoals tot op heden gewijzigd, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° au chapitre I :

1° in hoofdstuk I

a) les spécialités suivantes sont insérées:

a) worden de volgende specialiteiten ingevoegd:

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs	Basis van tegemeotk.	I	II
				Prix	Base de rembours.		
B-72	2237-220	ABILIFY 10 mg Bristol-Myers Squibb compr. 28 x 10 mg		124,68	124,68	6,80	10,20
	0780-288	* pr. compr. 1 x 10 mg		4,2393	4,2393		
	0780-288	** pr. compr. 1 x 10 mg		3,9854	3,9854		
B-72	2237-238	ABILIFY 15 mg Bristol-Myers Squibb compr. 28 x 15 mg		124,68	124,68	6,80	10,20
	0780-296	* pr. compr. 1 x 15 mg		4,2393	4,2393		
	0780-296	** pr. compr. 1 x 15 mg		3,9854	3,9854		
B-72	2237-246	ABILIFY 30 mg Bristol-Myers Squibb compr. 28 x 30 mg		144,25	144,25	6,80	10,20
	0780-304	* pr. compr. 1 x 30 mg		4,9179	4,9179		
	0780-304	** pr. compr. 1 x 30 mg		4,6639	4,6639		
B-6	2206-985	ADALAT OROS Bayer compr. 56 x 30 mg	R	28,62	21,51	10,34	12,49
	0740-050	* pr. compr. 1 x 30 mg	R	0,4005	0,2804		
	0740-050	** pr. compr. 1 x 30 mg	R	0,3289	0,2304		
B-107	2208-783	AMOXICILLINE EG Eurogenerics caps. 30 x 500 mg	G	15,26	15,26	2,29	3,81
	2237-253	compr. 20 x 1 g	G	20,34	20,34		
	0731-083	* pr. caps. 1 x 500 mg	G	0,2650	0,2650		
	0747-105	* pr. compr. 1 x 1 g	G	0,6175	0,6175		
	0731-083	** pr. caps. 1 x 500 mg	G	0,2177	0,2177		
	0747-105	** pr. compr. 1 x 1 g	G	0,5070	0,5070		
B-99	2224-269	BUDESONIDE EASYHALER BEXAL Bexal dos. inhal. 200 x 200 mcg/dos.	G	24,75	24,75	3,71	6,19
	0779-991	* pr. dos. inhal. 200 x 200 mcg/dos.	G	17,7200	17,7200		
	0779-991	** pr. dos. inhal. 200 x 200 mcg/dos.	G	14,5500	14,5500		

I = Aandeel van de rechthebbenden bedoeld in artikel 37, §1 en §19, van de bij het koninklijk besluit van 14.7.94 gecoördineerde wet, die recht hebben op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming.

I = Intervention des bénéficiaires visés à l'article 37, §1er et §19, de la loi coordonnée par l'arrêté royal du 14.7.94 qui ont droit à une intervention majorée de l'assurance.

II = Aandeel van de andere rechthebbenden.

II = Intervention des autres bénéficiaires.

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemeetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
A-29	2156-255	CERTICAN 0,25 mg Novartis Pharma compr. 60 x 0,25 mg		141,08	141,08	0,00	0,00
	0779-884	* pr. compr. 1 x 0,25 mg		2,2432	2,2432		
	0779-884	** pr. compr. 1 x 0,25 mg		2,1247	2,1247		
A-29	2156-271	CERTICAN 0,5 mg Novartis Pharma compr. 60 x 0,5 mg		272,44	272,44	0,00	0,00
	0779-892	* pr. compr. 1 x 0,5 mg		4,3693	4,3693		
	0779-892	** pr. compr. 1 x 0,5 mg		4,2508	4,2508		
A-29	2156-289	CERTICAN 0,75 mg Novartis Pharma compr. 60 x 0,75 mg		403,78	403,78	0,00	0,00
	0779-900	* pr. compr. 1 x 0,75 mg		6,4945	6,4945		
	0779-900	** pr. compr. 1 x 0,75 mg		6,3760	6,3760		
B-73	2220-697	CITALOPRAM BEXAL 20 mg Bexal compr. 100 x 20 mg	G	39,59	39,59	5,94	9,90
	0777-037	* pr. compr. 1 x 20 mg	G	0,3468	0,3468		
	0777-037	** pr. compr. 1 x 20 mg	G	0,2849	0,2849		
B-73	2220-705	CITALOPRAM BEXAL 30 mg Bexal compr. 100 x 30 mg	C	60,72	60,72	9,11	15,18
	0777-045	* pr. compr. 1 x 30 mg	C	0,5661	0,5661		
	0777-045	** pr. compr. 1 x 30 mg	C	0,4950	0,4950		
B-73	2220-689	CITALOPRAM BEXAL 40 mg Bexal compr. 100 x 40 mg	G	73,62	73,62	10,20	15,30
	0777-052	* pr. compr. 1 x 40 mg	G	0,6821	0,6821		
	0777-052	** pr. compr. 1 x 40 mg	G	0,6110	0,6110		
B-73	2173-235	CITALOPRAM TEVA 20 mg Teva Pharma compr. 56 x 20 mg	G	30,37	30,37	4,56	7,59
	0777-102	* pr. compr. 1 x 20 mg	G	0,4271	0,4271		
	0777-102	** pr. compr. 1 x 20 mg	G	0,3509	0,3509		
B-119	2232-080	CLARITHROMYCINE ABBOTT UNO 500 Abbott compr. 10 x 500 mg	G	18,34	18,34	2,75	4,58
	0780-361	* pr. compr. 1 x 500 mg	G	0,9910	0,9910		
	0780-361	** pr. compr. 1 x 500 mg	G	0,8140	0,8140		
B-119	2211-266	CLARITHROMYCINE EG 125 Eurogenerics gran. pr. susp. or. 140 ml 125 mg/5 ml	G	13,09	13,09	1,96	3,27
	0780-387	* pr. susp. or. 1 x 125 mg/5 ml	G	0,2436	0,2436		
	0780-387	** pr. susp. or. 1 x 125 mg/5 ml	G	0,2000	0,2000		
B-119	2211-258	CLARITHROMYCINE EG 250 Eurogenerics gran. pr. susp. or. 100 ml 250 mg/5 ml	G	18,70	18,70	2,80	4,67
	0780-379	* pr. susp. or. 1 x 250 mg/5 ml	G	0,5175	0,5175		
	0780-379	** pr. susp. or. 1 x 250 mg/5 ml	G	0,4250	0,4250		
B-119	2211-233	CLARITHROMYCINE EG 500 Eurogenerics compr. 21 x 500 mg	G	30,71	30,71	4,61	7,68
B-72	2220-747	CLOZAPINE BEXAL 25 mg Bexal compr. 30 x 25 mg	G	5,85	5,85	0,88	1,46
	0780-007	* pr. compr. 1 x 25 mg	G	0,1017	0,1017		
	0780-007	** pr. compr. 1 x 25 mg	G	0,0833	0,0833		
B-72	2220-739	CLOZAPINE BEXAL 50 mg Bexal compr. 30 x 50 mg	C	8,24	8,24	1,24	2,06
	0780-015	* pr. compr. 1 x 50 mg	C	0,2003	0,2003		
	0780-015	** pr. compr. 1 x 50 mg	C	0,1647	0,1647		
B-72	2220-721	CLOZAPINE BEXAL 100 mg Bexal compr. 30 x 100 mg	G	19,40	19,40	2,91	4,85
	0780-023	* pr. compr. 1 x 100 mg	G	0,3733	0,3733		
	0780-023	** pr. compr. 1 x 100 mg	G	0,3067	0,3067		
B-21	2228-377	CO-ENALAPRIL BEXAL 20 mg/12,5 mg Bexal compr. 30 x 20 mg/12,5 mg	G	16,63	16,63	2,49	4,16
	2228-385	compr. 60 x 20 mg/12,5 mg	G	22,47	22,47		
	2228-369	compr. 100 x 20 mg/12,5 mg	G	31,27	31,27		
	0780-072	* pr. compr. 1 x 20 mg/12,5 mg	G	0,2497	0,2497		
	0780-072	** pr. compr. 1 x 20 mg/12,5 mg	G	0,2051	0,2051		
					4,69	7,82	

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemeoetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
B-21	2234-839	COVERSYL Servier compr. 60 x 8 mg		56,24	56,24	6,80	10,20
	0780-395	* pr. compr. 1 x 8 mg		0,8710	0,8710		
	0780-395	** pr. compr. 1 x 8 mg		0,7525	0,7525		
B-111	2188-035	DOCCEFUROXIM 250 mg Docpharma compr. 10 x 250 mg	G	10,26	10,26	1,54 2,89	2,56 4,81
	2188-043	compr. 24 x 250 mg	G	19,24	19,24		
	0780-247	* pr. compr. 1 x 250 mg	G	0,4588	0,4588		
	0780-247	** pr. compr. 1 x 250 mg	G	0,3767	0,3767		
B-111	2188-050	DOCCEFUROXIM 500 mg Docpharma compr. 10 x 500 mg	G	16,42	16,42	2,46 3,70	4,10 6,17
	2188-068	compr. 24 x 500 mg	G	24,67	24,67		
	0780-262	* pr. compr. 1 x 500 mg	G	0,7342	0,7342		
	0780-262	** pr. compr. 1 x 500 mg	G	0,6029	0,6029		
B-73	2188-076	DOCMIRTAZAPINE 30 mg Docpharma compr. 30 x 30 mg	G	25,04	25,04	3,76	6,26
	0780-270	* pr. compr. 1 x 30 mg	G	0,6023	0,6023		
	0780-270	** pr. compr. 1 x 30 mg	G	0,4947	0,4947		
B-126	2206-621	DOCNORFLOXA 400 mg Docpharma compr. 6 x 400 mg	C	4,35	4,35	0,65 1,74	1,09 2,90
	2206-647	compr. 20 x 400 mg	C	11,60	11,60		
	0780-106	* pr. compr. 1 x 400 mg	C	0,4235	0,4235		
	0780-106	** pr. compr. 1 x 400 mg	C	0,3475	0,3475		
B-73	2179-182	DOCSERTRALINE 50 mg Docpharma compr. 60 x 50 mg	G	34,55	34,55	5,18 7,66	8,64 12,77
	2179-190	compr. 100 x 50 mg	G	51,09	51,09		
	0779-223	* pr. compr. 1 x 50 mg	G	0,4662	0,4662		
	0779-223	** pr. compr. 1 x 50 mg	G	0,3951	0,3951		
B-73	2179-208	DOCSERTRALINE 100 mg Docpharma compr. 30 x 100 mg	G	37,06	37,06	5,56 6,80 10,20	9,26 10,20 15,30
	2179-216	compr. 60 x 100 mg	G	53,45	53,45		
	2179-224	compr. 100 x 100 mg	G	82,59	82,59		
	0780-098	* pr. compr. 1 x 100 mg	G	0,7681	0,7681		
	0780-098	** pr. compr. 1 x 100 mg	G	0,6970	0,6970		
B-56	2181-618	DOCTRAMADO 50 Docpharma compr. 30 x 50 mg	G	7,50	7,50	1,12 1,93 1,12 1,73 2,77	1,87 3,21 1,87 2,89 4,61
	2181-626	compr. 60 x 50 mg	G	12,85	12,85		
	2188-100	compr. disp. 30 x 50 mg	G	7,50	7,50		
	2188-118	compr. disp. 50 x 50 mg	G	11,56	11,56		
	2188-092	compr. disp. 100 x 50 mg	G	18,44	18,44		
	0779-926	* pr. compr. 1 x 50 mg	G	0,1117	0,1117		
	0780-080	* pr. compr. disp. 1 x 50 mg	G	0,1004	0,1004		
	0779-926	** pr. compr. 1 x 50 mg	G	0,0917	0,0917		
	0780-080	** pr. compr. disp. 1 x 50 mg	G	0,0824	0,0824		
B-56	2204-170	DOCTRAMADO 100 Docpharma compr. ret. 60 x 100 mg	C	17,96	17,96	2,69	4,49
	0774-166	* pr. compr. ret. 1 x 100 mg	C	0,2185	0,2185		
	0774-166	** pr. compr. ret. 1 x 100 mg	C	0,1795	0,1795		
B-56	2204-188	DOCTRAMADO 150 Docpharma compr. ret. 60 x 150 mg	C	26,35	26,35	3,95	6,59
	0774-174	* pr. compr. ret. 1 x 150 mg	C	0,3278	0,3278		
	0774-174	** pr. compr. ret. 1 x 150 mg	C	0,2692	0,2692		
B-56	2204-196	DOCTRAMADO 200 Docpharma compr. ret. 60 x 200 mg	C	29,58	29,58	4,44	7,39
	0774-182	* pr. compr. ret. 1 x 200 mg	C	0,3933	0,3933		
	0774-182	** pr. compr. ret. 1 x 200 mg	C	0,3230	0,3230		
B-56	2218-279	DUROGESIC 25 µg/h Janssen-Cilag syst. 10		72,90	72,90	6,80	10,20
	0746-495	* pr. syst.		6,8430	6,8430		
	0746-495	** pr. syst.		6,1320	6,1320		
B-56	2218-253	DUROGESIC 50 µg/h Janssen-Cilag syst. 10		129,90	129,90	6,80	10,20
	0746-503	* pr. syst.		12,3770	12,3770		
	0746-503	** pr. syst.		11,6660	11,6660		
B-56	2218-246	DUROGESIC 75 µg/h Janssen-Cilag syst. 10		176,37	176,37	6,80	10,20
	0746-511	* pr. syst.		16,8890	16,8890		
	0746-511	** pr. syst.		16,1780	16,1780		

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs		I	II
				Prix	Basis van tegemoetk. Base de rembours.		
B-56	2218-261	DUROGESIC 100 µg/h Janssen-Cilag syst. 10		214,30	214,30	6,80	10,20
	0746-529	* pr. syst.		20,5710	20,5710		
	0746-529	** pr. syst.		19,8600	19,8600		
B-165	2231-215	FLUACORT 0,1% Viatrix coll. 5 ml 1 mg/ml	G	4,74	4,74	0,71	1,18
	0780-064	* pr. coll. 5 ml 1 mg/ml	G	2,4700	2,4700		
	0780-064	** pr. coll. 5 ml 1 mg/ml	G	2,0300	2,0300		
B-134	2173-136	FLUCONAZOLE-RATIOPHARM Ratiopharma caps. 10 x 50 mg	G	26,99	26,99	4,05	6,75
	2173-151	caps. 10 x 200 mg	G	68,73	68,73		
	0780-403	* pr. caps. 1 x 50 mg	G	2,0440	2,0440		
	0780-403	** pr. caps. 1 x 50 mg	G	1,6790	1,6790		
B-107	0780-536	MERCK-AMOXICLAV Merck * pr. fl. inj. 1 x 500 mg/50 mg	G	1,0620	1,0620		
	0780-544	* pr. fl. inj. 1 x 1 g/200 mg	G	2,9730	2,9730		
	0780-551	* pr. fl. inj. 1 x 2 g/200 mg	G	3,9970	3,9970		
	0780-536	** pr. fl. inj. 1 x 500 mg/50 mg	G	0,8720	0,8720		
	0780-544	** pr. fl. inj. 1 x 1 g/200 mg	G	2,4420	2,4420		
	0780-551	** pr. fl. inj. 1 x 2 g/200 mg	G	3,2860	3,2860		
B-134	2216-216	MERCK-TERBINAFINE 250 mg Merck compr. 14 x 250 mg	G	29,34	29,34	4,40	7,33
	2216-224	compr. 56 x 250 mg	G	72,45	72,45		
	0780-346	* pr. compr. 1 x 250 mg	G	1,1980	1,1980		
	0780-346	** pr. compr. 1 x 250 mg	G	1,0711	1,0711		
A-13	2220-754	METFORMINE BEXAL 1000 mg Bexal compr. 120 x 1000 mg	G	7,41	7,41	0,00	0,00
	0779-918	* pr. compr. 1 x 1000 mg	G	0,0322	0,0322		
	0779-918	** pr. compr. 1 x 1000 mg	G	0,0264	0,0264		
B-73	2228-344	MIRTAZAPINE BEXAL 15 mg Bexal compr. 30 x 15 mg	G	19,47	19,47	2,92	4,87
	0780-411	* pr. compr. 1 x 15 mg	G	0,3763	0,3763		
	0780-411	** pr. compr. 1 x 15 mg	G	0,3090	0,3090		
B-73	2228-351	MIRTAZAPINE BEXAL 30 mg Bexal compr. 30 x 30 mg	G	25,04	25,04	3,76	6,26
	0780-429	* pr. compr. 1 x 30 mg	G	0,6023	0,6023		
	0780-429	** pr. compr. 1 x 30 mg	G	0,4947	0,4947		
B-73	2228-336	MIRTAZAPINE BEXAL 45 mg Bexal compr. 30 x 45 mg	G	28,49	28,49	4,27	7,12
	0780-494	* pr. compr. 1 x 45 mg	G	0,7423	0,7423		
	0780-494	** pr. compr. 1 x 45 mg	G	0,6097	0,6097		
B-73	2205-714	MIRTAZAPINE EG 15 mg Eurogenerics compr. 30 x 15 mg	G	19,47	19,47	2,92	4,87
	2205-706	compr. 60 x 15 mg	G	25,04	25,04		
	0779-967	* pr. compr. 1 x 15 mg	G	0,3012	0,3012		
	0779-967	** pr. compr. 1 x 15 mg	G	0,2473	0,2473		
B-73	2170-306	MIRTAZAPINE EG 30 mg Eurogenerics compr. 30 x 30 mg	G	25,04	25,04	3,76	6,26
	2204-147	compr. 60 x 30 mg	G	34,74	34,74		
	0779-959	* pr. compr. 1 x 30 mg	G	0,4837	0,4837		
	0779-959	** pr. compr. 1 x 30 mg	G	0,3973	0,3973		
B-88	0780-171	PAMIDRONATE MERCK 15 mg/ml Merck * pr. amp. I.V. 1 x 1 ml 15 mg/ml	C	31,0950	31,0950		
	0780-189	* pr. amp. I.V. 1 x 2 ml 15 mg/ml	C	60,4150	60,4150		
	0780-197	* pr. amp. I.V. 1 x 4 ml 15 mg/ml	C	119,0500	119,0500		
	0780-213	* pr. amp. I.V. 1 x 6 ml 15 mg/ml	C	177,6875	177,6875		
	0780-171	** pr. amp. I.V. 1 x 1 ml 15 mg/ml	C	29,3175	29,3175		
	0780-189	** pr. amp. I.V. 1 x 2 ml 15 mg/ml	C	58,6375	58,6375		
	0780-197	** pr. amp. I.V. 1 x 4 ml 15 mg/ml	C	117,2725	117,2725		
	0780-213	** pr. amp. I.V. 1 x 6 ml 15 mg/ml	C	175,9100	175,9100		
B-73	2233-666	PAROXETINE TEVA 20 mg Teva Pharma compr. 28 x 20 mg	G	20,15	20,15	3,02	5,04
	2233-674	compr. 56 x 20 mg	G	26,92	26,92		
	0773-382	* pr. compr. 1 x 20 mg	G	0,3636	0,3636		
	0773-382	** pr. compr. 1 x 20 mg	G	0,2986	0,2986		

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemeotk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
B-56	0780-437	PERFUSALGAN 10 mg/ml Bristol-Myers Squibb * pr. fl. sol. pr. perf. 1 x 50 ml 10 mg/ml	C	1,7942	1,7942		
	0780-437	** pr. fl. sol. pr. perf. 1 x 50 ml 10 mg/ml	C	1,4733	1,4733		
B-41	2199-347	PRAVASTATINE EG 20 mg Eurogenerics compr. 28 x 20 mg	G	19,38	19,38	2,91	4,84
	2199-321	compr. 98 x 20 mg	G	36,75	36,75	5,51	9,19
	0780-114	* pr. compr. 1 x 20 mg	G	0,3201	0,3201		
	0780-114	** pr. compr. 1 x 20 mg	G	0,2630	0,2630		
B-41	2199-339	PRAVASTATINE EG 40 mg Eurogenerics compr. 28 x 40 mg	G	28,80	28,80	4,32	7,20
	2199-313	compr. 98 x 40 mg	G	54,61	54,61	8,19	13,65
	0780-122	* pr. compr. 1 x 40 mg	G	0,5101	0,5101		
	0780-122	** pr. compr. 1 x 40 mg	G	0,4376	0,4376		
B-21	2251-437	RAMIPRIL/HYDROCHLOORTHIAZIDE EG Eurogenerics compr. 28 x 5 mg/25 mg	G	15,03	15,03	2,25	3,76
	2251-445	compr. 56 x 5 mg/25 mg	G	21,55	21,55	3,23	5,39
	2251-452	compr. 98 x 5 mg/25 mg	G	32,81	32,81	4,92	8,20
	0780-502	* pr. compr. 1 x 5 mg/25 mg	G	0,9561	0,9561		
	0780-502	** pr. compr. 1 x 5 mg/25 mg	G	0,7854	0,7854		
B-73	2225-621	REMERGON 15 mg/ml Organon sol. b. 66 ml 15 mg/ml		36,39	36,39	5,46	9,10
	0780-445	* pr. sol. b. 1 x 1 ml 15 mg/ml		0,4832	0,4832		
	0780-445	** pr. sol. b. 1 x 1 ml 15 mg/ml		0,3968	0,3968		
B-63	2160-893	REVALAT 20 mg Kela compr. disp. 30 x 20 mg	G	9,25	9,25	1,39	2,31
	0780-452	* pr. compr. disp. 1 x 20 mg	G	0,1607	0,1607		
	0780-452	** pr. compr. disp. 1 x 20 mg	G	0,1320	0,1320		
B-73	2224-277	SERTRALINE EG 50 mg Eurogenerics compr. 30 x 50 mg	G	22,79	22,79	3,42	5,70
	2224-285	compr. 60 x 50 mg	G	32,61	32,61	4,89	8,15
	0779-975	* pr. compr. 1 x 50 mg	G	0,4423	0,4423		
	0779-975	** pr. compr. 1 x 50 mg	G	0,3633	0,3633		
B-73	2224-293	SERTRALINE EG 100 mg Eurogenerics compr. 30 x 100 mg	G	35,22	35,22	5,28	8,80
	2224-301	compr. 60 x 100 mg	G	52,26	52,26	6,80	10,20
	0779-983	* pr. compr. 1 x 100 mg	G	0,7957	0,7957		
	0779-983	** pr. compr. 1 x 100 mg	G	0,6772	0,6772		
B-73	2193-969	SERTRALINE-RATIOPHARM 50 mg Ratiopharm compr. 30 x 50 mg	G	24,92	24,92	3,74	6,23
	2193-977	compr. 60 x 50 mg	G	34,00	34,00	5,10	8,50
	0780-775	* pr. compr. 1 x 50 mg	G	0,4693	0,4693		
	0780-775	** pr. compr. 1 x 50 mg	G	0,3855	0,3855		
B-134	2199-297	TERBINAFINE TEVA 250 mg Teva Pharma compr. 14 x 250 mg	G	25,51	25,51	3,83	6,38
	2199-305	compr. 56 x 250 mg	G	60,21	60,21	6,80	10,20
	0780-353	* pr. compr. 1 x 250 mg	G	0,9886	0,9886		
	0780-353	** pr. compr. 1 x 250 mg	G	0,8616	0,8616		
B-56	2214-906	TRADONAL ODIS Viatrix compr. 30 x 50 mg	G	8,15	8,15	1,22	2,04
	0780-148	* pr. compr. 1 x 50 mg	G	0,1417	0,1417		
	0780-148	** pr. compr. 1 x 50 mg	G	0,1163	0,1163		

b) l'inscription des spécialités suivantes est remplacée comme suit:

b) wordt de inschrijving van de volgende specialiteiten vervangen als volgt:

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemeotk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
B-21	0766-733	CAPTOPRIMED 50 Ethimed * pr. compr. 1 x 50 mg	G	0,1855	0,1855		
	0766-733	** pr. compr. 1 x 50 mg	G	0,1523	0,1523		

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemeetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
B-21	0766-741	CAPTOPRIMED 100 Ethimed * pr. compr. 1 x 100 mg	G	0,3710	0,3710		
	0766-741	** pr. compr. 1 x 100 mg	G	0,3047	0,3047		
B-125		CIPROFLOXACINE EG 250 mg Eurogenerics					
	0773-648	* pr. compr. 1 x 250 mg	G	0,5790	0,5790		
	0773-648	** pr. compr. 1 x 250 mg	G	0,4760	0,4760		
B-73		CITALOPRAM BEXAL 60 mg Bexal					
	0777-060	* pr. compr. 1 x 60 mg	C	1,2054	1,2054		
	0777-060	** pr. compr. 1 x 60 mg	C	0,9900	0,9900		
B-73		CITALOPRAM SANDOZ 20 mg Sandoz					
	0775-791	* pr. compr. 1 x 20 mg	G	0,3405	0,3405		
	0775-791	** pr. compr. 1 x 20 mg	G	0,2796	0,2796		
B-70		DOMINAL Viatris					
	0037-234	amp. inj. 5 x 40 mg/2 ml		5,58	5,58	0,84	1,39
	0109-942	drag. 20 x 40 mg		4,31	4,31	0,65	1,08
	0705-665	* pr. amp. inj. 1 x 40 mg/2 ml		0,8140	0,8140		
	0705-673	* pr. drag. 1 x 40 mg		0,1575	0,1575		
	0705-665	** pr. amp. inj. 1 x 40 mg/2 ml		0,6700	0,6700		
	0705-673	** pr. drag. 1 x 40 mg		0,1290	0,1290		
B-70		DOMINAL FORTE Viatris					
	0037-283	compr. 50 x 80 mg		9,74	9,74	1,46	2,43
	0705-699	* pr. compr. 1 x 80 mg		0,1422	0,1422		
	0705-699	** pr. compr. 1 x 80 mg		0,1168	0,1168		
A-23		ENDOXAN Baxter					
	0039-123	vial inj. 5 x 500 mg		16,57	16,57	0,00	0,00
	0110-882	drag. 50 x 50 mg		7,10	7,10	0,00	0,00
	0706-234	* pr. vial inj. 1 x 500 mg		2,4180	2,4180		
	0706-242	* pr. drag. 1 x 50 mg		0,1036	0,1036		
	0706-234	** pr. vial inj. 1 x 500 mg		1,9860	1,9860		
	0706-242	** pr. drag. 1 x 50 mg		0,0852	0,0852		
A-23		ENDOXAN 1000 mg Baxter					
	0246-942	vial inj. 1 x 1 g		7,72	7,72	0,00	0,00
	0736-769	* pr. vial inj. 1 x 1 g		5,6300	5,6300		
	0736-769	** pr. vial inj. 1 x 1 g		4,6300	4,6300		
A-23		HOLOXAN Baxter					
	0729-533	* pr. fl. inj. lyoph. 1 x 1 g		17,1670	17,1670		
	0729-533	** pr. fl. inj. lyoph. 1 x 1 g		16,4560	16,4560		
B-56		MEPHENON Federa					
	0011-957	amp. inj. 6 x 10 mg/ml		3,00	3,00	0,45	0,75
	0011-932	compr. 25 x 5 mg		3,18	3,18	0,48	0,79
	0711-606	* pr. amp. inj. 1 x 10 mg/ml		0,3650	0,3650		
	0711-622	* pr. compr. 1 x 5 mg		0,0928	0,0928		
	0711-606	** pr. amp. inj. 1 x 10 mg/ml		0,3000	0,3000		
	0711-622	** pr. compr. 1 x 5 mg		0,0764	0,0764		
B-73		MERCK-CITALOPRAM 20 mg Merck					
	0774-299	* pr. compr. 1 x 20 mg	G	0,4400	0,4400		
	0774-299	** pr. compr. 1 x 20 mg	G	0,3613	0,3613		
B-73		MERCK-CITALOPRAM 40 mg Merck					
	0779-231	* pr. compr. 1 x 40 mg	G	0,8822	0,8822		
	0779-231	** pr. compr. 1 x 40 mg	G	0,7637	0,7637		
B-25		TORASEMIDE BEXAL 5 mg Bexal					
	0777-789	* pr. compr. 1 x 5 mg	C	0,1880	0,1880		
	0777-789	** pr. compr. 1 x 5 mg	C	0,1543	0,1543		
B-25		TORASEMIDE BEXAL 10 mg Bexal					
	0777-797	* pr. compr. 1 x 10 mg	G	0,2587	0,2587		
	0777-797	** pr. compr. 1 x 10 mg	G	0,2127	0,2127		
B-25		TORASEMIDE BEXAL 20 mg Bexal					
	0777-805	* pr. compr. 1 x 20 mg	C	0,6830	0,6830		
	0777-805	** pr. compr. 1 x 20 mg	C	0,5610	0,5610		
B-151		UROMITEXAN Baxter					
	0895-730	amp. inj. 15 x 400 mg/4 ml		16,35	16,35	2,45	4,09
	0727-578	* pr. amp. inj. 1 x 400 mg/4 ml		0,7960	0,7960		
	0727-578	** pr. amp. inj. 1 x 400 mg/4 ml		0,6540	0,6540		

c) les spécialités suivantes sont supprimées:

c) worden de volgende specialiteiten geschrapt:

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements
B-107	1662-410 0769-034 0769-034	AMOXIMED 500 mg Ethimed compr. disp. 16 x 500 mg * pr. compr. disp. 1 x 500 mg ** pr. compr. disp. 1 x 500 mg
B-107	1662-402 0769-042 0769-042	AMOXIMED 1000 mg Ethimed compr. disp. 8 x 1.000 mg * pr. compr. disp. 1 x 1.000 mg ** pr. compr. disp. 1 x 1.000 mg
B-15	1622-448 1722-677 1722-685 0766-709 0766-709	ATENOMED 50 Ethimed compr. 56 x 50 mg compr. 60 x 50 mg compr. 90 x 50 mg * pr. compr. 1 x 50 mg ** pr. compr. 1 x 50 mg
B-15	1622-455 1722-693 1722-701 0766-717 0766-717	ATENOMED 100 Ethimed compr. 56 x 100 mg compr. 60 x 100 mg compr. 90 x 100 mg * pr. compr. 1 x 100 mg ** pr. compr. 1 x 100 mg
B-201	0102-590 0721-779 0721-779	ATENUVAX Aventis Pasteur MSD dos. lyoph. inj. + solv. * pr. dos. lyoph. inj. + solv. ** pr. dos. lyoph. inj. + solv.
B-21	1622-703	CAPTOPRIL EG 25 mg Eurogenerics compr. 45 x 25 mg
B-21	1622-711	CAPTOPRIL EG 50 mg Eurogenerics compr. 45 x 50 mg
B-21	1622-394	CAPTOPRIMED 50 Ethimed compr. 90 x 50 mg
B-21	1662-386 1662-378	CAPTOPRIMED 100 Ethimed compr. 60 x 100 mg compr. 90 x 100 mg
A-23	1182-476 0743-195 0743-195	CARBOPLATINE MAYNE 50 mg/5 ml ONCO-TAIN Mayne Pharma sol. I.V. 1 x 5 ml 10 mg/ml * pr. sol. I.V. 1 x 5 ml 10 mg/ml ** pr. sol. I.V. 1 x 5 ml 10 mg/ml
B-16	2166-635 2166-650 2166-643	CARVEDILOL EG Eurogenerics compr. 14 x 6,25 mg compr. 14 x 12,5 mg compr. 14 x 25 mg
A-28	1524-222 0762-195 0762-195	CELLTOP 100 mg Baxter amp. I.V. 10 x 100 mg * pr. amp. I.V. 1 x 100 mg ** pr. amp. I.V. 1 x 100 mg
C-30	1463-819 0760-041 0760-041	CIMETIDINE-RATIOPHARM 400 Ratiopharm compr. 56 x 400 mg * pr. compr. 1 x 400 mg ** pr. compr. 1 x 400 mg
C-30	1463-827 0760-033 0760-033	CIMETIDINE-RATIOPHARM 800 Ratiopharm compr. 28 x 800 mg * pr. compr. 1 x 800 mg ** pr. compr. 1 x 800 mg
B-125	2049-823	CIPROFLOXACINE EG 250 mg Eurogenerics compr. 20 x 250 mg
B-73	2154-896	CITALOPRAM BEXAL 60 mg Bexal compr. 56 x 60 mg

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements
B-73	2166-692	CITALOPRAM SANDOZ 20 mg Sandoz compr. 98 x 20 mg
B-3	1286-921 1286-939 0747-006 0747-006	CORVATARD Therabel Pharma compr. 40 x 8 mg compr. 80 x 8 mg * pr. compr. 1 x 8 mg ** pr. compr. 1 x 8 mg
B-21	1767-169 0772-707 0772-707	COVERSYL Euro-Medic compr. 30 x 4 mg * pr. compr. 1 x 4 mg ** pr. compr. 1 x 4 mg
B-83	0108-282 0034-280 0704-395 0704-395	DELTACORTRIL Pfizer compr. 20 x 5 mg compr. 100 x 5 mg * pr. compr. 1 x 5 mg ** pr. compr. 1 x 5 mg
B-83	0034-298 0704-403 0704-403	DELTACORTRIL "ENTERIC" Pfizer compr. 100 x 2,5 mg * pr. compr. 1 x 2,5 mg ** pr. compr. 1 x 2,5 mg
B-8	0816-553 0705-483 0705-483	DIRYTMIN AstraZeneca Durett. 120 x 150 mg * pr. Durett. 1 x 150 mg ** pr. Durett. 1 x 150 mg
B-28	0865-162 0705-525 0705-525	DIUCOMB Sanol drag. 100 x 50 mg/25 mg * pr. drag. 1 x 50 mg/25 mg ** pr. drag. 1 x 50 mg/25 mg
B-214	1352-723	DIVIPLUS Orion Pharma compr. 1 x 28
B-73	0034-181 0705-566 0705-566	DIXERAN Lundbeck drag. 50 x 25 mg * pr. drag. 1 x 25 mg ** pr. drag. 1 x 25 mg
B-29	0777-342 0777-342	DOBUTAMINE BAXTER 1 mg/ml Baxter * pr. sac-zak perf. I.V. 1 x 250 ml ** pr. sac-zak perf. I.V. 1 x 250 ml
B-29	0777-466 0777-466	DOBUTAMINE BAXTER 2 mg/ml Baxter * pr. sac-zak perf. I.V. 1 x 250 ml ** pr. sac-zak perf. I.V. 1 x 250 ml
B-29	0777-359 0777-359	DOBUTAMINE BAXTER 4 mg/ml Baxter * pr. sac-zak perf. I.V. 1 x 250 ml ** pr. sac-zak perf. I.V. 1 x 250 ml
B-99	1704-550 0769-281 0769-281	DOCBECLOME 250 Docpharma aérosol 200 dos. 250 mcg/dos. * pr. aérosol 200 dos. 250 mcg/dos ** pr. aérosol 200 dos. 250 mcg/dos
B-118	1400-571 0748-699 0748-699	DOXYCYMED 100 Ethimed compr. 10 x 100 mg * pr. compr. 1 x 100 mg ** pr. compr. 1 x 100 mg
B-118	1662-360 0769-075 0769-075	DOXYCYMED 200 Ethimed compr. sec. 10 x 200 mg * pr. compr. sec. 1 x 200 mg ** pr. compr. sec. 1 x 200 mg
B-58	0817-593 0705-947 0705-947	DUVIUM Zambon dos. gran. 30 x 2 g * pr. dos. gran. 1 x 2 g ** pr. dos. gran. 1 x 2 g

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements
B-21	1687-227	ENALAPRIPHAR 20 mg Teva Generics Belgium compr. 30 x 20 mg
A-30	0706-671 0706-671	ETHRANE Abbott * pr. ml ** pr. ml
B-111	1699-131 0769-299 0769-299	FACLORTOP 250 Topgen susp. or. 60 ml 250 mg /5 ml * pr. susp. or. 1 x 250 mg/5 ml ** pr. susp. or. 1 x 250 mg/5 ml
B-111	1699-123 0769-307 0769-307	FACLORTOP 500 Topgen caps. 15 x 500 mg * pr. caps. 1 x 500 mg ** pr. caps. 1 x 500 mg
B-106	0772-822 0772-822	FLUCLOXACILLINE MAYNE 250 mg Mayne Pharma * pr. vial lyoph. inj. 1 x 250 mg ** pr. vial lyoph. inj. 1 x 250 mg
B-106	0772-830 0772-830	FLUCLOXACILLINE MAYNE 500 mg Mayne Pharma * pr. vial lyoph. inj. 1 x 500 mg ** pr. vial lyoph. inj. 1 x 500 mg
B-106	0772-848 0772-848	FLUCLOXACILLINE MAYNE 1 g Mayne Pharma * pr. vial lyoph. inj. 1 x 1 g ** pr. vial lyoph. inj. 1 x 1 g
B-106	0772-855 0772-855	FLUCLOXACILLINE MAYNE 2 g Mayne Pharma * pr. vial lyoph. inj. 1 x 2 g ** pr. vial lyoph. inj. 1 x 2 g
B-134	2166-718 2166-726 0777-979 0777-979	FLUCONAZOL EG Eurogenerics caps. 10 x 100 mg caps. 20 x 100 mg * pr. caps. 1 x 100 mg ** pr. caps. 1 x 100 mg
A-24	1745-223 0772-814 0772-814	FLUOROURACIL MAYNE 2500 mg/50 ml ONCO-VIAL Mayne Pharma vial inj. 1 x 50 ml 50 mg/ml * pr. vial inj. 1 x 50 ml 50 mg/ml ** pr. vial inj. 1 x 50 ml 50 mg/ml
B-60	0099-036 0727-032 0727-032	IBU-SLOW Therabel Pharma caps. 40 x 300 mg * pr. caps. 1 x 300 mg ** pr. caps. 1 x 300 mg
B-116	0747-261 0747-279 0747-287	ISEPACINE Schering-Plough ** pr. amp. I.V./I.M. 1 x 100 mg/ml ** pr. amp. I.V./I.M. 1 x 250 mg/ml ** pr. amp. I.V./I.M. 1 x 500 mg/2 ml
A-24	0746-081 0746-081	LEDERTREXATE CONCENTRATE Wyeth Pharmaceuticals * pr. fl. inj. 1 x 100 mg/ml ** pr. fl. inj. 1 x 100 mg/ml
B-176	0054-403 0710-731 0710-731	LIPIODOL ULTRA FLUIDE Codali amp. inj. 1 x 5 ml * pr. amp. inj. 1 x 5 ml ** pr. amp. inj. 1 x 5 ml
Cs-7	2098-648 0775-403 0775-403	LORATADINE SP Schering-Plough compr. 21 x 10 mg * pr. compr. 1 x 10 mg ** pr. compr. 1 x 10 mg
B-119	0264-127 0728-261 0728-261	MACROMYCINE Farmabel pulv. or. 16 x 250 mg * pr. pulv. or. 1 x 250 mg ** pr. pulv. or. 1 x 250 mg

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements
Cx-2	1665-439 0771-287 0771-287	MARVELON Aktuapharma compr. 3 x 21 * pr. compr. 1 x 21 ** pr. compr. 1 x 21
B-73	2058-683	MERCK-CITALOPRAM 20 mg Merck compr. 100 x 20 mg
B-73	2198-471	MERCK-CITALOPRAM 40 mg Merck compr. 100 x 40 mg
B-21	2198-489	MERCK-CO-LISINOPRIL 20/12,5 mg Merck compr. 50 x 20 mg/12,5 mg
B-212	1670-447	MERCK-MOCLOBEMIDE 150 mg Merck compr. 30 x 150 mg
B-201	0056-580 0721-795 0721-795	MERUVAX II Aventis Pasteur MSD dos. lyoph. inj. + solv. * pr. dos. lyoph. inj. + solv. ** pr. dos. lyoph. inj. + solv.
A-24	0773-366 0773-366	METHOTREXATE MAYNE 1g/40 ml ONCO-VIAL Mayne Pharma * pr. fl. inj. 1 x 1 g/40 ml ** pr. fl. inj. 1 x 1 g/40 ml
A-24	0771-584 0771-584	METHOTREXATE MAYNE 5 g/50 ml ONCO-VIAL Mayne Pharma * pr. fl. inj. 1 x 5 g/50 ml ** pr. fl. inj. 1 x 5 g/50 ml
B-92	1201-169 0743-153 0743-153	METRODIN HIGH PURITY 75 Serono amp. lyoph. S.C./I.M. 3 x 75 I.U. + solv. * pr. amp. lyoph. S.C./I.M. 1 x 75 I.U. + solv. ** pr. amp. lyoph. S.C./I.M. 1 x 75 I.U. + solv.
B-132	0741-678 0741-678	METRONIDAZOL Vascumed * pr. sac-zak perf. 100 ml 5 mg/ml ** pr. sac-zak perf. 100 ml 5 mg/ml
B-60	1692-599 1692-607 0771-873 0771-873	MITHRA-IBUPROFEN 400 mg DRAGEES Mithra Pharmaceuticals drag. 30 x 400 mg drag. 100 x 400 mg * pr. drag. 1 x 400 mg ** pr. drag. 1 x 400 mg
B-60	1789-734 0773-085 0773-085	MITHRA-NAPROXEN 500 mg Mithra Pharmaceuticals compr. 30 x 500 mg * pr. compr. 1 x 500 mg ** pr. compr. 1 x 500 mg
B-107	0057-802 0712-190 0712-190	MOXALINE Bristol-Myers Squibb pulv. pr. susp. or. 80 ml 250 mg/5 ml * pr. susp. or. 1 x 250 mg/5 ml ** pr. susp. or. 1 x 250 mg/5 ml
B-201	0058-032 0721-811 0721-811	MUMPSVAX Aventis Pasteur MSD dos. lyoph. inj. + solv. * pr. dos. lyoph. inj. + solv. ** pr. dos. lyoph. inj. + solv.
B-162	0050-302 0763-979 0763-979	OPHTALMOTRIM Viatris coll. 5 ml * pr. coll. 5 ml ** pr. coll. 5 ml
B-105	0064-121 0713-610 0713-610	ORACILLINE Aventis Pharma susp. or. 120 ml 250.000 U./5 ml * pr. susp. or. 1 x 250.000 U./5 ml ** pr. susp. or. 1 x 250.000 U./5 ml

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements
B-106	0062-539 0122-572 0713-685 0713-693 0713-701 0713-685 0713-693 0713-701	ORBENIN Belpharma amp. inj. 3 x 500 mg amp. inj. 3 x 1 g * pr. fl. inj. 1 x 250 mg + solv. * pr. amp. inj. 1 x 500 mg * pr. amp. inj. 1 x 1 g ** pr. fl. inj. 1 x 250 mg + solv. ** pr. amp. inj. 1 x 500 mg ** pr. amp. inj. 1 x 1 g
B-140	0065-565 0714-022 0714-022	PAVULON Organon Teknika amp. inj. 10 x 4 mg/2 ml * pr. amp. inj. 1 x 4 mg/2 ml ** pr. amp. inj. 1 x 4 mg/2 ml
B-107	0124-313 0827-642 0127-357 0827-659 0714-063 0714-071 0714-089 0714-063 0714-071 0714-089	PENBRITIN Belpharma fl. inj. 3 x 500 mg + solv. fl. inj. 6 x 500 mg + solv. fl. inj. 3 x 1 g + solv. fl. inj. 6 x 1 g + solv. * pr. fl. inj. 1 x 250 mg * pr. fl. inj. 1 x 500 mg * pr. fl. inj. 1 x 1 g + solv. ** pr. fl. inj. 1 x 250 mg ** pr. fl. inj. 1 x 500 mg ** pr. fl. inj. 1 x 1 g + solv.
B-171	0070-441 0715-250 0715-250	POLYDEXA Bouchara gtt. ot. 10 ml * pr. gtt. ot. 10 ml ** pr. gtt. ot. 10 ml
B-142	0852-939 0715-722 0715-722	PROCAL Nycomed Belgium compr. enter. 100 x 25 mg * pr. compr. enter. 1 x 25 mg ** pr. compr. enter. 1 x 25 mg
B-3	1120-161 1120-179 0742-486 0742-494 0742-486 0742-494	PROMOCARD AstraZeneca compr. sec. 100 x 20 mg compr. sec. 50 x 40 mg * pr. compr. sec. 1 x 20 mg * pr. compr. sec. 1 x 40 mg ** pr. compr. sec. 1 x 20 mg ** pr. compr. sec. 1 x 40 mg
C-30	1555-341 1559-970 0764-134 0764-134	RANITIDINE TEVA 300 mg Teva Generics Belgium compr. 30 x 300 mg compr. 60 x 300 mg * pr. compr. 1 x 300 mg ** pr. compr. 1 x 300 mg
B-15	0133-371	SLOW LOPRESOR Sankyo Pharma compr. div. 28 x 200 mg
B-83	0130-310 0081-208 0717-322 0717-348 0717-322 0717-348	SOLUDACORTINE Merck amp. inj. 1 x 25 mg + solv. amp. inj. 1 x 250 mg + solv. * pr. amp. inj. 1 x 25 mg + solv. * pr. amp. inj. 1 x 250 mg + solv. ** pr. amp. inj. 1 x 25 mg + solv. ** pr. amp. inj. 1 x 250 mg + solv.
Cx-10	0130-492 0717-603 0717-603	SPASFON Therabel Pharma compr. 30 * pr. compr. ** pr. compr.
Cx-10	0380-501 0398-644 0738-880 0738-880	SPASMONAL Trenker compr. 40 x 135 mg compr. 120 x 135 mg * pr. compr. 1 x 135 mg ** pr. compr. 1 x 135 mg
B-27	1632-686	SPIROTOP 100 Topgen compr. 30 x 100 mg
B-162	0130-625 0717-686 0717-686	SPITALEN PRO INSTILLATIONE Erfa amp. pulv. + solv. * pr. amp. pulv. + solv. ** pr. amp. pulv. + solv.

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements
B-125	1668-177 0744-847 0744-847	TARIVID I.V. Aventis Pharma fl. I.V. 1 x 100 mg/50 ml * pr. fl. I.V. 1 x 100 mg/50 ml ** pr. fl. I.V. 1 x 100 mg/50 ml
B-201	1303-387 0745-521 0745-521	TETRACOQ Aventis Pasteur MSD amp. I.M. 1 x 0,5 ml * pr. amp. I.M. 1 x 0,5 ml ** pr. amp. I.M. 1 x 0,5 ml
B-60	1549-666 0765-073 0765-073	TOPROXEN Topgen compr. 30 x 500 mg * pr. compr. 1 x 500 mg ** pr. compr. 1 x 500 mg
B-25	2159-937 2159-945	TORASEMIDE BEXAL 5 mg Bexal compr. 56 x 5 mg compr. 100 x 5 mg
B-25	2159-960 2159-978	TORASEMIDE BEXAL 10 mg Bexal compr. 56 x 10 mg compr. 100 x 10 mg
B-25	2159-994 2160-000	TORASEMIDE BEXAL 20 mg Bexal compr. 56 x 20 mg compr. 100 x 20 mg
B-201	0305-961 0739-276 0739-276	TRIAMER Aventis Pasteur MSD s. inj. 1 x 0,5 ml * pr. s. inj. 1 x 0,5 ml ** pr. s. inj. 1 x 0,5 ml
B-176	0093-138 0720 0720	UROGRAFINE Schering fl. perf. 1 x 200 ml 76% * pr. fl. perf. 1 x 200 ml 76% * pr. fl. perf. 1 x 200 ml 76%
B-73	0453-647 0734-863 0734-863	VIVALAN RETARD AstraZeneca compr. 30 x 300 mg * pr. compr. 1 x 300 mg ** pr. compr. 1 x 300 mg

2° au chapitre II-1°, la spécialité suivante est supprimée:

2° in hoofdstuk II-1°, de volgende specialiteit wordt geschrapt:

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements
B-41	2195-766	MERCK-SIMVASTATINE 80 mg Merck compr. 60 x 80 mg

3° au chapitre III, les spécialités suivantes sont supprimées:

3° in hoofdstuk III, de volgende specialiteiten worden geschrapt:

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements
B-181	0023-424 0023-408 0721-902 0721-910 0721-902 0721-910	GEDISTILLEERD WATER (70) Baxter EAU DISTILLEE (70) fl. 500 ml fl. 1.000 ml * pr. fl. 500 ml * pr. fl. 1.000 ml ** pr. fl. 500 ml ** pr. fl. 1.000 ml

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen
		Dénomination et conditionnements
B-183		GEWIJZIGDE DUODENALE OPL. (I) Baxter SOL.DUODENALE MODIFIEE (I)
	0833-608	fl. 1.000 ml
	0722-447	* pr. fl. 1.000 ml
	0722-447	** pr. fl. 1.000 ml
B-183		STEROFUNDIN ID Braun
	0603-175	fl. 1.000 ml
	0730-754	* pr. fl. 1.000 ml
	0730-754	** pr. fl. 1.000 ml
B-183		STEROFUNDIN IG Braun
	0603-191	fl. 1.000 ml
	0730-770	* pr. fl. 1.000 ml
	0730-770	** pr. fl. 1.000 ml
B-184		VAMIN N Pharmacia
	0809-277	fl. 500 ml
	0724-401	* pr. fl. 500 ml
	0724-401	** pr. fl. 500 ml
B-181		WATER VOOR INSPUITINGEN (PO 36) Povite
		EAU POUR INJECTIONS (PO 36)
	0849-000	fl. 250 ml
	0723-783	* pr. fl. 250 ml
	0723-783	** pr. fl. 250 ml
B-182		GLUCOSE 5% (PO 5) Povite
	0664-318	fl. 100 ml
	0848-705	fl. 250 ml
	0069-294	fl. 500 ml
	0732-164	* pr. fl. 100 ml
	0723-924	* pr. fl. 250 ml
	0723-932	* pr. fl. 500 ml
	0732-164	** pr. fl. 100 ml
	0723-924	** pr. fl. 250 ml
	0723-932	** pr. fl. 500 ml
B-189		RHEOMACRODEX 10% + NaCl 0,9% (RX 1) Povite
	0024-224	fl. 500 ml
	0724-294	* pr. fl. 500 ml
	0724-294	** pr. fl. 500 ml
B-189		RHEOMACRODEX 10% + GLUCOSE 5% (RX 2) Povite
	0103-234	fl. 500 ml
	0724-302	* pr. fl. 500 ml
	0724-302	** pr. fl. 500 ml
B-181		NaCl 0,9% Baxter (polypropyl.)
	1150-689	zak - sac 500 ml
	0742-239	* pr. zak - sac 500 ml
	0742-239	** pr. zak - sac 500 ml
B-183		RINGER VIAFLO Baxter
	0741-108	* pr. zak - sac 500 ml
	0741-116	* pr. zak - sac 1.000 ml
	0741-108	** pr. zak - sac 500 ml
	0741-116	** pr. zak - sac 1.000 ml
B-182		GLUCOSE 5% Baxter (polypropyl.)
	1150-739	zak - sac 500 ml
	1150-747	zak - sac 1.000 ml
	0742-320	* pr. zak - sac 500 ml
	0742-338	* pr. zak - sac 1.000 ml
	0742-320	** pr. zak - sac 500 ml
	0742-338	** pr. zak - sac 1.000 ml
B-182		GLUCOSE 50% CLEAR-FLEX Baxter
	0741-058	* pr. zak - sac 500 ml
	0741-058	** pr. zak - sac 500 ml
B-182		GLUCOSE 10% + KCl 0,3% Baxter-Viaflex
	0615-278	zak - sac 1.000 ml
	0731-331	* pr. zak - sac 1.000 ml
	0731-331	** pr. zak - sac 1.000 ml

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements
B-189		6% HETASTARCH EN 0,9% CHLORURE DE SODIUM Baxter 6% HETASTARCH IN 0,9% NATRIUMCHLORIDE
	1480-391	zak - sac 500 ml
	0761-106	* pr. zak - sac 500 ml
	0761-106	** pr. zak - sac 500 ml
B-182		GLUCOSE 30% Clintec
	1218-791	zak - sac 1.000 ml
	0744-268	* pr. zak - sac 1.000 ml
	0744-268	** pr. zak - sac 1.000 ml
B-184		TRAVASOL 5,5% Clintec
	0841-486	zak - sac 500 ml (11/87)
	0729-939	* pr. zak - sac 500 ml (11/87)
	0729-939	** pr. zak - sac 500 ml (11/87)
E-184		TRAVASOL 8,5% (zonder electrolyten - sans électrolytes) Clintec
	0841-494	zak - sac 500 ml
	0729-947	* pr. zak - sac 500 ml
	0729-947	** pr. zak - sac 500 ml
B-184		TRAVASOL 10% Clintec
	0841-528	zak - sac 500 ml
	0729-970	* pr. zak - sac 500 ml
	0729-970	** pr. zak - sac 500 ml
B-184		TRAVASOL 8,5% (zonder electr.- sans électr.) + GLUCOSE 30% Clintec
	0669-556	Dual Bag 2 x 500 ml
	0732-669	* pr. Dual Bag 2 x 500 ml
	0732-669	** pr. Dual Bag 2 x 500 ml
B-184		TRAVASOL 10% + GLUCOSE 50% Clintec
	0669-549	Dual Bag 2 x 500 ml
	0732-677	* pr. Dual Bag 2 x 500 ml
	0732-677	** pr. Dual Bag 2 x 500 ml
B-189		ELOHAES Fresenius Kabi
	1485-150	fl. 500 ml
	0735-027	* pr. fl. 500 ml
	0735-027	** pr. fl. 500 ml
B-185		INTRALIPID I.V. 10% Fresenius Kabi
	1697-408	zak-sac 100 ml
	1485-101	zak-sac 500 ml
	0773-457	* pr. zak-sac 100 ml
	0773-465	* pr. zak-sac 500 ml
	0773-457	** pr. zak-sac 100 ml
	0773-465	** pr. zak-sac 500 ml
B-183		HARTMANNOPL. Intraflex SOL. DE HARTMANN
	0618-041	zak - sac 500 ml
	0731-588	* pr. zak - sac 500 ml
	0731-588	** pr. zak - sac 500 ml
B-189		MACRODEX 6% + NaCl 0,9% (MX1) Intraflex
	0845-222	zak - sac 500 ml
	0725-416	* pr. zak - sac 500 ml
	0725-416	** pr. zak - sac 500 ml
B-189		MACRODEX 6% + GLUCOSE 5% (MX2) Intraflex
	0055-368	zak - sac 500 ml
	0725-424	* pr. zak - sac 500 ml
	0725-424	** pr. zak - sac 500 ml
B-189		RHEOMACRODEX 10% + NaCl 0,9% (RX1) Intraflex
	0896-449	zak - sac 500 ml
	0725-432	* pr. zak - sac 500 ml
	0725-432	** pr. zak - sac 500 ml
B-189		RHEOMACRODEX 10% + GLUCOSE 5% (RX2) Intraflex
	0896-456	zak - sac 500 ml
	0725-440	* pr. zak - sac 500 ml
	0725-440	** pr. zak - sac 500 ml

4° au chapitre IV-B:

1) au § 41-1°, l'inscription de la spécialité suivante est remplacée comme suit:

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
A-10		GENOTONORM Pharmacia					
	0736-082	* pr. vial inj. 1 x 5,3 mg		152,8380	152,8380		
	0736-082	** pr. vial inj. 1 x 5,3 mg		151,4160	151,4160		

2) au § 41-2°, est insérée la spécialité suivante:

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
B-239		GENOTONORM Pharmacia					
	2191-377	vial inj. 5 x 5,3 mg	M	789,53	789,53	6,80	10,20
	0736-082	* pr. vial inj. 1 x 5,3 mg		152,8380	152,8380		
	0736-082	** pr. vial inj. 1 x 5,3 mg		151,4160	151,4160		

3) le § 46 est supprimé;

4) au § 64, les modalités de remboursement des points 3° et 4° sont remplacées par les modalités suivantes :

3° La spécialité suivante est remboursée en catégorie B s'il est démontré qu'elle est utilisée pour le traitement de bénéficiaires adultes atteints d'une hépatite C chronique prouvée par une élévation des ALAT à deux reprises à au moins 1 mois d'intervalle, un ARN-VHC sérique positif, et un examen histologique après biopsie hépatique. Cet examen histologique n'est pas requis dans une des situations suivantes :

- génotype viral 2;
- génotype viral 3;
- hémophilie;
- traitement concomitant par anticoagulants.

a) Lorsque la demande de remboursement concerne un traitement en monothérapie, le remboursement est accordé sur base d'un rapport circonstancié, établi par un médecin spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne, démontrant que, à l'initiation du traitement, le bénéficiaire concerné remplit les conditions du premier alinéa du point 3° ci-dessus.

Dans ce cas, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation, dont le modèle est fixé sous « b » de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 24 semaines.

Cette autorisation de remboursement peut être renouvelée à terme pour une seule période de 24 semaines maximum, sur base d'un rapport d'évolution circonstancié établi par le spécialiste visé ci-dessus, qui démontre que la continuation du traitement est médicalement justifiée en apportant la preuve que chez le bénéficiaire concerné, au moins un des deux critères d'efficacité suivants a été rencontré :

- soit la virémie étant devenue indétectable (ARN-VHC négatif)
- soit les ALAT se sont normalisées.

4° in hoofdstuk IV-B:

1) in § 41-1°, wordt de inschrijving van de volgende specialiteit vervangen als volgt:

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
A-10		GENOTONORM Pharmacia					
	0736-082	* pr. vial inj. 1 x 5,3 mg		152,8380	152,8380		
	0736-082	** pr. vial inj. 1 x 5,3 mg		151,4160	151,4160		

2) in § 41-2°, wordt de volgende specialiteit ingevoegd:

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
B-239		GENOTONORM Pharmacia					
	2191-377	vial inj. 5 x 5,3 mg	M	789,53	789,53	6,80	10,20
	0736-082	* pr. vial inj. 1 x 5,3 mg		152,8380	152,8380		
	0736-082	** pr. vial inj. 1 x 5,3 mg		151,4160	151,4160		

3) § 46 wordt geschrapt :

4) in § 64, worden de vergoedingsvoorwaarden van de punten 3° en 4° vervangen als volgt :

3° De volgende specialiteit wordt vergoed in categorie B als is aangetoond dat ze toegediend wordt voor de behandeling van volwassen rechthebbenden die lijden aan een chronische hepatitis C die is aangetoond door tweemaal een verhoogd ALT met minstens 1 maand interval bepaald, één positief serum HCV-RNA, en een histologisch onderzoek na leverbiopsie. Dit histologisch onderzoek is niet vereist in één van de volgende gevallen :

- viraal génotype 2;
- viraal génotype 3;
- hemofilie;
- gelijktijdige behandeling met anticoagulantia.

a) Indien de aanvraag tot vergoeding een behandeling in monotherapie betreft, wordt de vergoeding toegekend op basis van een omstandig verslag, opgesteld door een geneesheer-specialist in de gastro-entérologie of in de inwendige geneeskunde, dat aantoont dat de betrokken rechthebbende bij het begin van de behandeling, voldoet aan de voorwaarden van de voornoemde eerste alinea van punt 3°.

In dat geval reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is vastgesteld onder « b » van de bijlage III bij het koninklijk besluit en waarvan de geldigheidsduur beperkt is tot 24 weken.

Deze machtiging tot vergoeding mag nadien vernieuwd worden voor een enkele periode van maximum 24 weken, op basis van een omstandig evolutierapport, opgesteld door de bovengenoemde geneesheer-specialist, dat aantoont dat de verderzetting van de behandeling medisch verantwoord is, door het bewijs te leveren dat bij de betrokken rechthebbende aan minstens één van de twee volgende criteria van doeltreffendheid is voldaan :

- ofwel is de viremie niet meer aantoonbaar is (HCV-RNA negatief)
- ofwel zijn de ALT genormaliseerd.

b) Lorsque la demande de remboursement concerne un traitement en association avec la ribavirine, le remboursement est accordé à la condition que, à l'initiation de ce traitement en association, le bénéficiaire concerné remplit les conditions du premier alinéa du point 3° ci-dessus et se trouve en outre dans une des deux situations suivantes :

— Avoir une atteinte hépatique chronique, et en cas de cirrhose, un score de cirrhose A selon l'index de Child-Pugh, et, à l'examen histologique, lorsque la biopsie est requise comme mentionné au premier alinéa ci-dessus, une fibrose ou une activité inflammatoire.

— Etre en rechute, avec ALAT élevées et un ARN-VHC positif, après avoir préalablement répondu à un traitement avec l'interféron alfa administré en monothérapie pendant au moins 4 mois, à la condition que ce traitement en monothérapie ait entraîné une normalisation des ALAT.

Sur base d'un rapport circonstancié, établi par un médecin spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne, le médecin conseil délivre au bénéficiaire une attestation dont le modèle est fixé sous « b » de l'annexe III du présent arrêté, et dont la durée de validité est limitée à 24 semaines maximum.

Cette autorisation de remboursement de ROFERON-A utilisé en association avec la ribavirine peut être renouvelée à terme pour une seule période de 24 semaines maximum, sur base d'un rapport d'évolution circonstancié établi par le spécialiste visé ci-dessus, qui démontre que la continuation du traitement est médicalement justifiée en apportant la preuve que chez les bénéficiaires concernés, au moins un de deux critères d'efficacité suivants a été rencontré :

- soit la virémie étant devenue indétectable (ARN-VHC négatif);
- soit les ALAT se sont normalisées.

4° Le remboursement simultané de la spécialité ROFERON A avec les spécialités INTRON A, PEGINTRON, PEGASYS ou REBETOL n'est jamais autorisé. »

b) Indien de aanvraag tot vergoeding een behandeling betreft in associatie met ribavirine, wordt de vergoeding toegekend op voorwaarde dat de betrokken rechthebbende zich bij het instellen van de associatietherapie voldoet aan de voorwaarden van de voornoemde eerste alinea van punt 3° en zich bovendien in één van de twee volgende situaties bevindt :

— Heeft chronisch leverlijden, en in geval van cirrose, een score voor cirrose die niet hoger is dan A, volgens de index van Child-Pugh, en bij histologisch onderzoek, indien een biopsie vereist is, zoals aangegeven in de eerste alinea hierboven, een fibrose of een inflammatoire activiteit.

— Maakt een recidief door, met verhoogde ALT en een positief HCV-RNA, nadat de rechthebbende voordien reageerde op een behandeling met interferon alfa in monotherapie gedurende minstens 4 maanden, op voorwaarde dat deze behandeling in monotherapie een normalisatie van de ALT heeft veroorzaakt.

Op basis van een omstandig verslag, opgesteld door de geneesheer-specialist in de gastro-enterologie of de inwendige geneeskunde levert de adviserend geneesheer aan de rechthebbende een machtiging af, waarvan het model is vastgelegd onder « b » van bijlage III van het huidige besluit en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 24 weken is beperkt.

Deze machtiging tot vergoeding van ROFERON A, gebruikt in associatie met ribavirine, mag nadien vernieuwd worden voor een enkele periode van maximum 24 weken, op basis van een omstandig evolutierapport, opgesteld door de voornoemde geneesheer-specialist, dat aantoont dat de verderzetting van de behandeling medisch verantwoord is, door het bewijs te leveren dat bij de betrokken rechthebbenden aan minstens één van de twee volgende criteria van doeltreffendheid is voldaan :

- ofwel is de viremie niet meer aantoonbaar (HCV-RNA negatief);
- ofwel zijn de ALT genormaliseerd.

4° De gelijktijdige vergoeding van de specialiteit ROFERON A met de specialiteiten INTRON A, PEGINTRON, PEGASYS of REBETOL is nooit toegestaan. »

5) le § 110 est supprimé;

5) § 110 wordt geschrapt :

6) au § 129, est insérée la spécialité suivante:

6) in § 129, wordt de volgende specialiteit ingevoegd:

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
B-224	2197-234	TEVETEN PLUS 600 Solvay Pharma compr. 28 x 600 mg/12,5 mg		31,00	31,00	4,65	7,75
	2197-242	compr. 98 x 600 mg/12,5 mg		69,74	69,74	10,20	15,30
	0780-130	* pr. compr. 1 x 600 mg/12,5 mg		0,6669	0,6669		
	0780-130	** pr. compr. 1 x 600 mg/12,5 mg		0,5944	0,5944		

7) au § 133, est insérée la spécialité suivante:

7) in § 133, wordt de volgende specialiteit ingevoegd:

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
A-53	2173-136	FLUCONAZOLE-RATIOPHARM Ratiopharm caps. 10 x 50 mg	G	26,99	26,99	0,00	0,00
	2173-151	caps. 10 x 200 mg	G	68,73	68,73	0,00	0,00
	0780-403	* pr. caps. 1 x 50 mg	G	2,0440	2,0440		
	0780-403	** pr. caps. 1 x 50 mg	G	1,6790	1,6790		

8) au § 151, sont insérées les spécialités suivantes:

8) in § 151, worden de volgende specialiteiten ingevoegd:

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
B-13	2231-348	TERAZOSINE EG 1 mg Eurogenerics compr. 20 x 1 mg	G	3,87	3,87	0,58	0,97
	0778-514	* pr. compr. 1 x 1 mg	G	0,1010	0,1010		
	0778-514	** pr. compr. 1 x 1 mg	G	0,0830	0,0830		
B-13	2193-472	TERAZOSINE EG 2 mg Eurogenerics compr. 56 x 2 mg	G	18,73	18,73	2,81	4,68
	0778-522	* pr. compr. 1 x 2 mg	G	0,1855	0,1855		
	0778-522	** pr. compr. 1 x 2 mg	G	0,1523	0,1523		
B-13	2193-480	TERAZOSINE EG 5 mg Eurogenerics compr. 56 x 5 mg	G	28,76	28,76	4,31	7,19
	0778-530	* pr. compr. 1 x 5 mg	G	0,4036	0,4036		
	0778-530	** pr. compr. 1 x 5 mg	G	0,3314	0,3314		
B-13	2193-456	TERAZOSINE EG 10 mg Eurogenerics compr. 56 x 10 mg	G	38,17	38,17	5,73	9,54
	0778-548	* pr. compr. 1 x 10 mg	G	0,5896	0,5896		
	0778-548	** pr. compr. 1 x 10 mg	G	0,4845	0,4845		

9) le § 160-2° est supprimé;

9) § 160-2° wordt geschrapt:

10) au § 163, l'inscription de la spécialité suivante est remplacée comme suit:

10) in § 163, wordt de inschrijving van de volgende specialiteit vervangen als volgt:

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemeotk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
B-92	0760-801	GONAL-F 75 Serono * pr. amp. lyoph. S.C. 1 x 75 I.U. + solv.		34,0600	34,0600		
	0760-801	** pr. amp. lyoph. S.C. 1 x 75 I.U. + solv.		31,6900	31,6900		

11) au § 164, sont insérées les spécialités suivantes:

11) in § 164, worden de volgende specialiteiten ingevoegd:

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemeotk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
A-5	2209-401	GABAPENTINE EG Eurogenerics caps. 90 x 100 mg	G	21,55	21,55	0,00	0,00
	2209-393	caps. 90 x 300 mg	G	37,06	37,06	0,00	0,00
	2209-385	caps. 90 x 400 mg	G	46,13	46,13	0,00	0,00
	0780-254	* pr. caps. 1 x 100 mg	G	0,1536	0,1536		
	0780-221	* pr. caps. 1 x 300 mg	G	0,3526	0,3526		
	0780-239	* pr. caps. 1 x 400 mg	G	0,4652	0,4652		
	0780-254	** pr. caps. 1 x 100 mg	G	0,1261	0,1261		
	0780-221	** pr. caps. 1 x 300 mg	G	0,2896	0,2896		
	0780-239	** pr. caps. 1 x 400 mg	G	0,3862	0,3862		

12) au § 164, l'inscription des spécialités suivantes est remplacée comme suit:

12) in § 164, wordt de inschrijving van de volgende specialiteiten vervangen als volgt:

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemeotk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
A-5	0779-256	MERCK-GABAPENTINE 300 mg Merck * pr. caps. 1 x 300 mg	G	0,3828	0,3828		
	0779-256	** pr. caps. 1 x 300 mg	G	0,3144	0,3144		
A-5	0779-264	MERCK-GABAPENTINE 400 mg Merck * pr. caps. 1 x 400 mg	G	0,4903	0,4903		
	0779-264	** pr. caps. 1 x 400 mg	G	0,4192	0,4192		

13) le § 197 est supprimé;

13) § 197 wordt geschrapt:

14) au § 223, sont insérées les spécialités suivantes:

14) in § 223, worden de volgende specialiteiten ingevoegd:

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemeotk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
B-254	1370-782	ARICEPT Pfizer compr. 56 x 10 mg		170,98	170,98	6,80	10,20
	0769-646	* pr. compr. 1 x 10 mg		2,9223	2,9223		
	0769-646	** pr. compr. 1 x 10 mg		2,7954	2,7954		
B-254	2217-180	REMINYL Janssen-Cilag caps. 28 x 8 mg		68,07	68,07	6,80	10,20
	2217-198	caps. 28 x 16 mg		93,70	93,70	6,80	10,20
	2217-214	caps. 84 x 16 mg		254,38	254,38	10,20	15,30
	2217-271	caps. 28 x 24 mg		103,07	103,07	6,80	10,20
	2217-230	caps. 84 x 24 mg		274,45	274,45	10,20	15,30
	0780-510	* pr. caps. 1 x 16 mg		1,1633	1,1633		
	0780-528	* pr. caps. 1 x 24 mg		3,1442	3,1442		
	0780-510	** pr. caps. 1 x 16 mg		1,0787	1,0787		
	0780-528	** pr. caps. 1 x 24 mg		3,0595	3,0595		

15) au § 237, est insérée la spécialité suivante:

15) in § 237, wordt de volgende specialiteit ingevoegd:

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
A-65	2083-392	GLIVEC 400 mg Novartis Pharma compr. 30 x 400 mg		2.650,40	2.650,40	0,00	0,00
	0780-031	* pr. compr. 1 x 400 mg		85,6953	85,6953		
	0780-031	** pr. compr. 1 x 400 mg		85,4583	85,4583		

16) le § 251 est supprimé;

16) § 251 wordt geschrapt:

17) au § 256-a), est insérée la spécialité suivante:

17) in § 256-a), wordt de volgende specialiteit ingevoegd:

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
A-58	2121-564	VFEND 40 mg/ml Pfizer susp. or. 1 x 70 ml 40 mg/ml		705,22	705,22	0,00	0,00
	0780-478	* pr. susp. or. 1 x 1 ml 40 mg/ml		9,7476	9,7476		
	0780-478	** pr. susp. or. 1 x 1 ml 40 mg/ml		9,6460	9,6460		

18) au § 256-b), est insérée la spécialité suivante:

18) in § 256-b), wordt de volgende specialiteit ingevoegd:

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
B-134	2121-564	VFEND 40 mg/ml Pfizer susp. or. 1 x 70 ml 40 mg/ml		705,22	705,22	10,20	15,30
	0780-478	* pr. susp. or. 1 x 1 ml 40 mg/ml		9,7476	9,7476		
	0780-478	** pr. susp. or. 1 x 1 ml 40 mg/ml		9,6460	9,6460		

19) au § 259, est insérée la spécialité suivante:

19) in § 259, wordt de volgende specialiteit ingevoegd:

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
A-65	2083-392	GLIVEC 400 mg Novartis Pharma compr. 30 x 400 mg		2.650,40	2.650,40	0,00	0,00
	0780-031	* pr. compr. 1 x 400 mg		85,6953	85,6953		
	0780-031	** pr. compr. 1 x 400 mg		85,4583	85,4583		

20) au § 269, l'inscription des spécialités suivantes est remplacée comme suit:

20) in § 269, wordt de inschrijving van de volgende specialiteiten vervangen als volgt:

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
B-262	0779-256	MERCK-GABAPENTINE 300 mg Merck * pr. caps. 1 x 300 mg	G	0,3828	0,3828		
	0779-256	** pr. caps. 1 x 300 mg	G	0,3144	0,3144		
B-262	0779-264	MERCK-GABAPENTINE 400 mg Merck * pr. caps. 1 x 400 mg	G	0,4903	0,4903		
	0779-264	** pr. caps. 1 x 400 mg	G	0,4192	0,4192		

21) au § 276, les modalités de remboursement du point 1.2 sont complétées par les modalités suivantes:

"Soit coronaire: infarctus, angor objectif, syndrome coronarien aigu, pontage aorto-coronaire, angioplastie coronaire."

22) au § 281, est insérée la spécialité suivante:

21) in § 276, worden de vergoedingsvoorwaarden van punt 1.2 aangevuld als volgt:

"Ofwel coronair: myocardinfarct, geobjectiveerde angor, acuut coronaire syndroom, aorto-coronaire bypass, coronaire angioplastie."

22) in § 281, wordt de volgende specialiteit ingevoegd:

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
B-39		FENOGAL 267 mg Lidose S.M.B.					
	2210-946	caps. 30 x 267 mg	G	10,58	10,58	1,59	2,64
	2211-209	caps. 90 x 267 mg	G	22,51	22,51	3,38	5,63
	0779-934	* pr. caps. 1 x 267 mg	G	0,1666	0,1666		
	0779-934	** pr. caps. 1 x 267 mg	G	0,1368	0,1368		

23) les §§ 290 et 292 sont supprimés;

24) au § 313, les modalités de remboursement du point 2° sont remplacées par les modalités suivantes :

« 2° - La spécialité reprise ci-après ne fait l'objet d'un remboursement que si elle est administrée chez les enfants à partir de 6 ans ou chez les adolescents jusqu'à l'âge de 17 ans révolus, pour le traitement du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (ADHD) et qu'il est satisfait simultanément à toutes les conditions suivantes :

— le diagnostic de l'ADHD a été établi selon les critères du DSM-IV ou ICD-10, par un neurologue (pédiatrique) ou un psychiatre (pédiatrique) (numéros INAMI se terminant par 195, 689, 760, 764, 770, 774, 780 of 784), ou un médecin spécialiste ayant reçu un agrément en neurologie pédiatrique sur base des dispositions de l'arrêté ministériel du 6 avril 1995 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes en neurologie pédiatrique;

— les symptômes sont insuffisamment contrôlés par des mesures psychologiques, éducatives et sociales adaptées;

— le traitement pharmacologique fait partie d'un schéma de traitement global comprenant d'autres mesures (psychologiques, éducatives et sociales).

Sur base d'un rapport circonstancié écrit, établi par le médecin spécialiste visé ci-dessus (*) qui atteste dans sa demande que les conditions visées ci-dessus sont rencontrées, le médecin conseil délivre au bénéficiaire une attestation dont le modèle est fixé sous « b » de l'annexe III du présent arrêté, et dont la durée de validité est limitée à 6 mois maximum.

(*) Dans le cas où un médecin spécialiste a reçu un agrément en neurologie pédiatrique sur base des dispositions de l'arrêté ministériel du 6 avril 1995 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes en neurologie pédiatrique, il en ajoute la preuve à la demande.

Cette autorisation de remboursement peut être renouvelée pour de nouvelles périodes de maximum 12 mois chacune, sur base d'un rapport d'évolution circonstancié établi par le médecin visé ci-dessus, qui démontre que la poursuite du traitement est médicalement justifiée. »

23) §§ 290 en 292 worden geschrapt;

24) in § 313, worden de vergoedingsvoorwaarden van punt 2° vervangen als volgt :

« 2° - De volgende specialiteit komt slechts in aanmerking voor terugbetaling indien ze toegediend wordt bij kinderen vanaf 6 jaar of bij adolescenten tot en met 17 jaar, voor de behandeling van aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) en indien tegelijk aan alle volgende voorwaarden wordt voldaan :

— de diagnose van ADHD werd gesteld volgens de criteria van de DSM-IV of ICD-10, door een (kinder)neuroloog of (kinder)psychiater (RIZIV nummers eindigend op 195, 689, 760, 764, 770, 774, 780 of 784), of door een geneesheer specialist die een erkenning verworven heeft in de pediatrische neurologie, op basis van de bepalingen van het ministerieel besluit van 6 april 1995 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten in de pediatrische neurologie;

— de symptomen zijn onvoldoende gecontroleerd door aangepaste psychologische, educatieve en sociale maatregelen;

— de farmacologische behandeling is deel van een globaal behandelingschema dat nog andere (psychologische, educatieve en sociale) maatregelen omvat.

Op basis van een omstandig schriftelijk verslag, opgesteld door de geneesheer-specialist hierboven bedoeld (*), die bij zijn aanvraag attesteert dat aan de bovenvermelde voorwaarden is voldaan, levert de adviserende geneesheer aan de rechthebbende een machtiging af, waarvan het model vastgesteld is onder « b » van de bijlage III bij dit besluit en waarvan de geldigheidsduur beperkt is tot maximaal 6 maanden.

(*) Indien het gaat om een geneesheer-specialist die een erkenning in de pediatrische neurologie verworven heeft op basis van de bepalingen van het ministerieel besluit van 6 april 1995 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten in de pediatrische neurologie, voegt hij het bewijs hiervan aan de aanvraag toe.

De machtiging voor vergoeding kan voor nieuwe periodes van telkens maximum 12 maanden vernieuwd worden, op basis van een omstandig evolutieverslag van de geneesheer hierboven bedoeld, dat aantoon dat de verderzetting van de behandeling medisch verantwoord is. »

25) au § 328, l'inscription de la spécialité suivante est remplacée comme suit :

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
B-201	1665-363	INFANRIX HEXA GlaxoSmithKline 1 s. I.M. 0,5 ml	M	50,30	50,30	6,80	10,20

25) in § 328, wordt de inschrijving van de volgende specialiteit vervangen als volgt :

26) il est inséré un § 339, rédigé comme suit :

§ 339. La spécialité mentionnée ci-après ne fait l'objet d'un remboursement que si elle a été administrée, sous la responsabilité et la supervision d'un Service N, dans un centre de néonatalogie reconnu et bien équipé pour la prise en charge de nouveaux-nés à risque si les deux conditions suivantes sont rencontrées :

— un traitement curatif de prématurés souffrant d'un syndrome de détresse respiratoire;

— à une dose initiale de 100 mg/kg (1,25 ml/kg) en une dose unique, avec administration possible de maximum deux doses complémentaires de 100 mg/kg, à des intervalles d'environ 12 heures à des nourrissons restant intubés et chez qui le SDR est considéré comme responsable d'un état respiratoire persistant ou aggravé.

26) er wordt een § 339 toegevoegd, luidende :

§ 339. De volgende specialiteit wordt slechts vergoed indien ze, onder de verantwoordelijkheid en onder het toezicht van een dienst N, is toegediend in een erkend centrum voor neonatalogie dat goed uitgerust is voor de behandeling van pasgeborenen met risico's, indien aan de twee volgende voorwaarden voldaan is :

— voor een curatieve behandeling van prematuren met een respiratory distress syndrome;

— op een aanvangsdosering van 100 mg/kg (1,25 ml/kg), toegevend in één enkele dosis, met mogelijke toediening van maximaal twee verdere doses van 100 mg/kg, met tussenpozen van 12 uur, bij geïntubeerde kinderen bij wie RDS verantwoordelijk wordt geacht voor hun aanhoudend slechte of verslechterende ademhalingsstoestand.

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
A-44	0780-049	CUROSURF Chiesi Farmaceutici * pr. vial 1 x 120 mg/1,5 ml		338,0100	338,0100		
	0780-056	* pr. vial 1 x 240 mg/3 ml		470,0400	470,0400		
	0780-049	** pr. vial 1 x 120 mg/1,5 ml		330,9000	330,9000		
	0780-056	** pr. vial 1 x 240 mg/3 ml		462,9300	462,9300		

27) il est inséré un § 340, rédigé comme suit :

§ 340. La spécialité suivante ne fait l'objet d'un remboursement que si elle est prescrite dans le cadre d'un traitement de la surcharge en fer chez des bénéficiaires qui présentent une thalassémie majeure et pour lesquels un traitement par la déféroxamine est contre-indiqué ou s'accompagne d'une toxicité sévère.

Le nombre de conditionnements remboursables tiendra compte d'un remboursement limité à une posologie maximale de 75 mg/kg par jour.

Sur base d'un rapport circonstancié établi par un médecin spécialiste en médecine interne ou, pour autant qu'il s'agisse de bénéficiaires de moins de 18 ans, par un médecin spécialiste en pédiatrie, qui atteste que les conditions figurant à l'alinéa précédent sont remplies et qui mentionne le poids du patient et le nombre de conditionnements nécessaire, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire une ou, le cas échéant, plusieurs attestations dont le modèle est fixé sous « e » de l'annexe III du présent arrêté, dont la durée de validité est limitée à un maximum de 12 mois, et sur lesquelles le nombre de conditionnements remboursables est limité en fonction des conditions précitées.

Ces autorisations peuvent être renouvelées par périodes de maximum 12 mois, sur base chaque fois d'un rapport du médecin spécialiste susvisé motivant la continuation du traitement, et mentionnant le poids du patient et le nombre de conditionnements nécessaires.

27) er wordt een § 340 toegevoegd, luidende :

§ 340. De volgende specialiteit wordt enkel vergoed als ze wordt toegediend ter behandeling van ijzerstapeling bij rechthebbenden die een thalassémie major vertonen en voor wie een behandeling met deferoxamine is tegenaangevraagd of voor wie een behandeling met deferoxamine met een ernstige toxiciteit gepaard gaat.

Voor het aantal vergoedbare verpakkingen wordt rekening gehouden met de maximumdagdosering van 75 mg/kg

Op grond van een omstandig verslag dat is opgemaakt door een geneesheer-specialist in inwendige geneeskunde of, in geval het gaat om een rechthebbende van minder dan 18 jaar, door een specialist in de pediatrie, die verklaart dat de voorwaarden uit voorgaande paragraaf zijn vervuld en die het gewicht van de patiënt en het aantal gewenste verpakkingen vermeldt, levert de adviserend geneesheer aan de rechthebbende een, of, in voorkomend geval, verschillende attesten af waarvan het model vastligt onder punt « e » van bijlage III van dit besluit, en waarvan de geldigheidsduur beperkt is tot een periode van maximum 12 maanden en waarvan het aantal terugbetaalbare verpakkingen beperkt is in functie van de voormelde voorwaarden.

Deze toelatingen tot terugbetaling kunnen hernieuwd worden voor een periode van maximum 12 maanden, telkens op basis van een verslag van boven vermeldde geneesheer-specialist waarin de verlenging van de behandeling gemotiveerd wordt, en waarin het gewicht van de patient en het vereiste aantal verpakkingen vermeld wordt.

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
A-77	2224-319	FERRIPROX Swedisch Orphan International compr. 100 x 500 mg		253,78	253,78	0,00	0,00
	0779-942	* pr. compr. 1 x 500 mg		2,4404	2,4404		
	0779-942	** pr. compr. 1 x 500 mg		2,3693	2,3693		

28) il est inséré un § 341, rédigé comme suit :

§ 341. La spécialité SUBCUVIA est remboursable s'il est démontré qu'elle a été utilisée dans une des situations suivantes :

1. Syndromes d'immunodéficience primaires :

1) agammaglobulinémie congénitale ou acquise ou hypogammaglobulinémie dont soit la teneur totale en IgG, soit la teneur en IgG2 ou IgG3 est inférieure à la valeur de la norme du laboratoire. Cette valeur doit être calculée comme deux déviations standard en dessous de la moyenne mesurable liées à des contrôles par tranche d'âge ou de 95 % de l'intervalle de confiance d'une population de contrôle couplé à l'âge. Cette hypogammaglobulinémie doit avoir eu pour conséquence la survenue d'infections récurrentes bactériennes graves ou chroniques qui ont nécessité une antibiothérapie répétée. Le remboursement est refusé si l'hypogammaglobulinémie ou la déficience en IgG2/IgG3 est due à un traitement chronique avec des corticostéroïdes (per os ou parentéral) dans le CARA ou si l'hypogammaglobulinémie est le résultat d'une perte intestinale ou par les urines;

2) déficience congénitale en anticorps antipolysaccharides qui a comme conséquence que des infections récidivantes sont apparues pour lesquelles une antibiothérapie était nécessaire. Cette déficience doit être documentée par l'échec de la production d'anticorps après vaccination par les pneumocoques.

2. Myélome et CLL avec hypogammaglobulinémie secondaire sévère et infections récidivantes :

Sur base d'un rapport circonstancié établi par un médecin spécialiste responsable du traitement, le médecin conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous « b » de l'annexe III du présent arrêté.

Le remboursement simultané de la spécialité SUBCUVIA avec des spécialités admises sous les groupes de remboursement A-21 n'est jamais autorisé.

28) er wordt een § 341 toegevoegd, luidende :

§ 341. De specialiteit SUBCUVIA is vergoedbaar indien aangetoond wordt dat ze voor één van de volgende indicaties werd aangewend :

1. Primaire immuundeficiëntiesyndromen :

1) aangeboren of verworven agammaglobulinemie of hypogammaglobulinemie waarbij, ofwel het totale IgG-gehalte ofwel het IgG2- of IgG3-gehalte, lager is dan de normwaarde van het laboratorium. Deze waarde moet berekend worden als twee standaardafwijkingen onder het meekundig gemiddelde van leeftijdsgekoppelde controles, of 95% bedragen van het betrouwbaarheidsinterval van een aan de leeftijd gekoppelde controlepopulatie. Die hypogammaglobulinemie moet tot gevolg hebben gehad dat ernstige recidiverende of chronische bacteriële infecties zijn opgetreden waarvoor een herhaalde antibioticatherapie noodzakelijk was. De vergoeding wordt geweigerd als de hypogammaglobulinemie of de IgG2/IgG3-deficiëntie te wijten is aan een chronische behandeling met corticosteroiden (per os of parenteraal) bij CARA of als de hypogammaglobulinemie het gevolg is van verlies via de darm of de urine;

2) congenitale antipolysaccharide antistofdeficiëntie die tot gevolg heeft dat recidiverende infecties zijn opgetreden waarvoor een herhaalde antibioticatherapie noodzakelijk was. Deze deficiëntie moet gedocumenteerd zijn door het falen van de antilichaamproductie na pneumococeenvaccinatie.

2. Myeloom en CLL met ernstige secundaire hypogammaglobulinemie en recidiverende infecties

Op grond van een omstandig verslag dat is opgemaakt door een geneesheer-specialist verantwoordelijk voor de behandeling, reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is vastgesteld onder « b » van de bijlage III bij dit besluit.

Gelijktijdige terugbetaling van de specialiteit SUBCUVIA met andere specialiteiten aanvaard onder de vergoedingsgroepen A-21 is nooit toegestaan.

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
A-78		SUBCUVIA Baxter					
	2222-149	fl. inj. 5 ml 160 mg/ml		43,29	43,29	0,00	0,00
	2222-156	fl. inj. 10 ml 160 mg/ml		76,84	76,84	0,00	0,00
	0780-163	* pr. fl. inj. 5 ml 160 mg/ml		39,6600	39,6600		
	0780-155	* pr. fl. inj. 10 ml 160 mg/ml		72,2600	72,2600		
	0780-163	** pr. fl. inj. 5 ml 160 mg/ml		32,5700	32,5700		
	0780-155	** pr. fl. inj. 10 ml 160 mg/ml		65,1500	65,1500		

29) il est inséré un § 342, rédigé comme suit :

§ 342. La spécialité suivante est remboursée si elle est utilisée en cas d'examen échographique de deuxième intention lorsque l'échographie réalisée sans produit de contraste ne permet pas de conclure, dans les applications suivantes :

— examen échographique au repos : lorsque la qualité des images obtenues sans agent de contraste fait en sorte que la visualisation d'au moins 5 segments contigus sur un total de 17 ne permet pas de conclure; la segmentation du ventricule gauche étant basée sur les recommandations de l'American Heart Association;

— examen échographique de stress : lorsque que la qualité des images obtenues sans agent de contraste fait en sorte que la visualisation d'au moins 2 segments contigus sur un total de 17 ne permet pas de conclure; la segmentation du ventricule gauche étant basée sur les recommandations de l'American Heart Association.

La spécialité suivante fait également l'objet d'un remboursement :

— lors d'un examen échographique du foie montrant une lésion focale non-caractérisable sans contraste à cause d'une pathologie de surcharge hépatique.

— En cas de suivi des carcinomes hépatocellulaires traités par alcoolisation, chemoembolisation ou thermoablation.

— Lors d'un examen échographique du foie chez des patients présentant un risque à l'injection d'iode et/ou une contre-indication à l'IRM.

29) er wordt een § 342 toegevoegd, luidende :

§ 342. De volgende specialiteit komt voor terugbetaling in aanmerking in tweede lijn nadat een eerste echografie zonder contrastmiddel niet toeliet een diagnose te stellen, in de volgende toepassingen :

— echocardiografisch onderzoek in rust : indien de kwaliteit van de bekomen beelden zonder contrastmiddel van aard is dat de visualisatie van minstens 5 aanliggende segmenten op een totaal van 17 geen uitsluitel geeft; de segmentatie van het linker ventrikel is gebaseerd op de aanbevelingen van de American Heart Association;

— stress-echocardiografie : indien de kwaliteit van de bekomen beelden zonder contrastmiddel van aard is dat de visualisatie van minstens 2 aanliggende segmenten op een totaal van 17 geen uitsluitel geeft; de segmentatie van het linker ventrikel is gebaseerd op de aanbevelingen van de American Heart Association.

De volgende specialiteit wordt eveneens slechts vergoed :

— Bij echografisch onderzoek van de lever, waarbij zonder contrastmiddel een niet te karakteriseren focaal letsel wordt vastgesteld, omwille van een pathologische leverstapeling.

— Bij follow-up van hepatocellulaire carcinomen behandeld met alcoholisatie, chemo-embolisatie of thermoablatie.

— Bij een echografisch onderzoek van de lever bij risicopatiënten voor jood-injectie en/of met een contra-indicatie voor NMR.

Les examens seront effectués sur des appareils disposant de logiciels permettant l'imagerie harmonique à index mécanique bas égal ou inférieur à 0,3 et permettant l'archivage numérique obligatoire des images avant et après contraste.

Les pièces justificatives démontrant que les conditions visées ci-dessus sont remplies doivent être tenue par le médecin prestataire à la disposition de l'organisme assureur. Pour l'échographie cardiaque, les pièces seront soumises au contrôle de peer review sous l'égide de la Société Belge de Cardiologie.

De onderzoeken worden uitgevoerd op toestellen uitgerust met software die harmonische beeldvorming bij lage mechanische index < of = 0.3 toelaten, en een verplichte digitale archivering van de beelden vóór en na contrast mogelijk maken.

De bewijsstukken ter staving van de bovenvermelde voorwaarden dienen door de behandelende arts ter beschikking te worden gehouden van de verzekeringsinstelling. In geval van echocardiografie, zullen de bewijsstukken onderworpen worden aan een « peer review » controle onder toezicht van de Belgische Vereniging voor Cardiologie.

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
				Prix	Base de rembours.		
B-274	1663-798	SONOVUE Altana Pharma fl. pulv. 1 x 5 ml 8 µg/ml + solv.		80,71	80,71	6,80	10,20
	0780-312	* pr. fl. pulv. 1 x 5 ml 8 µg/ml + solv.		76,0100	76,0100		
	0780-312	** pr. fl. pulv. 1 x 5 ml 8 µg/ml + solv.		68,9000	68,9000		

30) il est inséré un § 343, rédigé comme suit :

§ 343. a) La spécialité mentionnée au point *h*) ne fait l'objet d'un remboursement que si elle est administrée en monothérapie pour le traitement de la maladie de Gaucher de Type I, dont le diagnostic doit avoir été établi sur base notamment d'une analyse de l'activité enzymatique de la bêta-glucocérébrosidase, chez des bénéficiaires qui présentaient avant l'enzymothérapie des manifestations graves de la maladie, et qui, préalablement à l'initiation d'un traitement au miglustat, ont reçu un traitement enzymatique par imiglucérase par voie intraveineuse pendant au moins 2 ans. Le patient en question doit avoir été stabilisé par ce traitement enzymatique; il présente maintenant une forme modérée de la maladie de Gaucher mais est temporairement ou définitivement incapable de continuer ce traitement enzymatique.

b) Le nombre de conditionnements remboursables tiendra compte d'une posologie maximum de 3 capsules à 100 mg par jour.

c) Le remboursement est conditionné par la fourniture préalable au médecin-conseil du protocole (uniquement pour la première demande) de l'analyse de l'activité enzymatique de la bêta-glucocérébrosidase, et, dans tous les cas, d'un formulaire de demande, dont le modèle est repris à l'annexe A du présent paragraphe, complété et signé par un médecin spécialiste attaché à un Centre reconnu dans le cadre des Conventions de rééducation de bénéficiaires souffrant d'une maladie métabolique monogénique héréditaire rare.

En complétant ainsi ce formulaire aux rubriques ad hoc, le médecin spécialiste susvisé, simultanément :

1. Mentionne les éléments relatifs au diagnostic, et, lorsqu'il s'agit d'une demande de prolongation de remboursement, les éléments relatifs à l'évolution clinique du patient.

2. Mentionne les éléments permettant :

2.1. D'identifier le Centre reconnu susvisé auquel il est attaché;

2.2. D'identifier un pharmacien hospitalier de référence, collaborant avec le Centre concerné.

3. S'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve confirmant les éléments attestés.

4. S'engage à collaborer, en application du point *f*) ci-dessous, à l'enregistrement et la collecte des données codées relatives à l'évolution et au devenir du patient concerné.

d) Le remboursement est autorisé par le médecin-conseil par périodes de 12 mois, en application de la procédure visée aux articles 7, 8, 9 de l'arrêté royal du 8 juillet 2004 relatif au remboursement des médicaments orphelins.

30) er wordt een § 343 toegevoegd, luidende :

§ 343. a) De specialiteit vermeld bij punt *h*) wordt enkel terugbetaald indien ze wordt toegediend in monotherapie voor de behandeling van de ziekte van Gaucher van Type I, waarbij de diagnose moet zijn vastgesteld op basis van een analyse van de enzymatische activiteit van beta-glucocerebrosidase, bij rechthebbenden die ernstige ziekteverschijnselen vóór enzymotherapie vertoonden en die, vóór het begin van een behandeling met miglustat, minstens gedurende 2 jaar enzymvervangende therapie met imiglucérase intraveneus kregen. De bewuste patiënt moet gestabiliseerd zijn met deze enzymvervangende therapie; hij bevindt zich momenteel in een matige graad van aantasting door de ziekte van Gaucher, doch is tijdelijk of definitief ongeschikt voor verderzetting van deze enzymvervangende therapie.

b) Het aantal terugbetaalbare verpakkingen zal rekening houden met een maximale posologie van 3 capsules van 100 mg per dag.

c) De vergoeding hangt af van het voorafgaand ter beschikking stellen aan de geneesheer-adviseur van het protocol (enkel voor de eerste aanvraag) met de analyse van de enzymatische activiteit van beta-glucocerebrosidase, en, in alle gevallen, van een aanvraagformulier, waarvan het model in bijlage A van de huidige paragraaf is overgenomen, ingevuld en ondertekend door een geneesheer-specialist verbonden aan een erkend Centrum in het kader van de Conventies van revalidatie van begunstigen die lijden aan een zeldzame erfelijke monogenetische metabole aandoening.

Door zo dit formulier in te vullen in de ad hoc rubrieken, doet de bovenvermelde geneesheer-specialist, gelijktijdig :

1. Hij vermeldt de elementen die betrekking hebben op de diagnoses-telling, en, indien het een aanvraag tot verlenging van de vergoeding betreft, de elementen die betrekking hebben op de klinische evolutie van de patiënt.

2. Hij vermeldt de elementen die toelaten :

2.1. het bovenvermeld Centrum te identificeren waaraan hij verbonden is;

2.2. de betrokken ziekenhuisapotheker te identificeren, die samenwerkt met het vermelde Centrum.

3. Hij verbindt zich ertoe om de bewijsstukken die de geattesteerde gegevens staven ter beschikking te stellen aan de geneesheer-adviseur.

4. Hij verbindt zich ertoe om mee te werken, in toepassing van punt *f*) hieronder, aan de registratie en verzameling van de gecodeerde gegevens die betrekking hebben op de evolutie en uitkomst van de betrokken patiënt.

d) De vergoeding wordt toegestaan door de geneesheer-adviseur voor periodes van 12 maanden, in toepassing van de procedure bedoeld in de artikels 7, 8, 9 van het koninklijk besluit van 8 juli 2004 betreffende de vergoeding van weesgeneesmiddelen.

Sans préjudice des dispositions prévues par la procédure susvisée, le médecin-conseil, en cas de décision positive :

1. Attribue au bénéficiaire concerné un numéro spécifique, unique, codé de façon à rendre impossible l'identification du bénéficiaire par des tiers. Dans ce numéro doit figurer l'identification de l'organisme assureur ainsi que les dates de début et de fin de période autorisée.

2. Communique au médecin demandeur susvisé le numéro unique attribué à son patient, ainsi que les dates de début et de fin de la période autorisée.

3. Communique au pharmacien hospitalier visé au point c) 2.2. ci-dessus, un document sur lequel figure l'identification du bénéficiaire et du médecin demandeur, avec les dates de début et de fin de la période autorisée.

e) Le remboursement ne peut être accordé que si le pharmacien dispensateur dispose, préalablement à la dispensation d'une copie du document visé au point d) 3. A cet effet, le pharmacien dispensateur doit joindre cette attestation ou cette copie à la facture intégrée individuelle du patient concerné.

f) Afin de permettre à la Commission de Remboursement des Médicaments d'exécuter les missions définies à l'article 29bis et 35bis de la Loi, notamment en ce qui concerne une modification ultérieure de l'inscription de la spécialité pharmaceutique, le remboursement de la spécialité mentionnée au point h) est accordé pour autant que des données codées, relatives à l'évolution et au devenir des bénéficiaires recevant ce remboursement, puissent être enregistrées et puissent faire l'objet d'une évaluation. Les modalités relatives à la nature des données, à l'enregistrement, à la collecte et à l'évaluation sont fixées par le Ministre sur la proposition de la Commission de Remboursement des Médicaments après avis de la Commission de la protection de la vie privée.

g) Le remboursement de la spécialité ZAVESCA dans le cadre d'un traitement en association avec la spécialité CERZYME n'est jamais autorisé.

h) Spécialité concernée :

Onafgezien van de voorziene beschikkingen door bovenstaande procedure, zorgt de geneesheer-adviseur, in geval van positieve beslissing :

1. Hij verleent aan de betrokken begunstigde een specifiek en uniek nummer, dat zodanig gecodeerd is dat de identificatie van de begunstigde door derden onmogelijk is. Dit nummer moet de identificatie van de verzekeringsinstelling bevatten alsook de data van begin en einde van de toegestane periode.

2. Hij deelt bovenvermelde aanvragende geneesheer het uniek nummer mee toegekend aan zijn patiënt, alsook de data van begin en einde van de toegestane periode.

3. Hij bezorgt aan de ziekenhuisapotheker, bedoeld in punt c) 2.2 hierboven, een document die de identificatie van de begunstigde en de aanvragende geneesheer bevat, alsook de data van begin en einde van de toegestane periode.

e) De vergoeding kan slechts toegekend worden indien de betrokken apotheker, voorafgaand aan de aflevering, een kopie van het document bezit bedoeld onder punt d) 3. Met het oog hierop moet de afleverende apotheker dit attest of deze kopie hechten aan de globale individuele factuur van de betrokken patiënt.

f) Teneinde de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen toe te laten haar taken uit te voeren zoals bepaald in artikel 29bis en 35bis van de Wet, meer bepaald een verdere wijziging van de inschrijving van de farmaceutische specialiteit, wordt de vergoeding van de specialiteit vermeld onder punt h) toegestaan voor zover de gecodeerde gegevens over de evolutie en uitkomst van begunstigten die deze vergoeding ontvangen, geregistreerd worden en voorwerp van een evaluatie kunnen worden. De modaliteiten eigen aan de aard van de gegevens, de registratie, de verzameling en de evaluatie worden vastgelegd door de Minister op voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, na advies van de Commissie over de bescherming van de privé-sfeer.

g) De gelijktijdige vergoeding van de specialiteit ZAVESCA in het kader van een behandeling in associatie met de specialiteit CERZYME is nooit toegestaan.

h) Betrokken specialiteit :

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
			Obs.	Prix	Base de rembours.		
A-79		ZAVESCA 100 mg Actelion Pharmaceuticals					
	0780-486	* pr. caps. 1 x 100 mg		85,7427	85,7427		
	0780-486	** pr. caps. 1 x 100 mg		85,6581	85,6581		

ANNEXE A : Modèle du formulaire de demande :

**Formulaire de demande de remboursement de la spécialité ZAVESCA
(§ 343 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)**

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation) :

.....

II – Eléments à attester par un médecin spécialiste attaché à un Centre reconnu dans le cadre des Conventions de rééducation de bénéficiaires souffrant d'une maladie métabolique monogénique héréditaire rare :

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en (mentionnez la spécialité)

certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'une maladie de Gaucher de Type I, et qu'il remplit toutes les conditions figurant au point a) du § 343 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 :

- Conditions relatives à l'établissement du diagnostic sur base d'une analyse de l'activité enzymatique de la bêta-glucocérébrosidase;
- Conditions relatives à la présence de manifestations cliniques graves de la maladie avant l'instauration de l'enzymothérapie ;
- Conditions relatives à l'existence d'un traitement enzymatique préalable par imiglycérase par voie intraveineuse pendant au moins 2 ans;
- Conditions relatives à la stabilisation obtenue via ce traitement enzymatique et au fait qu'il présente maintenant une forme modérée de la maladie de Gaucher;
- Conditions relatives à l'impossibilité de continuer ce traitement enzymatique, temporairement ou définitivement.

En outre,

1. **(si le bénéficiaire a déjà obtenu au moins une période de remboursement de la spécialité ZAVESCA sur base des conditions du § 343 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, passer directement au point 2. ci-dessous)**

En ce qui concerne le diagnostic précis et la situation clinique de ce patient, j'atteste les éléments suivants :

1.1. Etablissement du diagnostic :

- Positivité d'une analyse de l'activité enzymatique de la bêta-glucocérébrosidase (*);

1.2. Manifestations cliniques graves liées à la maladie de Gaucher de Type I avant l'instauration de l'enzymothérapie :

-
-
-

1.3. Traitement antérieur par imiglycérase intraveineuse:

1.3.1. Traitement par enzymothérapie intraveineuse depuis .. / .. (mois / année)

1.3.2. Eléments confirmant qu'il présente maintenant une forme modérée de la maladie de Gaucher :

-
-

1.3.3. Décision d'arrêter l'enzymothérapie à partir de .. / .. (mois / année)

1.3.4. Motivation de l'arrêt de l'enzymothérapie :

-
-

2. En ce qui concerne ma pratique et l'identification d'un pharmacien hospitalier de référence :

2.1. Je suis attaché depuis le .. / .. / .. au Centre mentionné ci-après, qui est reconnu dans le cadre des Conventions de rééducation de bénéficiaires souffrant d'une maladie métabolique monogénique héréditaire rare :

Le nom et l'adresse exacte de ce Centre sont les suivants:

.....

.....

Numéro d'identification de convention INAMI de ce Centre: 7.89 - ... - ..

(je joins en annexe une attestation du médecin responsable de ce Centre, confirmant cette affectation)

2.2. Identification d'un pharmacien hospitalier de référence, collaborant avec notre Centre:

Nom et Prénom :

.....

Numéro INAMI de l'hôpital auquel ce pharmacien hospitalier est attaché:

7.10 - ... - .. - ...

Adresse :

.....

.....

3. Je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée.

4. Je m'engage également, lorsque mon patient aura reçu le remboursement de la spécialité ZAVESCA, à communiquer au collège de médecins, désigné par la Commission de Remboursement des Médicaments, les données codées relatives à l'évolution et au devenir du patient concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre, comme décrites au point f) du § 343 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus et sur base du fait que :

- il s'agit d'une première demande (*) d'autorisation de remboursement pour la spécialité ZAVESCA,

2. Wat mijn praktijk en de identificatie van de betrokken ziekenhuisapotheker aangaat:
- 2.1 Ik ben sinds UU / UU / UUUU verbonden aan een Centrum zoals hieronder vermeld, die erkend is in het kader van de Conventies van revalidatie van begunstigen die lijden aan een zeldzame erfelijke monogenetische metabole aandoening:
Naam en volledig adres van het Centrum zijn de volgende:.....
- Identificatienummer voor de RIZIV Conventie van dit Centrum: 7.89 - UUU-UU.
(In bijlage voeg ik een attest van de verantwoordelijke arts van dit Centrum, die deze toekenning bevestigt).
- 2.2 Identificatie van de betrokken ziekenhuisapotheker, die met ons Centrum samenwerkt:
Naam en voornaam:.....
- RIZIV nummer van het ziekenhuis waaraan deze ziekenhuisapotheker verbonden is:
7.10-UUU-UU-UUU
Adres:.....
3. Ik verbind me ertoe aan de geneesheer-adviseur de bewijsstukken ter beschikking te stellen, die aantonen dat mijn patiënt zich in de geattesteerde situatie bevindt.
4. Ik verbind me er eveneens toe, indien mijn patiënt de vergoeding van de specialiteit ZAVESCA zal verkregen hebben, aan het College van geneesheren, aangeduid door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, de gecodeerde gegevens mee te delen die betrekking hebben op de evolutie en de uitkomst van de betrokken patiënt, volgens de modaliteiten bepaald door de Minister, zoals beschreven onder punt f) van § 343 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001.

Op basis van de bovenvermelde gegevens en op basis van het feit dat:

- het een eerste aanvraag betreft (*) voor toelating van vergoeding van de specialiteit ZAVESCA;
- het een aanvraag tot verlenging van vergoeding betreft van de specialiteit ZAVESCA, want deze patiënt heeft reeds minstens één periode van vergoeding van de specialiteit ZAVESCA bekomen op basis van de voorwaarden van § 343 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001, waarbij de vorige toegestane periode afgelopen is. Ik meen dat deze behandeling met de specialiteit ZAVESCA moet verder gezet worden (in bijlage voeg ik een verslag van de evolutie, in het bijzonder vermeld ik de klinische presentaties en de motivatie om de behandeling verder te zetten);

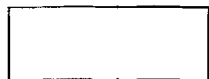
, bevestig ik dat deze patiënt een vergoeding gedurende 12 maanden dient te verkrijgen voor een behandeling in monotherapie met de specialiteit ZAVESCA met een maximale posologie van 3 capsules per dag.

III – Identificatie van de geneesheer-specialist bedoeld onder punt II hierboven:

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (naam)
UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (voornaam)
1-UUUUU-UU-UUU (RIZIV nummer)

(*) In bijlage aan het huidig aanvraagformulier, voeg ik het protocol van de analyse van de enzymatische activiteit van het bêta-glucocerebrosidase. (enkel voor de eerste aanvraag van toelating, namelijk wanneer de begunstigde niet eerder een vergoeding van de specialiteit ZAVESCA bekomen heeft op basis van de voorwaarden van § 343 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001).

UU / UU / UUUU (datum)



(stempel)

..... (handtekening van de arts)

31) les spécialités suivantes sont supprimées:

31) de volgende specialiteiten worden geschrapt:

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements
S 16 A-1	2133-296	TICLOPITOP 250 mg Topgen compr. 28 x 250 mg
	2133-304	compr. 56 x 250 mg
	0778-555	* pr. compr. 1 x 250 mg
	0778-555	** pr. compr. 1 x 250 mg

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements
C-25	2133-296 2133-304 0778-555 0778-555	TICLOPITOP 250 mg Topgen compr. 28 x 250 mg compr. 56 x 250 mg * pr. compr. 1 x 250 mg ** pr. compr. 1 x 250 mg
B-217	2133-296 2133-304 0778-555 0778-555	TICLOPITOP 250 mg Topgen compr. 28 x 250 mg compr. 56 x 250 mg * pr. compr. 1 x 250 mg ** pr. compr. 1 x 250 mg
§ 33 B-201	1210-764 1273-317 0744-623 0745-844 0744-623 0745-844	H-B-VAX II 5 µg Aventis Pasteur MSD fl. I.M. 1 x 5 µg/0,5 ml s. I.M. 1 x 5 µg/0,5 ml * pr. fl. I.M. 1 x 5 µg/0,5 ml * pr. s. I.M. 1 x 5 µg/0,5 ml ** pr. fl. I.M. 1 x 5 µg/0,5 ml ** pr. s. I.M. 1 x 5 µg/0,5 ml
B-201	0453-738 1273-309 0734-889 0745-836 0734-889 0745-836	H-B-VAX II 10 µg Aventis Pasteur MSD fl. I.M. 1 x 10 µg/ml s. I.M. 1 x 10 µg/ml * pr. fl. I.M. 1 x 10 µg/ml * pr. s. I.M. 1 x 10 µg/ml ** pr. fl. I.M. 1 x 10 µg/ml ** pr. s. I.M. 1 x 10 µg/ml
B-201	1265-412 0745-158 0745-158	H-B-VAX II 40 µg Aventis Pasteur MSD fl. I.M. 1 x 40 µg/ml * pr. fl. I.M. 1 x 40 µg/ml ** pr. fl. I.M. 1 x 40 µg/ml
§ 41 A-10	0480-533 0735-480 0735-480	SAIZEN Serono amp. lyoph. inj. 1 x 1,3 mg + solv. * pr. amp. lyoph. inj. 1 x 1,3 mg + solv. ** pr. amp. lyoph. inj. 1 x 1,3 mg + solv.
§ 44 A-16	0772-822	FLUCLOXACILLINE MAYNE 250 mg Mayne Pharma * pr. vial lyoph. inj. 1 x 250 mg
A-16	0772-830	FLUCLOXACILLINE MAYNE 500 mg Mayne Pharma * pr. vial lyoph. inj. 1 x 500 mg
A-16	0772-848	FLUCLOXACILLINE MAYNE 1 g Mayne Pharma * pr. vial lyoph. inj. 1 x 1 g
A-16	0772-855	FLUCLOXACILLINE MAYNE 2 g Mayne Pharma * pr. vial lyoph. inj. 1 x 2 g
A-16	1359-066 1359-074 1359-082 0747-261 0747-279 0747-287	ISEPACINE Schering-Plough amp. I.V./I.M. 2 x 100 mg/ml amp. I.V./I.M. 2 x 250 mg/ml amp. I.V./I.M. 2 x 500 mg/2 ml * pr. amp. I.V./I.M. 1 x 100 mg/ml * pr. amp. I.V./I.M. 1 x 250 mg/ml * pr. amp. I.V./I.M. 1 x 500 mg/2 ml
A-16	0062-539 0122-572 0713-685 0713-693 0713-701	ORBENIN Belpharma amp. inj. 3 x 500 mg amp. inj. 3 x 1 g * pr. fl. inj. 1 x 250 mg + solv. * pr. amp. inj. 1 x 500 mg * pr. amp. inj. 1 x 1 g
A-16	1668-177 0744-847	TARIVID I.V. Aventis Pharma fl. I.V. 1 x 100 mg/50 ml * pr. fl. I.V. 1 x 100 mg/50 ml
B-116	1359-066 1359-074 1359-082 0747-261 0747-279 0747-287	ISEPACINE Schering-Plough amp. I.V./I.M. 2 x 100 mg/ml amp. I.V./I.M. 2 x 250 mg/ml amp. I.V./I.M. 2 x 500 mg/2 ml * pr. amp. I.V./I.M. 1 x 100 mg/ml * pr. amp. I.V./I.M. 1 x 250 mg/ml * pr. amp. I.V./I.M. 1 x 500 mg/2 ml

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements
§ 47 A-27	1638-204 0769-380 0769-380	DROGENIL Schering-Plough compr. 84 x 250 mg * pr. compr. 1 x 250 mg ** pr. compr. 1 x 250 mg
B-92	1423-912 0739-912 0739-912	GYNO-LUCRIN DEPOT Abbott fl. I.M. 1 x 3,75 mg + solv. * pr. fl. I.M. 1 x 3,75 mg + solv. ** pr. fl. I.M. 1 x 3,75 mg + solv.
§ 51 A-55	1723-063 0770-297 0770-297	ACICLOPHAR 200 mg Teva Generics Belgium compr. 25 x 200 mg * pr. compr. 1 x 200 mg ** pr. compr. 1 x 200 mg
A-55	1723-071 0770-305 0770-305	ACICLOPHAR 800 mg Teva Generics Belgium compr. 35 x 800 mg * pr. compr. 1 x 800 mg ** pr. compr. 1 x 800 mg
B-135	1723-063 0770-297 0770-297	ACICLOPHAR 200 mg Teva Generics Belgium compr. 25 x 200 mg * pr. compr. 1 x 200 mg ** pr. compr. 1 x 200 mg
B-135	1723-071 0770-305 0770-305	ACICLOPHAR 800 mg Teva Generics Belgium compr. 35 x 800 mg * pr. compr. 1 x 800 mg ** pr. compr. 1 x 800 mg
§ 96 A-43	0383-059 0738-997 0738-997	NEUPOGEN 48 Amgen fl. S.C./I.V. 1 ml 5 x 480 µg * pr. fl. S.C./I.V. 1 ml 1 x 480 µg ** pr. fl. S.C./I.V. 1 ml 1 x 480 µg
§ 97 A-44	0740-621	SURVANTA Abbott ** pr. fl. inj. 1 x 100 mg/4 ml
§ 129 B-224	1298-967 1333-293 0749-036 0749-036	DIOVANE 80 Novartis Pharma caps. 28 x 80 mg caps. 56 x 80 mg * pr. caps. 1 x 80 mg ** pr. caps. 1 x 80 mg
B-224	1298-975 1639-194 0762-930 0762-930	DIOVANE 160 Novartis Pharma caps. 28 x 160 mg caps. 98 x 160 mg * pr. caps. 1 x 160 mg ** pr. caps. 1 x 160 mg
§ 132 A-20	1482-082 0767-293 0767-293	STOCRIN Merck Sharp & Dohme caps. 30 x 100 mg * pr. caps. 1 x 100 mg ** pr. caps. 1 x 100 mg
§ 138 B-178	1259-845 1177-211 0746-263 0746-271 0746-263 0746-271	IOMERON-250 Bracco-Byk fl. inj. 10 ml fl. inj. 50 ml * pr. fl. inj. 10 ml * pr. fl. inj. 50 ml ** pr. fl. inj. 10 ml ** pr. fl. inj. 50 ml
B-178	1259-837 0746-396 0746-396	IOMERON-300 Bracco-Byk fl. inj. 10 ml * pr. fl. inj. 10 ml ** pr. fl. inj. 10 ml
§ 151 B-13	2160-018 2160-026	MERCK-TERAZOSINE 1 mg Merck compr. 28 x 1 mg compr. 50 x 1 mg
§ 161 A-27	0485-573	TAMIZAM Zambon compr. 60 x 20 mg

Cat.	Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements
A-27 § 163 B-92	1463-843	TAMOXIFEN-RATIOPHARM Ratiopharm compr. 30 x 10 mg
B-92	1729-383	GONAL-F 75 Serono amp. lyoph. S.C. 10 x 75 I.U. + solv.
B-92	1729-409	GONAL-F 150 Serono amp. lyoph. S.C. 5 x 150 I.U. + solv.
	1729-391	amp. lyoph. S.C. 10 x 150 I.U. + solv.
	0772-434	* pr. amp. lyoph. S.C. 1 x 150 I.U. + solv.
	0772-434	** pr. amp. lyoph. S.C. 1 x 150 I.U. + solv.
§ 164 A-5	2198-562	MERCK-GABAPENTINE 300 mg Merck caps. 200 x 300 mg
A-5	2198-570	MERCK-GABAPENTINE 400 mg Merck caps. 90 x 400 mg
	2198-588	caps. 200 x 400 mg
§ 179 B-179	1446-525	PROHANCE Byk Belga vial i.v. 5 ml 279,3 mg/ml
	1446-541	vial i.v. 15 ml 279,3 mg/ml
	0763-557	* pr. vial i.v. 5 ml 279,3 mg/ml
	0763-540	* pr. vial i.v. 15 ml 279,3 mg/ml
	0763-557	** pr. vial i.v. 5 ml 279,3 mg/ml
	0763-540	** pr. vial i.v. 15 ml 279,3 mg/ml
§ 230 A-28	1626-738	UFT Bristol-Myers Squibb caps. 28 x 100 mg/224 mg
§ 232 B-134	0771-071	CANCIDAS 50 mg Merck Sharp & Dohme * pr. vial pulv. pr. perf. + transfert set 1 x 50 mg
	0771-071	** pr. vial pulv. pr. perf. + transfert set 1 x 50 mg
§ 269 B-262	2198-562	MERCK-GABAPENTINE 300 mg Merck caps. 200 x 300 mg
B-262	2198-570	MERCK-GABAPENTINE 400 mg Merck caps. 90 x 400 mg
	2198-588	caps. 200 x 400 mg

5° au chapitre IV-bis, le point 12° est remplacé comme suit :

12° a) La préparation suivante peut-être remboursée en catégorie A sur base d'un rapport documenté établi par le médecin spécialiste responsable du traitement qui démontre que l'administration a été faite pour un bénéficiaire présentant un myélome multiple. Dans ce cas, le pharmacien qui, en application de l'arrêté royal du 13 février 2005 portant interdiction de l'importation, de la cession et de la délivrance de médicaments contenant de la thalidomide, est habilité à délivrer cette préparation, peut appliquer le tiers payant en mentionnant sur l'ordonnance le prix auquel elle lui a été facturée et, par dérogation au deuxième alinéa du point 4° des conditions générales prévues au présent chapitre, joint copie de la facture d'achat.

5° in hoofdstuk IV-bis, wordt punt 12° vervangen als volgt :

12° a) Het hierna volgende product kan vergoed worden in categorie A, op grond van een gedocumenteerd verslag, opgesteld door de geneesheer specialist, verantwoordelijk voor de behandeling, dat aantoonde dat de toediening is gebeurd bij een rechthebbende met multiple myeloom. In dit geval mag de apotheker, die in toepassing van het koninklijk besluit van 13 februari 2005 houdende het verbod op de invoer, het afstaan en het afleveren van thalidomidehoudende geneesmiddelen, gemachtigd is om dit preparaat af te leveren, de derdebetalersregeling toepassen mits hij op het voorschriftbriefje de prijs vermeldt waartegen het hem is gefactureerd en hij, in afwijking met de tweede alinea van punt 4° van de algemene voorwaarden, voorzien in huidige hoofdstuk, een kopie toevoegt van de aankoopfactuur.

Categ. Catég.	Code Code	Benaming Dénomination	Eenheden beoogd sub 1-2° Unités visées sous 1-2°
A-28	1174-051	THALIDOMIDE	
	0736-272	- caps. à 50 mg	per
	0736-272	* pr. caps. à 50 mg	100 caps. à 50 mg
	1174-069	** pr. caps. à 50 mg	par
	0735-118	- compr. à 100 mg	per
	0735-118	* pr. compr. à 100 mg	50 compr. à 100 mg
	0735-118	** pr. compr. à 100 mg	par

b) Par dérogation aux conditions générales prévues au présent chapitre, la préparation suivante peut-être remboursée en catégorie B sans que le médecin-conseil ne l'ait autorisé pour autant que le médecin traitant atteste sur la prescription que le produit n'est pas utilisé pour un examen clinique. Dans ce cas, le pharmacien qui, en application de l'arrêté royal du 13 février 2005 portant interdiction de l'importation, de la cession et de la délivrance de médicaments contenant de la thalidomide, est habilité à délivrer cette préparation, peut appliquer le tiers payant en mentionnant sur l'ordonnance le prix auquel elle lui a été facturée et en joignant copie de la facture d'achat.

b) In afwijking van de algemene vergoedingsvoorwaarden die in dit hoofdstuk zijn vastgesteld, mag het volgende product worden vergoed in categorie B zonder dat de adviserend geneesheer daartoe toestemming heeft verleend, voor zover de behandelende geneesheer op het voorschrift attesteert dat dit product niet gebruikt wordt voor klinisch onderzoek. In dat geval mag de apotheker, die in toepassing van het koninklijk besluit van 13 februari 2005 houdende het verbod op de invoer, het afstaan en het afleveren van thalidomidehoudende geneesmiddelen, gemachtigd is om dit preparaat af te leveren, de derdebetalersregeling toepassen mits hij op het voorschriftbriefje de prijs vermeldt waartegen het hem is gefactureerd en hij een kopie toevoegt van de aankoopfactuur.

Catég Catég	Code Code	Benaming Dénomination	Eenheden beoogd sub 1-2° Unités visées sous 1-2°
B-195	1174-051 0736-272 0736-272	THALIDOMIDE - caps. à 50 mg * pr. caps. à 50 mg ** pr. caps. à 50 mg (1)	per 100 caps. à 50 mg par
	1174-069 0735-118 0735-118	- compr. à 100 mg * pr. compr. à 100 mg ** pr. compr. à 100 mg (1)	per 50 compr. à 100 mg par

(1) Conformément aux dispositions de l'article 95 du présent arrêté, le montant dû par l'assurance est calculé par 50 compr. à 100 mg ou par 100 caps. à 50 mg.

Art. 2. A l'annexe II du même arrêté :

— à la rubrique II., est ajouté un point 14 libellé comme suit : « les inhibiteurs de la glucosyl-céramide synthétase. - Groupe de remboursement : A-79. »;

— la rubrique III.2.10 est supprimée;

— à la rubrique VII.10, est ajouté un point 10 libellé comme suit : « les immunoglobulines subcutanées ou intramusculaires non spécifiques. - Groupe de remboursement : A-78. »;

— à la rubrique XV.1., est ajouté un point 17 libellé comme suit : « les médicaments destinés au traitement de la surcharge en fer chez les patients présentant une thalassémie majeure. - Groupe de remboursement : A-77. »;

— à la rubrique XX, est ajouté un point 6 libellé comme suit : « Produits de contraste pour l'échographie pour utilisation diagnostique. - Groupe de remboursement : B-274. »;

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du mois qui suit l'expiration d'un délai de dix jours prenant cours le jour suivant sa publication au *Moniteur belge*, à l'exception des dispositions de l'article 1^{er}, 5° qui produit ses effets le 1^{er} juillet 2005.

Bruxelles, le 8 août 2005.

Pour le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, absent,

Le Ministre de la Défense,
A. FLAHAUT

(1) Conform de bepalingen van artikel 95 van dit besluit is het door de verzekering verschuldigde bedrag berekend per 50 compr. à 100 mg of per 100 caps. à 50 mg.

Art. 2. In bijlage II van hetzelfde besluit :

— onder rubriek II., wordt een als volgt opgesteld punt 14 toegevoegd : « De inhibitoren van het glucosylceramide synthetase. - Vergoedingsgroep : A-79. »;

— rubriek III.2.10 is geschrapt;

— onder rubriek VII.10, wordt een als volgt opgesteld punt 10 toegevoegd : « De niet-specifieke subcutane of intramusculaire immunoglobulines. - Vergoedingsgroep : A-78. »;

— onder rubriek XV.1., wordt een als volgt opgesteld punt 17 toegevoegd : « Geneesmiddelen gebruikt bij de behandeling van ijzerstapeling bij rechthebbenden die een thalassaemia major vertonen - Vergoedingsgroep : A-77. »;

— onder rubriek XX, wordt een als volgt opgesteld punt 6 toegevoegd : « Contrastmiddel voor echografie voor diagnostische gebruik - Vergoedingsgroep : B-274. »;

Art. 3. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de maand die volgt op het verstrijken van een termijn van tien dagen die ingaat de dag na de bekendmaking ervan in het *Belgisch Staatsblad* met uitzondering van de bepalingen van artikel 1, 5° die in werking treedt op 1 juli 2005.

Brussel, 8 augustus 2005.

Voor de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, afwezig,

De Minister van Landsverdediging,
A. FLAHAUT