

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2013/22218]

16 AVRIL 2013. — 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

La Ministre des Affaires sociales,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 35bis, § 1^{er}, inséré par la loi du 10 août 2001 et modifié par les lois des 22 décembre 2003, 9 juillet 2004, 27 avril 2005 et 27 décembre 2005, § 2, inséré par la loi du 10 août 2001 et modifié par les lois des 22 décembre 2003, 13 décembre 2006, 25 avril 2007 et 23 décembre 2009, § 3, huitième alinéa, inséré par la loi du 22 décembre 2003, § 4, alinéa 1^{er} et 2, inséré par la loi du 10 août 2001 et modifié par la loi du 19 décembre 2008, § 4, troisième alinéa, inséré par la loi du 10 août 2001, remplacé par la loi du 27 avril 2005 et modifié par la loi du 19 décembre 2008, § 8, alinéa 1^{er}, inséré par la loi du 10 août 2001 et § 8, troisième alinéa, inséré par la loi du 19 décembre 2008, l'article 37, § 3, troisième alinéa, remplacé par la loi du 27 décembre 2005 et modifié par la loi du 13 décembre 2006 et par la loi du 17 février 2012 et l'article 72bis, § 1bis, dernière phrase, inséré par la loi du 22 décembre 2008 et § 2, deuxième et troisième alinéa, remplacé par la loi du 22 décembre 2008;

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, les articles 13, 37bis, 38, 57, 62, 72, 85, 95 § 3 et 97, tel qu'il a été modifié à ce jour;

Vu les propositions de la Commission de Remboursement des Médicaments, émises les 17 et 18 décembre 2012, les 5, 8, 15, 16, 18, 28 et 29 janvier 2013 et les 4, 5 et 19 février 2013;

Vu les propositions du secrétariat de la Commission de Remboursement des Médicaments, émises les 14, 15, 21 et 29 janvier 2013 et les 5, 11 et 12 février 2013;

Vu la communication à la Commission de Remboursement des Médicaments le 26 mars 2013;

Vu les avis émis par l'Inspecteur des Finances donnés les 11, 18, 21, 23, 24 et 29 janvier 2013 et les 4, 8, 15, 22 et 28 février 2013;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget des 24 et 31 janvier 2013 et des 1, 14 et 28 février 2013;

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2013/22218]

16 APRIL 2013. — 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, artikel 35bis, § 1, ingevoegd bij de wet van 10 augustus 2001 en gewijzigd bij de wetten van 22 december 2003, 9 juli 2004, 27 april 2005 en 27 december 2005, § 2, ingevoegd bij de wet van 10 augustus 2001 en gewijzigd bij de wetten van 22 december 2003, 13 december 2006, 25 april 2007 en 23 december 2009, § 3, achtste lid, ingevoegd bij de wet van 22 december 2003, § 4, eerste en tweede lid, ingevoegd bij de wet van 10 augustus 2001 en gewijzigd bij de wet van 19 december 2008, § 4, derde lid, ingevoegd bij de wet van 10 augustus 2001, vervangen bij de wet van 27 april 2005 en gewijzigd bij de wet van 19 december 2008, § 8, eerste lid, ingevoegd bij de wet van 10 augustus 2001 en § 8, derde lid, ingevoegd bij de wet van 19 december 2008, artikel 37, § 3, derde lid, vervangen bij de wet van 27 december 2005 en gewijzigd bij de wet van 13 december 2006 en bij de wet van 17 februari 2012 en artikel 72bis, § 1bis, laatste zin, ingevoegd bij de wet van 22 december 2008 en § 2, tweede en derde lid, vervangen bij de wet van 22 december 2008;

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, artikelen 13, 37bis, 38, 57, 62, 72, 85, 95 § 3 en 97, zoals tot op heden gewijzigd;

Gelet op de voorstellen van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, uitgebracht op 17 en 18 december 2012, 5, 8, 15, 16, 18, 28 en 29 januari 2013 en 4, 5 en 19 februari 2013;

Gelet op de voorstellen van het secretariaat van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, uitgebracht op 14, 15, 21 en 29 januari 2013 en 5, 11 en 12 februari 2013;

Gelet op de mededeling aan de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen op 26 maart 2013;

Gelet op de adviezen van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 11, 18, 21, 23, 24 en 29 januari 2013 en 4, 8, 15, 22 en 28 februari 2013;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting van 24 en 31 januari 2013 en 1, 14 en 28 februari 2013;

Considérant qu'en ce qui concerne les spécialités ACLASTA 5 mg, APROVEL 300 mg (PI-PHARMA), ARTHROTEC 75 mg, BOOSTRIX, CARBOPLATIN ACCORD HEALTHCARE 10 mg/ml, CETIRIZINE RATIOPHARM 10 mg, CRESTOR 5 mg, CHAMPIX 1 mg, COPAXONE 20 mg/ml, CYTARABINE FRESENIUS KABI 100 mg/ml, CYTOTEC 200 g, DECAPEPTYL SUSTAINED RELEASE 3,75 mg, DECAPEPTYL SUSTAINED RELEASE 11,25 mg, DENISE 20, DOCETAXEL ACCORD 20 mg/ml, DOCETAXEL KABI 120 mg/6 ml, DOCETAXEL KABI 180 mg/9 ml, ELIQUIS 2,5 mg, ENGERIX-B JUNIOR 10, ESOMEPRAZOLE RENANTOS 20 mg, ESOMEPRAZOLE RENANTOS 40 mg, FARESTON 60 mg, FENDRIX 40 g/ml, FLECA TEVA RETARD 100 mg, FLECA TEVA RETARD 150 mg, FLECA TEVA RETARD 200 mg, HBVAXPRO 10 g/ml, HBVAXPRO 40 g/ml, IRBESARTAN/HYDROCHLOOR-THIAZIDE TEVA 150 mg/12,5 mg, IRBESARTAN/HYDROCHLOOR-THIAZIDE TEVA 300 mg/12,5 mg, IRBESARTAN/HYDROCHLOOR-THIAZIDE TEVA 300 mg/25 mg, IRINOTECAN HYDROCHLORIDE ACCORD HEALTHCARE 20 mg/ml, LAMIZIDINEMYLAN 150 mg/300 mg, MELOXICAM TEVA 7,5 mg, NIMOTOP 0,2 mg/ml, NIMOTOP 30 mg, OXYCODON SANDOZ 40 mg, OXYCODON SANDOZ 80 mg, PARACETAMOL B BRAUN 10 mg/ml, PAROXETINE SANDOZ 20 mg, PRADAXA 75 mg, PRADAXA 110 mg, RABEPRAZOLE TEVA 10 mg, RABEPRAZOLE TEVA 20 mg, RALOXIFENE EG 60 mg, RALOXIFENE TEVA 60 mg, REBETOL 200 mg, RIASTAP 1g, ROPINIROLE RETARD EG 2 mg, SUMATRIPTAN SANDOZ 50 mg, SUMATRIPTAN SANDOZ 100 mg, TICLID 250 mg, TICLID 250 mg (AKTUAPHARMA), TICLID 250 mg (PI-PHARMA), TOBI 60 mg/ml, TOPOTECAN ACCORD HEALTHCARE 1 mg/ml, TRAMADOL/PARACETAMOL TEVA 37,5 mg 325 mg, VISUDYNE 15 mg, XARELTO 10 mg, ZOLADEX 3,6 mg, ZOLADEX 3,6 mg (PI-PHARMA), ZOLEDRONIC ACID SANDOZ 5 mg/100 ml, ZOLMITRIPTAN TEVA INSTANT 2,5 mg et ZYBAN 150 mg, Notre Ministre du Budget n'a pas marqué d'accord dans le délai de dix jours mentionné à l'article 35bis, § 15, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et qu'en application de cette disposition législative, les accords concernés sont par conséquent réputés avoir été donnés;

A défaut de proposition définitive motivée de la Commission de Remboursement des Médicaments dans un délai de 150 jours en ce qui concerne les spécialités TEYSUNO, la Ministre a pris et notifié une décision motivée le 19 février 2013, en application de l'article 62 de l'arrêté royal du 21 décembre 2001;

A défaut de proposition définitive motivée de la Commission de Remboursement des Médicaments dans un délai de 150 jours en ce qui concerne les spécialités CAPRELSA, la Ministre a pris et notifié une décision motivée le 19 février 2013, en application de l'article 81 de l'arrêté royal du 21 décembre 2001;

Vu les notifications aux demandeurs des 1, 4, 7, 19, 26 et 28 février 2013;

Vu l'avis n° 53.038/2 du Conseil d'Etat, donné le 8 avril 2013, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973,

Arrête :

Article 1^{er}. A l'annexe I 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 :

Overwegende dat, met betrekking tot de specialiteiten ACLASTA 5 mg, APROVEL 300 mg (PI-PHARMA), ARTHROTEC 75 mg, BOOSTRIX, CARBOPLATIN ACCORD HEALTHCARE 10 mg/ml, CETIRIZINE RATIOPHARM 10 mg, CRESTOR 5 mg, CHAMPIX 1 mg, COPAXONE 20 mg/ml, CYTARABINE FRESENIUS KABI 100 mg/ml, CYTOTEC 200 g, DECAPEPTYL SUSTAINED RELEASE 3,75 mg, DECAPEPTYL SUSTAINED RELEASE 11,25 mg, DENISE 20, DOCE-TAXEL ACCORD 20 mg/ml, DOCETAXEL KABI 120 mg/6 ml, DOCETAXEL KABI 180 mg/9 ml, ELIQUIS 2,5 mg, ENGERIX-B JUNIOR 10, ESOMEPRAZOLE RENANTOS 20 mg, ESOMEPRAZOLE RENANTOS 40 mg, FARESTON 60 mg, FENDRIX 40 g/ml, FLECA-TEVA RETARD 100 mg, FLECA TEVA RETARD 150 mg, FLECA TEVA RETARD 200 mg, HBVAXPRO 10 g/ml, HBVAXPRO 40 g/ml, IRBESARTAN/HYDROCHLOOR-THIAZIDE TEVA 150 mg/12,5 mg, IRBESARTAN/HYDROCHLOOR-THIAZIDE TEVA 300 mg/12,5 mg, IRBESARTAN/HYDROCHLOOR-THIAZIDE TEVA 300 mg/25 mg, IRINOTECAN HYDROCHLORIDE ACCORD HEALTHCARE 20 mg/ml, LAMIZIDINEMYLAN 150 mg/300 mg, MELOXICAM TEVA 7,5 mg, NIMOTOP 0,2 mg/ml, NIMOTOP 30 mg, OXYCODON SANDOZ 40 mg, OXYCODON SANDOZ 80 mg, PARACETAMOL B BRAUN 10 mg/ml, PAROXETINE SANDOZ 20 mg, PRADAXA 75 mg, PRADAXA 110 mg, RABEPRAZOLE TEVA 10 mg, RABEPRAZOLE TEVA 20 mg, RALOXIFENE EG 60 mg, RALOXIFENE TEVA 60 mg, REBETOL 200 mg, RIASTAP 1g, ROPINIROLE RETARD EG 2 mg, SUMATRIPTAN SANDOZ 50 mg, SUMATRIPTAN SANDOZ 100 mg, TICLID 250 mg, TICLID 250 mg (AKTUAPHARMA), TICLID 250 mg (PI-PHARMA), TOBI 60 mg/ml, TOPOTECAN ACCORD HEALTHCARE 1 mg/ml, TRAMADOL/PARACETAMOL TEVA 37,5 mg 325 mg, VISUDYNE 15 mg, XARELTO 10 mg, ZOLADEX 3,6 mg, ZOLADEX 3,6 mg (PI-PHARMA), ZOLEDRONIC ACID SANDOZ 5 mg/100 ml, ZOLMITRIPTAN TEVA INSTANT 2,5 mg en ZYBAN 150 mg, door Onze Minister voor Begroting geen akkoord is verleend binnen een termijn van tien dagen, vermeld in artikel 35bis, § 15, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en dat de betrokken akkoorden dienvolgens met toepassing van die wetsbepaling wordt geacht te zijn verleend;

Bij ontstentenis van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, binnen een termijn van 150 dagen wat betreft de specialiteiten TEYSUNO, heeft de Minister, met toepassing van artikel 62 van het koninklijk besluit van 21 december 2001, een gemotiveerde beslissing genomen en genotificeerd op 19 februari 2013;

Bij ontstentenis van een gemotiveerd definitief voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, binnen een termijn van 150 dagen wat betreft de specialiteiten CAPRELSA, heeft de Minister, met toepassing van artikel 81 van het koninklijk besluit van 21 december 2001, een gemotiveerde beslissing genomen en genotificeerd op 19 februari 2013;

Gelet op de notificaties aan de aanvragers op 1, 4, 7, 19, 26 en 28 februari 2013;

Gelet op het advies nr. 53.038/2 van de Raad van State, gegeven op 8 april 2013 met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973,

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:

- 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.
- 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.
- II = Intervention des autres bénéficiaires.
- II = Aandeel van de andere rechthebbenden.

a) les spécialités suivantes sont insérées:

a) worden de volgende specialiteiten ingevoegd:

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm	Prix Prijs	Base de remb. Basis van tegemeetk	I	II
					<i>ex-usine / buiten bedrijf</i>	<i>ex-usine / buiten bedrijf</i>		
CARBOPLATIN ACCORD HEALTHCARE 10 mg/ml ACCORD HEALTHCARE				ATC: L01XA02				
A-23	2929-479	1 flacon injectable 60 ml solution à diluer pour perfusion, 10 mg/ml	1 injectieflacon 60 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 10 mg/ml	G	203,36	203,36	0,00	0,00
	2929-479				178,0000	178,0000		
A-23 *	7702-053	1 flacon injectable 60 ml solution à diluer pour perfusion, 10 mg/ml	1 injectieflacon 60 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 10 mg/ml	G	195,7900	195,7900		
A-23 **	7702-053	1 flacon injectable 60 ml solution à diluer pour perfusion, 10 mg/ml	1 injectieflacon 60 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 10 mg/ml	G	188,6800	188,6800		
CETIRIZINE-RATIOPHARM 10 mg TEVA PHARMA BELGIUM				ATC: R06AE07				
Cs-7	3028-040	20 comprimés pelliculés, 10 mg	20 filmomhulde tabletten, 10 mg	G	7,57	7,57	2,65	2,65
	3028-040				2,5000	2,5000		
Cs-7 *	0772-236	1 comprimé pelliculé, 10 mg	1 filmomhulde tablet, 10 mg	G	0,1615	0,1615		
Cs-7 **	0772-236	1 comprimé pelliculé, 10 mg	1 filmomhulde tablet, 10 mg	G	0,1325	0,1325		
CYTARABINE FRESENIUS KABI 100 mg/ml FRESENIUS KABI				ATC: L01BC01				
A-24	3029-592	1 flacon injectable 10 ml solution pour perfusion et injection, 100 mg/ml	1 injectieflacon 10 ml oplossing voor infusie en injectie, 100 mg/ml	G	15,53	15,53	0,00	0,00
	3029-592				8,7000	8,7000		
A-24 *	7702-368	1 flacon injectable 10 ml solution pour perfusion et injection, 100 mg/ml	1 injectieflacon 10 ml oplossing voor infusie en injectie, 100 mg/ml	G	11,2300	11,2300		
A-24 **	7702-368	1 flacon injectable 10 ml solution pour perfusion et injection, 100 mg/ml	1 injectieflacon 10 ml oplossing voor infusie en injectie, 100 mg/ml	G	9,2200	9,2200		
CYTARABINE FRESENIUS KABI 100 mg/ml FRESENIUS KABI				ATC: L01BC01				
A-24	3029-600	1 flacon injectable 20 ml solution pour perfusion et injection, 100 mg/ml	1 injectieflacon 20 ml oplossing voor infusie en injectie, 100 mg/ml	G	30,66	30,66	0,00	0,00
	3029-600				21,1800	21,1800		
A-24 *	7702-376	1 flacon injectable 20 ml solution pour perfusion et injection, 100 mg/ml	1 injectieflacon 20 ml oplossing voor infusie en injectie, 100 mg/ml	G	27,3300	27,3300		
A-24 **	7702-376	1 flacon injectable 20 ml solution pour perfusion et injection, 100 mg/ml	1 injectieflacon 20 ml oplossing voor infusie en injectie, 100 mg/ml	G	22,4500	22,4500		
DENISE 20 TEVA PHARMA BELGIUM				ATC: G03AA09				
Cx-2	2989-705	273 comprimés, 150 µg / 20 µg	273 tabletten, 150 µg / 20 µg	G	30,58	30,58	26,15	26,15
	2989-705				21,1100	21,1100		
Cx-2 *	7700-917	21 comprimé, 150 µg / 20 µg	21 tablet, 150 µg / 20 µg	G	0,0998	0,0998		
Cx-2 **	7700-917	21 comprimé, 150 µg / 20 µg	21 tablet, 150 µg / 20 µg	G	0,0820	0,0820		

FLECATEVA RETARD 100 mg		TEVA PHARMA BELGIUM		ATC: C01BC04				
B-8	3017-522	60 gélules à libération modifiée, 100 mg	60 capsules met gereguleerde afgifte, hard, 100 mg	G	21,75	21,75	3,60	5,99
	3017-522				13,5600	13,5600		
B-8	3017-530	100 gélules à libération modifiée, 100 mg	100 capsules met gereguleerde afgifte, hard, 100 mg	G	32,28	32,28	5,12	8,60
	3017-530				22,6000	22,6000		
B-8 *	7702-210	1 gélule à libération prolongée, 100 mg	1 harde capsule met gereguleerde afgifte, 100 mg	G	0,2917	0,2917		
B-8 **	7702-210	1 gélule à libération prolongée, 100 mg	1 harde capsule met gereguleerde afgifte, 100 mg	G	0,2396	0,2396		
FLECATEVA RETARD 150 mg		TEVA PHARMA BELGIUM		ATC: C01BC04				
B-8	3017-563	60 gélules à libération modifiée, 150 mg	60 capsules met gereguleerde afgifte, hard, 150 mg	G	29,71	29,71	4,75	7,99
	3017-563				20,3400	20,3400		
B-8	3017-589	100 gélules à libération modifiée, 150 mg	100 capsules met gereguleerde afgifte, hard, 150 mg	G	45,08	45,08	6,92	11,65
	3017-589				33,9000	33,9000		
B-8 *	7702-228	1 gélule à libération prolongée, 150 mg	1 harde capsule met gereguleerde afgifte, 150 mg	G	0,4304	0,4304		
B-8 **	7702-228	1 gélule à libération prolongée, 150 mg	1 harde capsule met gereguleerde afgifte, 150 mg	G	0,3593	0,3593		
FLECATEVA RETARD 200 mg		TEVA PHARMA BELGIUM		ATC: C01BC04				
B-8	3017-605	60 gélules à libération modifiée, 200 mg	60 capsules met gereguleerde afgifte, hard, 200 mg	G	37,40	37,40	5,84	9,82
	3017-605				27,1200	27,1200		
B-8	3017-621	100 gélules à libération modifiée, 200 mg	100 capsules met gereguleerde afgifte, hard, 200 mg	G	57,89	57,89	8,73	14,50
	3017-621				45,2000	45,2000		
B-8 *	7702-236	1 gélule à libération prolongée, 200 mg	1 harde capsule met verlengde afgifte, 200 mg	G	0,5502	0,5502		
B-8 **	7702-236	1 gélule à libération prolongée, 200 mg	1 harde capsule met verlengde afgifte, 200 mg	G	0,4791	0,4791		
IRBESARTAN/HYDROCHLOORTHAZIDE TEVA 150 mg/12,5 mg		TEVA PHARMA BELGIUM		ATC: C09DA04				
B-224	3029-477	28 comprimés pelliculés, 150 mg / 12,5 mg	28 filmomhulde tabletten, 150 mg / 12,5 mg	G	18,53	18,53	2,93	4,88
	3029-477				11,0400	11,0400		
B-224	3029-485	98 comprimés pelliculés, 150 mg / 12,5 mg	98 filmomhulde tabletten, 150 mg / 12,5 mg	G	45,71	45,71	7,01	11,80
	3029-485				34,4600	34,4600		
B-224 *	7702-244	1 comprimé pelliculé, 150 mg / 12,5 mg	1 filmomhulde tablet, 150 mg / 12,5 mg	G	0,4453	0,4453		
B-224 **	7702-244	1 comprimé pelliculé, 150 mg / 12,5 mg	1 filmomhulde tablet, 150 mg / 12,5 mg	G	0,3728	0,3728		
IRBESARTAN/HYDROCHLOORTHAZIDE TEVA 300 mg/12,5 mg		TEVA PHARMA BELGIUM		ATC: C09DA04				
B-224	3029-493	28 comprimés pelliculés, 300 mg / 12,5 mg	28 filmomhulde tabletten, 300 mg / 12,5 mg	G	18,53	18,53	2,93	4,88
	3029-493				11,0400	11,0400		
B-224	3029-501	98 comprimés pelliculés, 300 mg / 12,5 mg	98 filmomhulde tabletten, 300 mg / 12,5 mg	G	45,71	45,71	7,01	11,80
	3029-501				34,4600	34,4600		
B-224 *	7702-251	1 comprimé pelliculé, 300 mg / 12,5 mg	1 filmomhulde tablet, 300 mg / 12,5 mg	G	0,4453	0,4453		
B-224 **	7702-251	1 comprimé pelliculé, 300 mg / 12,5 mg	1 filmomhulde tablet, 300 mg / 12,5 mg	G	0,3728	0,3728		
IRBESARTAN/HYDROCHLOORTHAZIDE TEVA 300 mg/25 mg		TEVA PHARMA BELGIUM		ATC: C09DA04				
B-224	3029-519	28 comprimés pelliculés, 300 mg / 25 mg	28 filmomhulde tabletten, 300 mg / 25 mg	G	18,53	18,53	2,93	4,88
	3029-519				11,0400	11,0400		
B-224	3029-527	98 comprimés pelliculés, 300 mg / 25 mg	98 filmomhulde tabletten, 300 mg / 25 mg	G	45,71	45,71	7,01	11,80
	3029-527				34,4600	34,4600		
B-224 *	7702-269	1 comprimé pelliculé, 300 mg / 25 mg	1 filmomhulde tablet, 300 mg / 25 mg	G	0,4453	0,4453		
B-224 **	7702-269	1 comprimé pelliculé, 300 mg / 25 mg	1 filmomhulde tablet, 300 mg / 25 mg	G	0,3728	0,3728		

MELOXICAM TEVA 7,5 mg		TEVA PHARMA BELGIUM		ATC: M01AC06				
B-63	3016-748	30 comprimés, 7,5 mg	30 tabletten, 7,5 mg	G	7,40	7,40	0,63	1,05
	3016-748				2,3700	2,3700		
B-63	3016-755	60 comprimés, 7,5 mg	60 tabletten, 7,5 mg	G	10,44	10,44	1,26	2,09
	3016-755				4,7400	4,7400		
B-63 *	7702-277	1 comprimé, 7,5 mg	1 tablet, 7,5 mg	G	0,1020	0,1020		
B-63 **	7702-277	1 comprimé, 7,5 mg	1 tablet, 7,5 mg	G	0,0837	0,0837		
OXYCODON SANDOZ 40 mg		SANDOZ		ATC: N02AA05				
B-56	2994-390	30 comprimés à libération prolongée, 40 mg	30 tabletten met verlengde afgifte, 40 mg	G	22,32	22,32	3,71	6,19
	2994-390				14,0000	14,0000		
B-56	2994-408	60 comprimés à libération prolongée, 40 mg	60 tabletten met verlengde afgifte, 40 mg	G	34,06	34,06	5,37	9,03
	2994-408				24,1800	24,1800		
B-56 *	7702-186	1 comprimé à libération prolongée, 40 mg	1 tablet met verlengde afgifte, 40 mg	G	0,5200	0,5200		
B-56 **	7702-186	1 comprimé à libération prolongée, 40 mg	1 tablet met verlengde afgifte, 40 mg	G	0,4272	0,4272		
OXYCODON SANDOZ 80 mg		SANDOZ		ATC: N02AA05				
B-56	2994-416	30 comprimés à libération prolongée, 80 mg	30 tabletten met verlengde afgifte, 80 mg	G	34,99	34,99	5,50	9,25
	2994-416				25,0000	25,0000		
B-56	2994-382	60 comprimés à libération prolongée, 80 mg	60 tabletten met verlengde afgifte, 80 mg	G	55,77	55,77	7,70	11,60
	2994-382				43,3300	43,3300		
B-56 *	7702-194	1 comprimé à libération prolongée, 80 mg	1 tablet met verlengde afgifte, 80 mg	G	0,8840	0,8840		
B-56 **	7702-194	1 comprimé à libération prolongée, 80 mg	1 tablet met verlengde afgifte, 80 mg	G	0,7655	0,7655		
PARACETAMOL B BRAUN 10 mg/ml		B BRAUN MEDICAL		ATC: N02BE01				
	7702-103	10 flacons injectables 50 ml solution pour perfusion, 10 mg/ml	10 injectieflacons 50 ml oplossing voor infusie, 10 mg/ml		12,6600	12,6600		
B-313 *	7702-103	1 flacon injectable 50 ml solution pour perfusion, 10 mg/ml	1 injectieflacon 50 ml oplossing voor infusie, 10 mg/ml	G	1,6340	1,6340		
B-313 **	7702-103	1 flacon injectable 50 ml solution pour perfusion, 10 mg/ml	1 injectieflacon 50 ml oplossing voor infusie, 10 mg/ml	G	1,3420	1,3420		
PARACETAMOL B BRAUN 10 mg/ml		B BRAUN MEDICAL		ATC: N02BE01				
	7702-111	10 flacons injectables 100 ml solution pour perfusion, 10 mg/ml	10 injectieflacons 100 ml oplossing voor infusie, 10 mg/ml		17,7600	17,7600		
B-313 *	7702-111	1 flacon injectable 100 ml solution pour perfusion, 10 mg/ml	1 injectieflacon 100 ml oplossing voor infusie, 10 mg/ml	G	2,2920	2,2920		
B-313 **	7702-111	1 flacon injectable 100 ml solution pour perfusion, 10 mg/ml	1 injectieflacon 100 ml oplossing voor infusie, 10 mg/ml	G	1,8830	1,8830		
PAROXETINE SANDOZ 20 mg		SANDOZ		ATC: N06AB05				
B-73	3008-653	56 comprimés pelliculés, 20 mg	56 filmomhulde tabletten, 20 mg	G	19,82	19,82	3,20	5,33
	3008-653				12,0500	12,0500		
B-73	3008-661	98 comprimés pelliculés, 20 mg	98 filmomhulde tabletten, 20 mg	G	30,74	30,74	4,90	8,24
	3008-661				21,2600	21,2600		
RALOXIFENE EG 60 mg		EUROGENERICS		ATC: G03XC01				
B-230	3029-550	84 comprimés pelliculés, 60 mg	84 filmomhulde tabletten, 60 mg	G	34,52	34,52	5,43	9,14
	3029-550				24,5900	24,5900		
B-230	3029-568	100 comprimés pelliculés, 60 mg	100 filmomhulde tabletten, 60 mg	G	39,85	39,85	6,18	10,41
	3029-568				29,2800	29,2800		
B-230 *	7702-137	1 comprimé pelliculé, 60 mg	1 filmomhulde tablet, 60 mg	G	0,3779	0,3779		
B-230 **	7702-137	1 comprimé pelliculé, 60 mg	1 filmomhulde tablet, 60 mg	G	0,3104	0,3104		
RALOXIFENE TEVA 60 mg		TEVA PHARMA BELGIUM		ATC: G03XC01				
B-230	3018-538	28 comprimés pelliculés, 60 mg	28 filmomhulde tabletten, 60 mg	G	17,51	17,51	2,72	4,53
	3018-538				10,2500	10,2500		
B-230	3018-546	84 comprimés pelliculés, 60 mg	84 filmomhulde tabletten, 60 mg	G	34,52	34,52	5,43	9,14
	3018-546				24,5900	24,5900		
B-230 *	7702-293	1 comprimé pelliculé, 60 mg	1 filmomhulde tablet, 60 mg	G	0,4505	0,4505		
B-230 **	7702-293	1 comprimé pelliculé, 60 mg	1 filmomhulde tablet, 60 mg	G	0,3700	0,3700		

TRAMADOL/PARACETAMOL TEVA 37,5 mg/325 mg TEVA PHARMA BELGIUM						ATC: N02AX52			
C-29	3007-317 3007-317	20 comprimés pelliculés, 37,5 mg / 325 mg	20 filmomhulde tabletten, 37,5 mg / 325 mg	G	8,02 2,8600	8,02 2,8600	2,53	2,53	
C-29	3007-325 3007-325	60 comprimés pelliculés, 37,5 mg / 325 mg	60 filmomhulde tabletten, 37,5 mg / 325 mg	G	14,89 8,2100	14,89 8,2100	7,26	7,26	
C-29 *	7702-426	1 comprimé pelliculé, 37,5 mg / 325 mg	1 filmomhulde tablet, 37,5 mg / 325 mg	G	0,1767	0,1767			
C-29 **	7702-426	1 comprimé pelliculé, 37,5 mg / 325 mg	1 filmomhulde tablet, 37,5 mg / 325 mg	G	0,1450	0,1450			

b) les spécialités suivantes sont supprimées:

b) worden de volgende specialiteiten geschrapt:

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)									
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs					
				Opm					
		ACICLOVIR MYLAN 25 mg/ml	MYLAN					ATC: J05AB01	
	0752-295	5 ampoules 10 ml solution à diluer pour perfusion, 25 mg/ml	5 ampullen 10 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 25 mg/ml						
B-135 *	0752-295	1 ampoule 10 ml solution à diluer pour perfusion, 25 mg/ml	1 ampul 10 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 25 mg/ml	G					
B-135 **	0752-295	1 ampoule 10 ml solution à diluer pour perfusion, 25 mg/ml	1 ampul 10 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 25 mg/ml	G					
		ACICLOVIR MYLAN 25 mg/ml	MYLAN					ATC: J05AB01	
	0752-287	5 ampoules 20 ml solution à diluer pour perfusion, 25 mg/ml	5 ampullen 20 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 25 mg/ml						
B-135 *	0752-287	1 ampoule 20 ml solution à diluer pour perfusion, 25 mg/ml	1 ampul 20 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 25 mg/ml	G					
B-135 **	0752-287	1 ampoule 20 ml solution à diluer pour perfusion, 25 mg/ml	1 ampul 20 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 25 mg/ml	G					
		CAPTOPRIL APOTEX 100 mg	APOTEX					ATC: C09AA01	
B-21	1549-633 1549-633	30 comprimés, 100 mg	30 tabletten, 100 mg	G					
B-21 *	0766-287	1 comprimé, 100 mg	1 tablet, 100 mg	G					
B-21 **	0766-287	1 comprimé, 100 mg	1 tablet, 100 mg	G					
		CAPTOPRIL APOTEX 25 mg	APOTEX					ATC: C09AA01	
B-21	1549-641 1549-641	60 comprimés, 25 mg	60 tabletten, 25 mg	G					
B-21 *	0766-261	1 comprimé, 25 mg	1 tablet, 25 mg	G					
B-21 **	0766-261	1 comprimé, 25 mg	1 tablet, 25 mg	G					
		CAPTOPRIL MYLAN 100 mg (ex-DOCPHARMA)	MYLAN					ATC: C09AA01	
B-21	1487-107 1487-107	30 comprimés, 100 mg	30 tabletten, 100 mg	G					
		CO-CANDESARTAN SANDOZ 8 mg/12,5 mg	SANDOZ					ATC: C09DA06	
B-224	2895-134 2895-134	56 comprimés, 8 mg / 12,5 mg	56 tabletten, 8 mg / 12,5 mg	G					
		COLITOFALK	DR FALK PHARMA BENELUX					ATC: A07EC02	
B-55	0305-888 0305-888	10 suppositoires, 500 mg	10 zetpillen, 500 mg	R					
B-55 *	0739-185	1 suppositoire, 500 mg	1 zetpil, 500 mg	R					
B-55 **	0739-185	1 suppositoire, 500 mg	1 zetpil, 500 mg	R					
		COLITOFALK	DR FALK PHARMA BENELUX					ATC: A07EC02	
B-55	1065-036 1065-036	20 comprimés gastro-résistants, 500 mg	20 maagsapersistentes tabletten, 500 mg	R					

DOCCEFACLO 500		DOCPHARMA		ATC: J01DC04	
B-111	1533-884 1533-884	15 gélules, 500 mg	15 capsules, hard, 500 mg	G	
B-111 *	0764-803	1 gélule, 500 mg	1 capsule, hard, 500 mg	G	
B-111 **	0764-803	1 gélule, 500 mg	1 capsule, hard, 500 mg	G	
ESCITALOPRAM SANDOZ (IMPORT) 10 mg		SANDOZ		ATC: N06AB10	
B-73	2935-278 2935-278	28 comprimés pelliculés, 10 mg	28 filmomhulde tabletten, 10 mg	R	
B-73	2935-286 2935-286	56 comprimés pelliculés, 10 mg	56 filmomhulde tabletten, 10 mg	R	
B-73 *	7700-164	1 comprimé pelliculé, 10 mg	1 filmomhulde tablet, 10 mg	R	
B-73 **	7700-164	1 comprimé pelliculé, 10 mg	1 filmomhulde tablet, 10 mg	R	
ESCITALOPRAM SANDOZ (IMPORT) 20 mg		SANDOZ		ATC: N06AB10	
B-73	2935-294 2935-294	28 comprimés pelliculés, 20 mg	28 filmomhulde tabletten, 20 mg	R	
B-73 *	7700-172	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	R	
B-73 **	7700-172	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	R	
FLUCONAZOL DOCPHARMA 2 mg/ml		DOCPHARMA		ATC: J02AC01	
B-134 *	0789-362 0789-362	1 flacon injectable 100 ml solution pour perfusion et injection, 2 mg/ml (Conformément aux dispositions de l'article 95 du présent arrêté, le montant dû par l'assurance est calculé par 2 flacons injectables)	1 injectieflacon 100 ml oplossing voor infusie en injectie, 2 mg/ml (Conform de bepalingen van artikel 95 van dit besluit is het door de verzekering verschuldigde bedrag berekend per 2 injectieflacons)	G	
B-134 **	0789-362 0789-362	1 flacon injectable 100 ml solution pour perfusion et injection, 2 mg/ml (Conformément aux dispositions de l'article 95 du présent arrêté, le montant dû par l'assurance est calculé par 2 flacons injectables)	1 injectieflacon 100 ml oplossing voor infusie en injectie, 2 mg/ml (Conform de bepalingen van artikel 95 van dit besluit is het door de verzekering verschuldigde bedrag berekend per 2 injectieflacons)	G	
FLUCONAZOL DOCPHARMA 2 mg/ml		DOCPHARMA		ATC: J02AC01	
B-134 *	0789-370 0789-370	1 flacon injectable 200 ml solution pour perfusion, 2 mg/ml	1 injectieflacon 200 ml oplossing voor infusie, 2 mg/ml	G	
B-134 **	0789-370 0789-370	1 flacon injectable 200 ml solution pour perfusion, 2 mg/ml	1 injectieflacon 200 ml oplossing voor infusie, 2 mg/ml	G	
GLIMEPIRIDE APOTEX 2 mg		APOTEX		ATC: A10BB12	
A-12	2729-861 2729-861	90 comprimés, 2 mg	90 tabletten, 2 mg	G	
GLIMEPIRIDE APOTEX 4 mg		APOTEX		ATC: A10BB12	
A-12	2729-903 2729-903	90 comprimés, 4 mg	90 tabletten, 4 mg	G	
GLIMEPIRIDE SANDOZ 2 mg		SANDOZ		ATC: A10BB12	
A-12	2968-295 2968-295	100 comprimés, 2 mg	100 tabletten, 2 mg	G	
GLIMEPIRIDE SANDOZ 3 mg		SANDOZ		ATC: A10BB12	
A-12	2968-311 2968-311	100 comprimés, 3 mg	100 tabletten, 3 mg	G	
GLIMEPIRIDE SANDOZ 4 mg		SANDOZ		ATC: A10BB12	
A-12	2968-287 2968-287	100 comprimés, 4 mg	100 tabletten, 4 mg	G	

IRBESARTAN/HYDROCHLOORTHIAZIDE SANDOZ		SANDOZ		ATC: C09DA04	
B-224	2906-352	56 comprimés pelliculés, 12,5 mg / 150 mg	56 filmomhulde tabletten, 12,5 mg / 150 mg	G	
	2906-352				
B-224	2906-337	98 comprimés pelliculés, 12,5 mg / 150 mg	98 filmomhulde tabletten, 12,5 mg / 150 mg	G	
	2906-337				
LYOVAC COSMEGEN		LUNDBECK PHARMACEUTICALS IRELAND		ATC: L01DA01	
A-25	0055-111	1 flacon injectable 0,5 mg poudre pour solution pour perfusion, 0,5 mg	1 injectieflacon 0,5 mg poeder voor oplossing voor infusie, 0,5 mg		
	0055-111				
A-25 *	0711-101	1 flacon injectable 0,5 mg poudre pour solution pour perfusion, 0,5 mg	1 injectieflacon 0,5 mg poeder voor oplossing voor infusie, 0,5 mg		
A-25 **	0711-101	1 flacon injectable 0,5 mg poudre pour solution pour perfusion, 0,5 mg	1 injectieflacon 0,5 mg poeder voor oplossing voor infusie, 0,5 mg		
MINOCYCLINE MYLAN 100 mg		MYLAN		ATC: J01AA08	
B-118	2257-772	10 comprimés pelliculés, 100 mg	10 filmomhulde tabletten, 100 mg	G	
	2257-772				
MIRTAZAPINE APOTEX 45 mg		APOTEX		ATC: N06AX11	
B-73	2919-884	30 comprimés orodispersibles, 45 mg	30 orodispergeerbare tabletten, 45 mg	G	
	2919-884				
MIRTAZAPINE MYLAN 15 mg		MYLAN		ATC: N06AX11	
B-73	2476-372	60 comprimés orodispersibles, 15 mg	60 orodispergeerbare tabletten, 15 mg	G	
	2476-372				
NAPROXEN APOTEX 550 mg		APOTEX		ATC: M01AE02	
B-60	2168-540	30 comprimés, 550 mg	30 tabletten, 550 mg	G	
	2168-540				
B-60 *	0779-587	1 comprimé, 550 mg	1 tablet, 550 mg	G	
B-60 **	0779-587	1 comprimé, 550 mg	1 tablet, 550 mg	G	
OXYCODON SANDOZ 10 mg		SANDOZ		ATC: N02AA05	
B-56	2948-164	100 comprimés à libération prolongée, 10 mg	100 tabletten met verlengde afgifte, 10 mg	G	
	2948-164				
OXYCODON SANDOZ 20 mg		SANDOZ		ATC: N02AA05	
B-56	2948-172	100 comprimés à libération prolongée, 20 mg	100 tabletten met verlengde afgifte, 20 mg	G	
	2948-172				
OXYCODON SANDOZ 5 mg		SANDOZ		ATC: N02AA05	
B-56	2948-156	100 comprimés à libération prolongée, 5 mg	100 tabletten met verlengde afgifte, 5 mg	G	
	2948-156				
PERINDOPRIL MYLAN 4 mg		MYLAN		ATC: C09AA04	
B-21	2551-265	90 comprimés, 4 mg	90 tabletten, 4 mg	G	
	2551-265				
PIROXICAM APOTEX		APOTEX		ATC: M01AC01	
B-63	1464-130	30 comprimés, 20 mg	30 tabletten, 20 mg	G	
	1464-130				
B-63 *	0760-330	1 comprimé, 20 mg	1 tablet, 20 mg	G	
B-63 **	0760-330	1 comprimé, 20 mg	1 tablet, 20 mg	G	
SPIRONOLACTONE APOTEX 100 mg		APOTEX		ATC: C03DA01	
B-27	1632-694	50 comprimés, 100 mg	50 tabletten, 100 mg	G	
	1632-694				
B-27 *	0767-566	1 comprimé, 100 mg	1 tablet, 100 mg	G	
B-27 **	0767-566	1 comprimé, 100 mg	1 tablet, 100 mg	G	

SULPIRIDE MYLAN 200 mg		MYLAN		ATC: N05AL01	
B-72	1480-706 1480-706	12 comprimés, 200 mg	12 tabletten, 200 mg	G	
TRAMADOL MYLAN 50 mg		MYLAN		ATC: N02AX02	
B-56	2181-618 2181-618	30 comprimés, 50 mg	30 tabletten, 50 mg	G	
TRAMADOL RETARD MYLAN 100 mg		MYLAN		ATC: N02AX02	
B-56	1777-150 1777-150	30 comprimés à libération prolongée, 100 mg	30 tabletten met verlengde afgifte, 100 mg	C	
TRAMADOL RETARD MYLAN 150 mg		MYLAN		ATC: N02AX02	
B-56	1777-143 1777-143	20 comprimés à libération prolongée, 150 mg	20 tabletten met verlengde afgifte, 150 mg	C	
TRAMADOL RETARD MYLAN 200 mg		MYLAN		ATC: N02AX02	
B-56	1777-135 1777-135	20 comprimés à libération prolongée, 200 mg	20 tabletten met verlengde afgifte, 200 mg	C	

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

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

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm	Prix Prijs	Base de remb. Basis van tegemeetk <i>ex-usine / buiten bedrijf</i>	I	II
ACCUPRIL 40 mg		PFIZER		ATC: C09AA06				
B-21	1578-129 1578-129	56 comprimés pelliculés, 40 mg	56 filmomhulde tabletten, 40 mg	R	26,60 17,6000	26,60 17,6000	4,32	7,25
B-21 *	0765-156	1 comprimé pelliculé, 40 mg	1 filmomhulde tablet, 40 mg	R	0,4055	0,4055	+0,0000	+0,0000
B-21 **	0765-156	1 comprimé pelliculé, 40 mg	1 filmomhulde tablet, 40 mg	R	0,3332	0,3332		
ACCUPRIL 40 mg (Impexeco)		IMPEXECO		ATC: C09AA06				
B-21	2066-959 2066-959	56 comprimés pelliculés, 40 mg	56 filmomhulde tabletten, 40 mg	R	28,15 18,9700	26,60 17,6000	5,87	8,80
B-21 *	0776-922	1 comprimé pelliculé, 40 mg	1 filmomhulde tablet, 40 mg	R	0,4371	0,4055	+0,0316	+0,0316
B-21 **	0776-922	1 comprimé pelliculé, 40 mg	1 filmomhulde tablet, 40 mg	R	0,3591	0,3332		
ACCUPRIL 5 mg		PFIZER		ATC: C09AA06				
B-21	0456-988 0456-988	28 comprimés pelliculés, 5 mg	28 filmomhulde tabletten, 5 mg	R	5,64 0,8100	5,64 0,8100	0,21	0,36
B-21 *	0735-142	1 comprimé pelliculé, 5 mg	1 filmomhulde tablet, 5 mg	R	0,0375	0,0375	+0,0000	+0,0000
B-21 **	0735-142	1 comprimé pelliculé, 5 mg	1 filmomhulde tablet, 5 mg	R	0,0307	0,0307		
ACCURETIC (PharmaPartner)		PHARMAPARTNER		ATC: C09BA06				
B-21	2154-813 2154-813	28 comprimés pelliculés, 20 mg / 12,5 mg	28 filmomhulde tabletten, 20 mg / 12,5 mg	R	12,30 6,1900	10,43 4,7300	3,12	3,96
B-21 *	0776-971	1 comprimé pelliculé, 20 mg / 12,5 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg / 12,5 mg	R	0,2854	0,2179	+0,0675	+0,0675
B-21 **	0776-971	1 comprimé pelliculé, 20 mg / 12,5 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg / 12,5 mg	R	0,2343	0,1789		
ACCURETIC 20/12,5		PFIZER		ATC: C09BA06				
B-21	1088-681 1088-681	28 comprimés pelliculés, 20 mg / 12,5 mg	28 filmomhulde tabletten, 20 mg / 12,5 mg	R	10,43 4,7300	10,43 4,7300	1,25	2,09
B-21 *	0741-611	1 comprimé pelliculé, 20 mg / 12,5 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg / 12,5 mg	R	0,2179	0,2179	+0,0000	+0,0000
B-21 **	0741-611	1 comprimé pelliculé, 20 mg / 12,5 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg / 12,5 mg	R	0,1789	0,1789		

AMLOBEMED 10 mg		3DDD PHARMA		ATC: C08CA01				
B-20	2926-566	30 comprimés, 10 mg	30 tabletten, 10 mg	G	10,76	10,76	1,32	2,21
	2926-566				4,9900	4,9900		
B-20	2926-574	100 comprimés, 10 mg	100 tabletten, 10 mg	G	29,56	29,56	4,74	7,96
	2926-574				20,2200	20,2200		
B-20 *	0751-875	1 comprimé, 10 mg	1 tablet, 10 mg	G	0,2609	0,2609		
B-20 **	0751-875	1 comprimé, 10 mg	1 tablet, 10 mg	G	0,2143	0,2143		
AMLOBEMED 5 mg		3DDD PHARMA		ATC: C08CA01				
B-20	2926-541	30 comprimés, 5 mg	30 tabletten, 5 mg	G	11,37	11,37	1,45	2,42
	2926-541				5,4700	5,4700		
B-20	2926-558	100 comprimés, 5 mg	100 tabletten, 5 mg	G	14,18	14,18	2,03	3,39
	2926-558				7,6600	7,6600		
B-20 *	0750-786	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	G	0,0989	0,0989		
B-20 **	0750-786	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	G	0,0812	0,0812		
AMLODIPINE APOTEX 10 mg		APOTEX		ATC: C08CA01				
B-20	2367-464	30 comprimés, 10 mg	30 tabletten, 10 mg	G	10,76	10,76	1,32	2,21
	2367-464				4,9900	4,9900		
B-20	2367-449	100 comprimés, 10 mg	100 tabletten, 10 mg	G	29,56	29,56	4,74	7,96
	2367-449				20,2200	20,2200		
B-20 *	0785-899	1 comprimé, 10 mg	1 tablet, 10 mg	G	0,2609	0,2609		
B-20 **	0785-899	1 comprimé, 10 mg	1 tablet, 10 mg	G	0,2143	0,2143		
AMLODIPINE APOTEX 5 mg		APOTEX		ATC: C08CA01				
B-20	2367-324	28 comprimés, 5 mg	28 tabletten, 5 mg	G	10,91	10,91	1,35	2,25
	2367-324				5,1000	5,1000		
B-20	2367-357	56 comprimés, 5 mg	56 tabletten, 5 mg	G	11,82	11,82	1,54	2,57
	2367-357				5,8200	5,8200		
B-20	2367-290	98 comprimés, 5 mg	98 tabletten, 5 mg	G	13,99	13,99	1,99	3,32
	2367-290				7,5100	7,5100		
B-20 *	0785-881	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	G	0,0989	0,0989		
B-20 **	0785-881	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	G	0,0812	0,0812		
AMLODIPINE BESILAAAT SANDOZ 10 mg		SANDOZ		ATC: C08CA01				
B-20	2399-665	30 comprimés, 10 mg	30 tabletten, 10 mg	G	10,76	10,76	1,32	2,21
	2399-665				4,9900	4,9900		
B-20	2399-657	100 comprimés, 10 mg	100 tabletten, 10 mg	G	29,56	29,56	4,74	7,96
	2399-657				20,2200	20,2200		
B-20 *	0786-079	1 comprimé, 10 mg	1 tablet, 10 mg	G	0,2609	0,2609		
B-20 **	0786-079	1 comprimé, 10 mg	1 tablet, 10 mg	G	0,2143	0,2143		
AMLODIPINE BESILAAAT SANDOZ 5 mg		SANDOZ		ATC: C08CA01				
B-20	2399-590	60 comprimés, 5 mg	60 tabletten, 5 mg	G	12,37	12,37	1,65	2,76
	2399-590				6,2400	6,2400		
B-20	2399-640	100 comprimés, 5 mg	100 tabletten, 5 mg	G	14,18	14,18	2,03	3,39
	2399-640				7,6600	7,6600		
B-20 *	0786-061	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	G	0,0989	0,0989		
B-20 **	0786-061	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	G	0,0812	0,0812		
AMLODIPINE BESILAAAT SANDOZ 5 mg (Impexeco) IMPEXECO		IMPEXECO		ATC: C08CA01				
B-20	2926-582	100 comprimés, 5 mg	100 tabletten, 5 mg	G	14,18	14,18	2,03	3,39
	2926-582				7,6600	7,6600		
B-20 *	0786-061	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	G	0,0989	0,0989		
B-20 **	0786-061	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	G	0,0812	0,0812		

AMLODIPINE BESILATE EG 10 mg		EUROGENERICIS		ATC: C08CA01				
B-20	2430-353 2430-353	30 comprimés, 10 mg	30 tabletten, 10 mg	G	10,76 4,9900	10,76 4,9900	1,32	2,21
AMLODIPINE BESILATE EG 5 mg		EUROGENERICIS		ATC: C08CA01				
B-20	2430-361 2430-361	28 comprimés, 5 mg	28 tabletten, 5 mg	G	10,91 5,1000	10,91 5,1000	1,35	2,25
B-20	2430-379 2430-379	56 comprimés, 5 mg	56 tabletten, 5 mg	G	11,82 5,8200	11,82 5,8200	1,54	2,57
B-20	2430-387 2430-387	98 comprimés, 5 mg	98 tabletten, 5 mg	G	13,99 7,5100	13,99 7,5100	1,99	3,32
B-20 *	0786-855	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	G	0,0989	0,0989		
B-20 **	0786-855	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	G	0,0812	0,0812		
AMLODIPINE BESILATE MYLAN 5 mg		MYLAN		ATC: C08CA01				
B-20	2761-138 2761-138	30 comprimés, 5 mg	30 tabletten, 5 mg	G	11,37 5,4700	11,37 5,4700	1,45	2,42
B-20	2761-146 2761-146	100 comprimés, 5 mg	100 tabletten, 5 mg	G	14,18 7,6600	14,18 7,6600	2,03	3,39
B-20 *	0759-472	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	G	0,0989	0,0989		
B-20 **	0759-472	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	G	0,0812	0,0812		
AMLODIPINE EG 10 mg		EUROGENERICIS		ATC: C08CA01				
B-20	2155-786 2155-786	30 comprimés, 10 mg	30 tabletten, 10 mg	C	10,76 4,9900	10,76 4,9900	1,32	2,21
AMLODIPINE EG 5 mg		EUROGENERICIS		ATC: C08CA01				
B-20	2155-794 2155-794	28 comprimés, 5 mg	28 tabletten, 5 mg	C	10,91 5,1000	10,91 5,1000	1,35	2,25
B-20	2155-802 2155-802	56 comprimés, 5 mg	56 tabletten, 5 mg	C	11,82 5,8200	11,82 5,8200	1,54	2,57
B-20	2168-565 2168-565	98 comprimés, 5 mg	98 tabletten, 5 mg	C	13,99 7,5100	13,99 7,5100	1,99	3,32
B-20 *	0778-167	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	C	0,0989	0,0989		
B-20 **	0778-167	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	C	0,0812	0,0812		
AMLODIPINE EG 5 mg (PI-Pharma)		PI-PHARMA		ATC: C08CA01				
B-20	2630-762 2630-762	98 comprimés, 5 mg	98 tabletten, 5 mg	C	13,99 7,5100	13,99 7,5100	1,99	3,32
B-20 *	0794-149	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	C	0,0989	0,0989		
B-20 **	0794-149	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	C	0,0812	0,0812		
AMLODIPINE MYLAN 10 mg		MYLAN		ATC: C08CA01				
B-20	2169-340 2169-340	30 comprimés, 10 mg	30 tabletten, 10 mg	G	10,76 4,9900	10,76 4,9900	1,32	2,21
AMLODIPINE SANDOZ 10 mg (PI-Pharma)		PI-PHARMA		ATC: C08CA01				
B-20	2375-756 2375-756	100 comprimés, 10 mg	100 tabletten, 10 mg	C	29,56 20,2200	29,56 20,2200	4,74	7,96
B-20 *	0784-926	1 comprimé, 10 mg	1 tablet, 10 mg	C	0,2609	0,2609		
B-20 **	0784-926	1 comprimé, 10 mg	1 tablet, 10 mg	C	0,2143	0,2143		
AMLODIPINE SANDOZ 5 mg (PI-Pharma)		PI-PHARMA		ATC: C08CA01				
B-20	2375-723 2375-723	28 comprimés, 5 mg	28 tabletten, 5 mg	C	10,91 5,1000	10,91 5,1000	1,35	2,25
B-20	2375-731 2375-731	56 comprimés, 5 mg	56 tabletten, 5 mg	C	11,82 5,8200	11,82 5,8200	1,54	2,57
B-20	2375-749 2375-749	100 comprimés, 5 mg	100 tabletten, 5 mg	C	14,18 7,6600	14,18 7,6600	2,03	3,39
B-20 *	0784-918	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	C	0,0989	0,0989		
B-20 **	0784-918	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	C	0,0812	0,0812		

AMLOGAL DIVULE 10 mg		LABORATOIRES SMB		ATC: C08CA01				
B-20	2215-853	28 comprimés enrobés, 10 mg	28 omhulde tabletten, 10 mg	C	10,34	10,34	1,24	2,06
	2215-853				4,6600	4,6600		
B-20	2215-861	98 comprimés enrobés, 10 mg	98 omhulde tabletten, 10 mg	C	29,12	29,12	4,67	7,85
	2215-861				19,8200	19,8200		
B-20 *	0780-866	1 comprimé enrobé, 10 mg	1 omhulde tablet, 10 mg	C	0,2610	0,2610		
B-20 **	0780-866	1 comprimé enrobé, 10 mg	1 omhulde tablet, 10 mg	C	0,2144	0,2144		
AMLOR 5 mg		PFIZER		ATC: C08CA01				
B-20	0447-706	28 gélules, 5 mg	28 capsules, hard, 5 mg	R	11,91	10,91	2,35	3,25
	0447-706				5,8900	5,1000		
B-20	1799-501	56 gélules, 5 mg	56 capsules, hard, 5 mg	R	14,78	11,82	4,50	5,53
	1799-501				8,1200	5,8200		
B-20	2837-409	98 gélules, 5 mg	98 capsules, hard, 5 mg	R	13,99	13,99	1,99	3,32
	2837-409				7,5100	7,5100		
B-20 *	0734-459	1 gélule, 5 mg	1 capsule, hard, 5 mg	R	0,0766	0,0766	+0,0000	+0,0000
B-20 **	0734-459	1 gélule, 5 mg	1 capsule, hard, 5 mg	R	0,0630	0,0630		
AMLOR 10 mg		PFIZER		ATC: C08CA01				
B-20	1588-581	30 gélules, 10 mg	30 capsules, hard, 10 mg	R	13,45	10,76	4,01	4,90
	1588-581				7,0900	4,9900		
B-20	1752-542	100 gélules, 10 mg	100 capsules, hard, 10 mg	R	36,94	29,56	12,12	15,34
	1752-542				26,7300	20,2200		
B-20 *	0767-384	1 gélule, 10 mg	1 capsule, hard, 10 mg	R	0,3450	0,2609	+0,0841	+0,0841
B-20 **	0767-384	1 gélule, 10 mg	1 capsule, hard, 10 mg	R	0,2833	0,2143		
AURORIX		MEDA PHARMA		ATC: N06AG02				
B-212	0291-963	100 comprimés pelliculés, 150 mg	100 filmomhulde tabletten, 150 mg	R	33,63	26,90	11,09	14,05
	0291-963				23,8000	17,8700		
B-212 *	0741-355	1 comprimé pelliculé, 150 mg	1 filmomhulde tablet, 150 mg	R	0,3071	0,2306	+0,0765	+0,0765
B-212 **	0741-355	1 comprimé pelliculé, 150 mg	1 filmomhulde tablet, 150 mg	R	0,2523	0,1894		
CAPOTEN 25 mg (Impexeco)		IMPEXECO		ATC: C09AA01				
B-21	2675-700	60 comprimés, 25 mg	60 tabletten, 25 mg	R	9,62	7,70	2,61	3,07
	2675-700				4,1000	2,6000		
B-21 *	0795-989	1 comprimé, 25 mg	1 tablet, 25 mg	R	0,0882	0,0560	+0,0322	+0,0322
B-21 **	0795-989	1 comprimé, 25 mg	1 tablet, 25 mg	R	0,0725	0,0460		
CAPOTEN 50 mg (Impexeco)		IMPEXECO		ATC: C09AA01				
B-21	2675-718	60 comprimés, 50 mg	60 tabletten, 50 mg	R	12,14	9,71	3,54	4,27
	2675-718				6,0600	4,1700		
B-21 *	0795-997	1 comprimé, 50 mg	1 tablet, 50 mg	R	0,1303	0,0897	+0,0406	+0,0406
B-21 **	0795-997	1 comprimé, 50 mg	1 tablet, 50 mg	R	0,1070	0,0737		
CAPOTEN 25 mg		BRISTOL-MYERS SQUIBB BELGIUM		ATC: C09AA01				
B-21	1572-486	60 comprimés, 25 mg	60 tabletten, 25 mg	R	9,62	7,70	2,61	3,07
	1572-486				4,1000	2,6000		
B-21 *	0726-604	1 comprimé, 25 mg	1 tablet, 25 mg	R	0,0882	0,0560	+0,0322	+0,0322
B-21 **	0726-604	1 comprimé, 25 mg	1 tablet, 25 mg	R	0,0725	0,0460		
CAPOTEN 50 mg		BRISTOL-MYERS SQUIBB BELGIUM		ATC: C09AA01				
B-21	1572-494	60 comprimés, 50 mg	60 tabletten, 50 mg	R	12,13	9,71	3,53	4,26
	1572-494				6,0500	4,1700		
B-21 *	0726-612	1 comprimé, 50 mg	1 tablet, 50 mg	R	0,1302	0,0897	+0,0405	+0,0405
B-21 **	0726-612	1 comprimé, 50 mg	1 tablet, 50 mg	R	0,1068	0,0737		

CAPTOPRIL APOTEX 50 mg		APOTEX		ATC: C09AA01			
B-21	1549-625 1549-625	60 comprimés, 50 mg	60 tabletten, 50 mg	G	9,71 4,1700	9,71 4,1700	1,11 1,84
B-21 *	0766-279	1 comprimé, 50 mg	1 tablet, 50 mg	G	0,0897	0,0897	
B-21 **	0766-279	1 comprimé, 50 mg	1 tablet, 50 mg	G	0,0737	0,0737	
CAPTOPRIL EG 100 mg		EUROGENERIC		ATC: C09AA01			
B-21	1622-737 1622-737	30 comprimés, 100 mg	30 tabletten, 100 mg	G	9,90 4,3200	9,90 4,3200	1,15 1,91
B-21	1622-745 1622-745	60 comprimés, 100 mg	60 tabletten, 100 mg	G	13,27 6,9500	13,27 6,9500	1,84 3,07
B-21 *	0766-774	1 comprimé, 100 mg	1 tablet, 100 mg	G	0,1495	0,1495	
B-21 **	0766-774	1 comprimé, 100 mg	1 tablet, 100 mg	G	0,1228	0,1228	
CAPTOPRIL EG 25 mg		EUROGENERIC		ATC: C09AA01			
B-21	1770-692 1770-692	60 comprimés, 25 mg	60 tabletten, 25 mg	G	7,70 2,6000	7,70 2,6000	0,69 1,15
B-21 *	0766-782	1 comprimé, 25 mg	1 tablet, 25 mg	G	0,0560	0,0560	
B-21 **	0766-782	1 comprimé, 25 mg	1 tablet, 25 mg	G	0,0460	0,0460	
CAPTOPRIL EG 50 mg		EUROGENERIC		ATC: C09AA01			
B-21	1770-700 1770-700	60 comprimés, 50 mg	60 tabletten, 50 mg	G	9,71 4,1700	9,71 4,1700	1,11 1,84
B-21 *	0766-766	1 comprimé, 50 mg	1 tablet, 50 mg	G	0,0897	0,0897	
B-21 **	0766-766	1 comprimé, 50 mg	1 tablet, 50 mg	G	0,0737	0,0737	
CAPTOPRIL KELA 100 mg		KELA PHARMA		ATC: C09AA01			
B-21	2051-480 2051-480	60 comprimés, 100 mg	60 tabletten, 100 mg	G	13,27 6,9500	13,27 6,9500	1,84 3,07
B-21 *	0775-049	1 comprimé, 100 mg	1 tablet, 100 mg	G	0,1495	0,1495	
B-21 **	0775-049	1 comprimé, 100 mg	1 tablet, 100 mg	G	0,1228	0,1228	
CAPTOPRIL KELA 25 mg		KELA PHARMA		ATC: C09AA01			
B-21	2065-696 2065-696	60 comprimés, 25 mg	60 tabletten, 25 mg	G	7,70 2,6000	7,70 2,6000	0,69 1,15
B-21 *	0775-023	1 comprimé, 25 mg	1 tablet, 25 mg	G	0,0560	0,0560	
B-21 **	0775-023	1 comprimé, 25 mg	1 tablet, 25 mg	G	0,0460	0,0460	
CAPTOPRIL KELA 50 mg		KELA PHARMA		ATC: C09AA01			
B-21	2051-530 2051-530	60 comprimés, 50 mg	60 tabletten, 50 mg	G	9,71 4,1700	9,71 4,1700	1,11 1,84
B-21 *	0775-031	1 comprimé, 50 mg	1 tablet, 50 mg	G	0,0897	0,0897	
B-21 **	0775-031	1 comprimé, 50 mg	1 tablet, 50 mg	G	0,0737	0,0737	
CAPTOPRIL MYLAN 25 mg		MYLAN		ATC: C09AA01			
B-21	1517-549 1517-549	45 comprimés, 25 mg	45 tabletten, 25 mg	G	6,92 1,9500	6,92 1,9500	0,52 0,86
CAPTOPRIL MYLAN 50 mg		MYLAN		ATC: C09AA01			
B-21	1517-523 1517-523	45 comprimés, 50 mg	45 tabletten, 50 mg	G	8,37 3,1300	8,37 3,1300	0,83 1,38
CAPTOPRIL MYLAN 100 mg (ex-DOCPHARMA)		MYLAN		ATC: C09AA01			
B-21	1523-950 1523-950	60 comprimés, 100 mg	60 tabletten, 100 mg	G	13,27 6,9500	13,27 6,9500	1,84 3,07
B-21 *	0764-100	1 comprimé, 100 mg	1 tablet, 100 mg	G	0,1495	0,1495	
B-21 **	0764-100	1 comprimé, 100 mg	1 tablet, 100 mg	G	0,1228	0,1228	

CAPTOPRIL SANDOZ 50 mg		SANDOZ				ATC: C09AA01		
B-21	2393-015	90 comprimés, 50 mg	90 tabletten, 50 mg	G	21,95	21,95	3,64	6,06
	2393-015				13,7100	13,7100		
B-21 *	0776-898	1 comprimé, 50 mg	1 tablet, 50 mg	G	0,1966	0,1966		
B-21 **	0776-898	1 comprimé, 50 mg	1 tablet, 50 mg	G	0,1614	0,1614		
CITALOPRAM EG 20 mg		EUROGENERICS				ATC: N06AB04		
B-73	1770-718	28 comprimés pelliculés, 20 mg	28 filmomhulde tabletten, 20 mg	G	15,20	15,20	2,24	3,73
	1770-718				8,4500	8,4500		
B-73	2116-945	98 comprimés pelliculés, 20 mg	98 filmomhulde tabletten, 20 mg	G	34,95	34,95	5,49	9,24
	2116-945				24,9600	24,9600		
B-73 *	0772-681	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	G	0,3287	0,3287		
B-73 **	0772-681	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	G	0,2700	0,2700		
CITALOPRAM EG 20 mg (PI-Pharma)		PI-PHARMA				ATC: N06AB04		
B-73	2669-232	98 comprimés pelliculés, 20 mg	98 filmomhulde tabletten, 20 mg	G	34,95	34,95	5,49	9,24
	2669-232				24,9600	24,9600		
B-73 *	0792-986	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	G	0,3287	0,3287		
B-73 **	0792-986	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	G	0,2700	0,2700		
CITALOPRAM MYLAN 20 mg		MYLAN				ATC: N06AB04		
B-73	1776-624	60 comprimés pelliculés, 20 mg	60 filmomhulde tabletten, 20 mg	G	24,71	24,71	4,05	6,80
	1776-624				15,9300	15,9300		
B-73 *	0774-299	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	G	0,3427	0,3427		
B-73 **	0774-299	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	G	0,2815	0,2815		
CITALOPRAM SANDOZ 20 mg		SANDOZ				ATC: N06AB04		
B-73	2220-697	100 comprimés pelliculés, 20 mg	100 filmomhulde tabletten, 20 mg	G	35,52	35,52	5,58	9,38
	2220-697				25,4700	25,4700		
B-73 *	0777-037	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	G	0,3287	0,3287		
B-73 **	0777-037	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	G	0,2700	0,2700		
CITALOPRAM SANDOZ 20 mg (PI-Pharma)		PI-PHARMA				ATC: N06AB04		
B-73	2711-976	100 comprimés pelliculés, 20 mg	100 filmomhulde tabletten, 20 mg	G	35,52	35,52	5,58	9,38
	2711-976				25,4700	25,4700		
B-73 *	0794-172	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	G	0,3287	0,3287		
B-73 **	0794-172	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	G	0,2700	0,2700		
CITALOPRAM-RATIOPHARM 20 mg		TEVA PHARMA BELGIUM				ATC: N06AB04		
B-73	2435-048	100 comprimés pelliculés, 20 mg	100 filmomhulde tabletten, 20 mg	G	35,52	35,52	5,58	9,38
	2435-048				25,4700	25,4700		
B-73 *	0772-608	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	G	0,3287	0,3287		
B-73 **	0772-608	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	G	0,2700	0,2700		
CO-ENALAPRIL SANDOZ 20/12,5 mg		SANDOZ				ATC: C09BA02		
B-21	1757-095	56 comprimés, 20 mg / 12,5 mg	56 tabletten, 20 mg / 12,5 mg	G	10,43	10,43	1,25	2,09
	1757-095				4,7300	4,7300		
B-21	1757-087	98 comprimés, 12,5 mg / 20 mg	98 tabletten, 12,5 mg / 20 mg	G	15,11	15,11	2,22	3,70
	1757-087				8,3700	8,3700		
B-21 *	0772-863	1 comprimé, 20 mg / 12,5 mg	1 tablet, 20 mg / 12,5 mg	G	0,1102	0,1102		
B-21 **	0772-863	1 comprimé, 20 mg / 12,5 mg	1 tablet, 20 mg / 12,5 mg	G	0,0905	0,0905		
CO-LISINOPRIL EG 20/12,5 mg		EUROGENERICS				ATC: C09BA03		
B-21	2154-714	98 comprimés, 20 mg / 12,5 mg	98 tabletten, 20 mg / 12,5 mg	G	26,70	26,70	4,33	7,28
	2154-714				17,6900	17,6900		
B-21 *	0778-183	1 comprimé, 20 mg / 12,5 mg	1 tablet, 20 mg / 12,5 mg	G	0,2330	0,2330		
B-21 **	0778-183	1 comprimé, 20 mg / 12,5 mg	1 tablet, 20 mg / 12,5 mg	G	0,1913	0,1913		

CO-LISINOPRIL MYLAN 20/12,5 mg		MYLAN				ATC: C09BA03			
B-21	2188-019	100 comprimés, 20 mg / 12,5 mg	100 tabletten, 20 mg / 12,5 mg	G	27,10	27,10	4,39	7,37	
	2188-019				18,0500	18,0500			
B-21 *	0779-249	1 comprimé, 20 mg / 12,5 mg	1 tablet, 20 mg / 12,5 mg	G	0,2329	0,2329			
B-21 **	0779-249	1 comprimé, 20 mg / 12,5 mg	1 tablet, 20 mg / 12,5 mg	G	0,1913	0,1913			
CO-QUINAPRIL EG 20/12,5 mg		EUROGENERIC				ATC: C09BA06			
B-21	2249-498	98 comprimés pelliculés, 20 mg / 12,5 mg	98 filmomhulde tabletten, 20 mg / 12,5 mg	G	24,91	24,91	4,08	6,85	
	2249-498				16,1100	16,1100			
B-21 *	0780-734	1 comprimé pelliculé, 20 mg / 12,5 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg / 12,5 mg	G	0,2121	0,2121			
B-21 **	0780-734	1 comprimé pelliculé, 20 mg / 12,5 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg / 12,5 mg	G	0,1743	0,1743			
CO-QUINAPRIL SANDOZ 20/12,5 mg (ex-BEXAL)		SANDOZ				ATC: C09BA06			
B-21	2312-528	56 comprimés pelliculés, 20 mg / 12,5 mg	56 filmomhulde tabletten, 20 mg / 12,5 mg	G	15,68	15,68	2,34	3,90	
	2312-528				8,8300	8,8300			
CO-RENITEC		MSD BELGIUM				ATC: C09BA02			
B-21	1373-505	56 comprimés, 20 mg / 12,5 mg	56 tabletten, 20 mg / 12,5 mg	R	13,03	10,43	3,85	4,69	
	1373-505				6,7600	4,7300			
B-21	1459-791	98 comprimés, 20 mg / 12,5 mg	98 tabletten, 20 mg / 12,5 mg	R	18,89	15,11	6,00	7,48	
	1459-791				11,3300	8,3700			
B-21 *	0734-277	1 comprimé, 20 mg / 12,5 mg	1 tablet, 20 mg / 12,5 mg	R	0,1492	0,1102	+0,0390	+0,0390	
B-21 **	0734-277	1 comprimé, 20 mg / 12,5 mg	1 tablet, 20 mg / 12,5 mg	R	0,1226	0,0905			
COVERAM 5 mg/10 mg (Impexeco)		IMPEXECO				ATC: C09BB04			
B-21	2854-560	90 comprimés, 5 mg / 10 mg	90 tabletten, 5 mg / 10 mg		61,22	61,22	9,20	14,50	
	2854-560				48,1300	48,1300			
B-21 *	0756-114	1 comprimé, 5 mg / 10 mg	1 tablet, 5 mg / 10 mg		0,6459	0,6459			
B-21 **	0756-114	1 comprimé, 5 mg / 10 mg	1 tablet, 5 mg / 10 mg		0,5669	0,5669			
COVERSYL 10 mg (Impexeco)		IMPEXECO				ATC: C09AA04			
B-21	2767-499	60 comprimés pelliculés, 10 mg	60 filmomhulde tabletten, 10 mg	R	32,91	32,91	5,21	8,76	
	2767-499				23,1700	23,1700			
B-21	2767-507	90 comprimés pelliculés, 10 mg	90 filmomhulde tabletten, 10 mg	R	42,82	42,82	6,61	11,12	
	2767-507				31,9100	31,9100			
B-21 *	0759-019	1 comprimé pelliculé, 10 mg	1 filmomhulde tablet, 10 mg	R	0,4548	0,4548	+0,0000	+0,0000	
B-21 **	0759-019	1 comprimé pelliculé, 10 mg	1 filmomhulde tablet, 10 mg	R	0,3758	0,3758			
DILTIAZEM TEVA 60 mg		TEVA PHARMA BELGIUM				ATC: C08DB01			
B-6	1517-168	100 comprimés, 60 mg	100 tabletten, 60 mg	G	9,43	9,43	1,05	1,75	
	1517-168				3,9600	3,9600			
EFEXOR -EXEL 150 mg		PFIZER				ATC: N06AX16			
B-73	2066-942	28 gélules à libération prolongée, 150 mg	28 capsules met verlengde afgifte, hard, 150 mg	R	19,93	19,93	3,22	5,37	
	2066-942				12,1400	12,1400			
B-73	2525-491	56 gélules à libération prolongée, 150 mg	56 capsules met verlengde afgifte, hard, 150 mg	R	34,66	34,66	5,46	9,17	
	2525-491				24,7200	24,7200			
B-73	2525-467	98 gélules à libération prolongée, 150 mg	98 capsules met verlengde afgifte, hard, 150 mg	R	56,18	56,18	8,49	14,30	
	2525-467				43,6900	43,6900			
B-73 *	0774-786	1 gélule à libération prolongée, 150 mg	1 capsule met verlengde afgifte, hard, 150 mg	R	0,5451	0,5451	+0,0000	+0,0000	
B-73 **	0774-786	1 gélule à libération prolongée, 150 mg	1 capsule met verlengde afgifte, hard, 150 mg	R	0,4726	0,4726			
EFEXOR -EXEL 75 mg		PFIZER				ATC: N06AX16			
B-73	1451-830	28 gélules à libération prolongée, 75 mg	28 capsules met verlengde afgifte, hard, 75 mg	R	11,01	11,01	1,38	2,29	
	1451-830				5,1900	5,1900			

B-73	2525-442	56 gélules à libération prolongée, 75 mg	56 capsules met verlengde afgifte, hard, 75 mg	R	21,47	21,47	3,54	5,89
	2525-442				13,3300	13,3300		
B-73	2525-384	98 gélules à libération prolongée, 75 mg	98 capsules met verlengde afgifte, hard, 75 mg	R	35,87	35,87	5,62	9,46
	2525-384				25,7800	25,7800		
B-73 *	0763-235	1 gélule à libération prolongée, 75 mg	1 capsule met verlengde afgifte, hard, 75 mg	R	0,3395	0,3395	+0,0000	+0,0000
B-73 **	0763-235	1 gélule à libération prolongée, 75 mg	1 capsule met verlengde afgifte, hard, 75 mg	R	0,2789	0,2789		
ENALAPRIL EG 5 mg		EUROGENERICs			ATC: C09AA02			
B-21	1670-777	28 comprimés, 5 mg	28 tabletten, 5 mg	G	6,26	6,26	0,36	0,61
	1670-777				1,3700	1,3700		
B-21 *	0768-697	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	G	0,0632	0,0632		
B-21 **	0768-697	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	G	0,0518	0,0518		
ENALAPRIL MYLAN 20 mg		MYLAN			ATC: C09AA02			
B-21	1588-607	56 comprimés sécables, 20 mg	56 deelbare tabletten, 20 mg	G	11,51	11,51	1,48	2,46
	1588-607				5,5700	5,5700		
B-21 *	0766-295	1 comprimé sécable, 20 mg	1 deelbare tablet, 20 mg	G	0,1284	0,1284		
B-21 **	0766-295	1 comprimé sécable, 20 mg	1 deelbare tablet, 20 mg	G	0,1054	0,1054		
ENALAPRIL SANDOZ 20 mg		SANDOZ			ATC: C09AA02			
B-21	1576-883	56 comprimés, 20 mg	56 tabletten, 20 mg	G	11,51	11,51	1,48	2,46
	1576-883				5,5700	5,5700		
FELODIPINE EG Retard 5 mg		EUROGENERICs			ATC: C08CA02			
B-20	2072-767	28 comprimés à libération prolongée, 5 mg	28 tabletten met verlengde afgifte, 5 mg	G	8,02	8,02	0,76	1,26
	2072-767				2,8600	2,8600		
FELODIPINE RETARD MYLAN 5 mg		MYLAN			ATC: C08CA02			
B-20	1731-165	30 comprimés à libération prolongée, 5 mg	30 tabletten met verlengde afgifte, 5 mg	G	8,30	8,30	0,81	1,36
	1731-165				3,0700	3,0700		
B-20 *	0775-189	1 comprimé à libération prolongée, 5 mg	1 tablet met verlengde afgifte, 5 mg	G	0,1320	0,1320		
B-20 **	0775-189	1 comprimé à libération prolongée, 5 mg	1 tablet met verlengde afgifte, 5 mg	G	0,1083	0,1083		
FLOXYFRAL		ABBOTT PRODUCTS			ATC: N06AB08			
B-73	1466-317	30 comprimés pelliculés, 100 mg	30 filmomhulde tabletten, 100 mg	R	17,98	14,38	5,67	7,06
	1466-317				10,6200	7,8200		
B-73 *	0733-329	1 comprimé pelliculé, 100 mg	1 filmomhulde tablet, 100 mg	R	0,4570	0,3363	+0,1207	+0,1207
B-73 **	0733-329	1 comprimé pelliculé, 100 mg	1 filmomhulde tablet, 100 mg	R	0,3753	0,2763		
FLUOX 20 mg		SOCOBOM			ATC: N06AB03			
B-73	1612-704	28 gélules, 20 mg	28 capsules, hard, 20 mg	G	9,66	9,66	1,10	1,83
	1612-704				4,1300	4,1300		
B-73 *	0767-111	1 gélule, 20 mg	1 capsule, hard, 20 mg	G	0,1904	0,1904		
B-73 **	0767-111	1 gélule, 20 mg	1 capsule, hard, 20 mg	G	0,1564	0,1564		
FLUOXETINE EG 20 mg		EUROGENERICs			ATC: N06AB03			
B-73	1531-375	28 gélules, 20 mg	28 capsules, hard, 20 mg	G	9,66	9,66	1,10	1,83
	1531-375				4,1300	4,1300		
B-73	2655-017	98 gélules, 20 mg	98 capsules, hard, 20 mg	G	21,12	21,12	3,46	5,77
	2655-017				13,0600	13,0600		
B-73 *	0762-716	1 gélule, 20 mg	1 capsule, hard, 20 mg	G	0,1719	0,1719		
B-73 **	0762-716	1 gélule, 20 mg	1 capsule, hard, 20 mg	G	0,1412	0,1412		
FLUOXETINE EG 20 mg (PI-Pharma)		PI-PHARMA			ATC: N06AB03			
B-73	2334-464	28 gélules, 20 mg	28 capsules, hard, 20 mg	G	9,66	9,66	1,10	1,83
	2334-464				4,1300	4,1300		

FLUOXETINE SANDOZ 20 mg				SANDOZ		ATC: N06AB03			
B-73	1621-093	28 gélules, 20 mg	28 capsules, hard, 20 mg	G	9,66	9,66	1,10	1,83	
	1621-093				4,1300	4,1300			
B-73	2614-881	98 gélules, 20 mg	98 capsules, hard, 20 mg	G	21,12	21,12	3,46	5,77	
	2614-881				13,0600	13,0600			
B-73 *	0767-475	1 gélule, 20 mg	1 capsule, hard, 20 mg	G	0,1719	0,1719			
B-73 **	0767-475	1 gélule, 20 mg	1 capsule, hard, 20 mg	G	0,1412	0,1412			
FLUOXETINE TEVA 20 mg				TEVA PHARMA BELGIUM		ATC: N06AB03			
B-73	1654-078	30 gélules, 20 mg	30 capsules, hard, 20 mg	G	9,48	9,48	1,06	1,76	
	1654-078				3,9900	3,9900			
B-73 *	0768-473	1 gélule, 20 mg	1 capsule, hard, 20 mg	G	0,1717	0,1717			
B-73 **	0768-473	1 gélule, 20 mg	1 capsule, hard, 20 mg	G	0,1410	0,1410			
FLUOXONE DIVULE 20 mg				LABORATOIRES SMB		ATC: N06AB03			
B-73	1770-734	30 comprimés enrobés, 20 mg	30 omhulde tabletten, 20 mg	G	10,03	10,03	1,17	1,95	
	1770-734				4,4200	4,4200			
B-73	1770-742	100 comprimés enrobés, 20 mg	100 omhulde tabletten, 20 mg	G	21,44	21,44	3,53	5,89	
	1770-742				13,3200	13,3200			
B-73 *	0772-806	1 comprimé enrobé, 20 mg	1 omhulde tablet, 20 mg	G	0,1719	0,1719			
B-73 **	0772-806	1 comprimé enrobé, 20 mg	1 omhulde tablet, 20 mg	G	0,1412	0,1412			
FONTEX				ELI LILLY BENELUX		ATC: N06AB03			
B-73	1540-061	28 gélules, 20 mg	28 capsules, hard, 20 mg	R	12,08	9,66	3,52	4,25	
	1540-061				6,0300	4,1300			
B-73 *	0763-110	1 gélule, 20 mg	1 capsule, hard, 20 mg	R	0,2779	0,1904	+0,0875	+0,0875	
B-73 **	0763-110	1 gélule, 20 mg	1 capsule, hard, 20 mg	R	0,2282	0,1564			
GLIMEPIRIDE APOTEX 2 mg				APOTEX		ATC: A10BB12			
A-12 *	0798-694	1 comprimé, 2 mg	1 tablet, 2 mg	G	0,0707	0,0707			
A-12 **	0798-694	1 comprimé, 2 mg	1 tablet, 2 mg	G	0,0580	0,0580			
GLIMEPIRIDE APOTEX 4 mg				APOTEX		ATC: A10BB12			
A-12 *	0798-710	1 comprimé, 4 mg	1 tablet, 4 mg	G	0,1410	0,1410			
A-12 **	0798-710	1 comprimé, 4 mg	1 tablet, 4 mg	G	0,1160	0,1160			
IRBESARTAN/HYDROCHLOORTHIAZIDE SANDOZ 150/12,5 mg				SANDOZ		ATC: C09DA04			
B-224 *	0752-048	1 comprimé pelliculé, 12,5 mg / 150 mg	1 filmomhulde tabletten, 12,5 mg / 150 mg	G	0,5089	0,5089			
B-224 **	0752-048	1 comprimé pelliculé, 12,5 mg / 150 mg	1 filmomhulde tabletten, 12,5 mg / 150 mg	G	0,4179	0,4179			
LERCANIDIPIN APOTEX 20 mg				APOTEX		ATC: C08CA13			
B-20	2824-480	98 comprimés pelliculés, 20 mg	98 filmomhulde tabletten, 20 mg	G	29,78	29,78	4,76	8,01	
	2824-480				20,4000	20,4000			
B-20 *	0757-138	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	G	0,2687	0,2687			
B-20 **	0757-138	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	G	0,2206	0,2206			
LERCANIDIPIN SANDOZ 20 mg				SANDOZ		ATC: C08CA13			
B-20	2673-994	98 comprimés pelliculés, 20 mg	98 filmomhulde tabletten, 20 mg	G	29,78	29,78	4,76	8,01	
	2673-994				20,4000	20,4000			
B-20 *	0795-757	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	G	0,2687	0,2687			
B-20 **	0795-757	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	G	0,2206	0,2206			
LERCANIDIPINE EG 20 mg				EUROGENERIC		ATC: C08CA13			
B-20	2680-130	98 comprimés pelliculés, 20 mg	98 filmomhulde tabletten, 20 mg	G	29,78	29,78	4,76	8,01	
	2680-130				20,4000	20,4000			
B-20 *	0797-183	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	G	0,2687	0,2687			
B-20 **	0797-183	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	G	0,2206	0,2206			

LERCANIDIPINE MYLAN 10 mg		MYLAN		ATC: C08CA13				
B-20	2633-428	98 comprimés pelliculés, 10 mg	98 filmomhulde tabletten, 10 mg	G	21,84	21,84	3,61	6,02
	2633-428				13,6300	13,6300		
B-20 *	0795-716	1 comprimé pelliculé, 10 mg	1 filmomhulde tablet, 10 mg	G	0,1795	0,1795		
B-20 **	0795-716	1 comprimé pelliculé, 10 mg	1 filmomhulde tablet, 10 mg	G	0,1474	0,1474		
LERCANIDIPINE MYLAN 20 mg		MYLAN		ATC: C08CA13				
B-20	2633-410	98 comprimés pelliculés, 20 mg	98 filmomhulde tabletten, 20 mg	G	29,78	29,78	4,76	8,01
	2633-410				20,4000	20,4000		
B-20 *	0795-724	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	G	0,2687	0,2687		
B-20 **	0795-724	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	G	0,2206	0,2206		
LISIJENSON 20 mg		MYLAN		ATC: C09AA03				
B-21	2938-363	50 comprimés, 20 mg	50 tabletten, 20 mg	G	15,59	15,59	2,32	3,87
	2938-363				8,7600	8,7600		
B-21	2938-371	100 comprimés, 20 mg	100 tabletten, 20 mg	G	24,79	24,79	4,06	6,82
	2938-371				16,0000	16,0000		
B-21 *	0751-131	1 comprimé, 20 mg	1 tablet, 20 mg	G	0,2065	0,2065		
B-21 **	0751-131	1 comprimé, 20 mg	1 tablet, 20 mg	G	0,1696	0,1696		
LISIJENSON 5 mg		MYLAN		ATC: C09AA03				
B-21	2938-348	30 comprimés, 5 mg	30 tabletten, 5 mg	G	5,65	5,65	0,22	0,36
	2938-348				0,8200	0,8200		
B-21 *	0751-149	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	G	0,0353	0,0353		
B-21 **	0751-149	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	G	0,0290	0,0290		
LISINOPRIL EG 20 mg		EUROGENERIC		ATC: C09AA03				
B-21	1721-364	28 comprimés, 20 mg	28 tabletten, 20 mg	G	11,14	11,14	1,40	2,34
	1721-364				5,2900	5,2900		
B-21	2093-383	98 comprimés, 20 mg	98 tabletten, 20 mg	G	24,42	24,42	4,01	6,73
	2093-383				15,6800	15,6800		
B-21 *	0771-105	1 comprimé, 20 mg	1 tablet, 20 mg	G	0,2065	0,2065		
B-21 **	0771-105	1 comprimé, 20 mg	1 tablet, 20 mg	G	0,1696	0,1696		
LISINOPRIL EG 20 mg (PI-Pharma)		PI-PHARMA		ATC: C09AA03				
B-21	2675-775	98 comprimés, 20 mg	98 tabletten, 20 mg	G	24,42	24,42	4,01	6,73
	2675-775				15,6800	15,6800		
B-21 *	0795-971	1 comprimé, 20 mg	1 tablet, 20 mg	G	0,2065	0,2065		
B-21 **	0795-971	1 comprimé, 20 mg	1 tablet, 20 mg	G	0,1696	0,1696		
LISINOPRIL EG 5 mg		EUROGENERIC		ATC: C09AA03				
B-21	1721-356	28 comprimés, 5 mg	28 tabletten, 5 mg	G	5,59	5,59	0,20	0,34
	1721-356				0,7600	0,7600		
B-21	2341-402	56 comprimés, 5 mg	56 tabletten, 5 mg	G	7,90	7,90	0,73	1,22
	2341-402				2,7600	2,7600		
B-21 *	0771-097	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	G	0,0636	0,0636		
B-21 **	0771-097	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	G	0,0523	0,0523		
LISINOPRIL MYLAN 5 mg		MYLAN		ATC: C09AA03				
B-21	1670-462	30 comprimés, 5 mg	30 tabletten, 5 mg	G	5,65	5,65	0,22	0,36
	1670-462				0,8200	0,8200		
B-21 *	0771-824	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	G	0,0353	0,0353		
B-21 **	0771-824	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	G	0,0290	0,0290		
LISINOPRIL SANDOZ 5 mg		SANDOZ		ATC: C09AA03				
B-21	1791-110	30 comprimés, 5 mg	30 tabletten, 5 mg	G	5,65	5,65	0,22	0,36
	1791-110				0,8200	0,8200		

MIRTAZAPINE EG 15 mg		EUROGENERICS				ATC: N06AX11			
B-73	2205-706	60 comprimés pelliculés, 15 mg	60 filmomhulde tabletten, 15 mg	G	21,14	21,14	3,47	5,78	
	2205-706				13,0800	13,0800			
MIRTAZAPINE EG 30 mg		EUROGENERICS				ATC: N06AX11			
B-73	2204-147	60 comprimés pelliculés, 30 mg	60 filmomhulde tabletten, 30 mg	G	30,64	30,64	4,89	8,22	
	2204-147				21,1700	21,1700			
MIRTAZAPINE EG INSTANT 15 mg		EUROGENERICS				ATC: N06AX11			
B-73	2858-835	60 comprimés orodispersibles, 15 mg	60 orodispergeerbare tabletten, 15 mg	G	21,14	21,14	3,47	5,78	
	2858-835				13,0800	13,0800			
MIRTAZAPINE EG INSTANT 30 mg		EUROGENERICS				ATC: N06AX11			
B-73	2858-850	60 comprimés orodispersibles, 30 mg	60 orodispergeerbare tabletten, 30 mg	G	30,64	30,64	4,89	8,22	
	2858-850				21,1700	21,1700			
MIRTAZAPINE MYLAN 15 mg		MYLAN				ATC: N06AX11			
B-73	2201-416	50 comprimés pelliculés, 15 mg	50 filmomhulde tabletten, 15 mg	G	18,35	18,35	2,89	4,82	
	2201-416				10,9000	10,9000			
B-73 *	0779-793	1 comprimé pelliculé, 15 mg	1 filmomhulde tablet, 15 mg	G	0,2814	0,2814			
B-73 **	0779-793	1 comprimé pelliculé, 15 mg	1 filmomhulde tablet, 15 mg	G	0,2310	0,2310			
MIRTAZAPINE MYLAN 15 mg		MYLAN				ATC: N06AX11			
B-73 *	0789-875	1 comprimé orodispersible, 15 mg	1 orodispergeerbare tablet, 15 mg	G	0,3187	0,3187			
B-73 **	0789-875	1 comprimé orodispersible, 15 mg	1 orodispergeerbare tablet, 15 mg	G	0,2617	0,2617			
MIRTAZAPINE MYLAN 30 mg		MYLAN				ATC: N06AX11			
B-73	2201-432	50 comprimés pelliculés, 30 mg	50 filmomhulde tabletten, 30 mg	G	26,66	26,66	4,32	7,27	
	2201-432				17,6500	17,6500			
B-73 *	0779-801	1 comprimé pelliculé, 30 mg	1 filmomhulde tablet, 30 mg	G	0,4556	0,4556			
B-73 **	0779-801	1 comprimé pelliculé, 30 mg	1 filmomhulde tablet, 30 mg	G	0,3742	0,3742			
MIRTAZAPINE MYLAN 45 mg		MYLAN				ATC: N06AX11			
B-73	2201-440	30 comprimés pelliculés, 45 mg	30 filmomhulde tabletten, 45 mg	G	23,35	23,35	3,87	6,50	
	2201-440				14,8100	14,8100			
B-73	2201-465	50 comprimés pelliculés, 45 mg	50 filmomhulde tabletten, 45 mg	G	31,95	31,95	5,07	8,53	
	2201-465				22,3200	22,3200			
B-73 *	0779-819	1 comprimé pelliculé, 45 mg	1 filmomhulde tablet, 45 mg	G	0,5760	0,5760			
B-73 **	0779-819	1 comprimé pelliculé, 45 mg	1 filmomhulde tablet, 45 mg	G	0,4732	0,4732			
MIRTAZAPINE TEVA 15 mg		TEVA PHARMA BELGIUM				ATC: N06AX11			
B-73	2386-100	60 comprimés orodispersibles, 15 mg	60 orodispergeerbare tabletten, 15 mg	G	21,14	21,14	3,47	5,78	
	2386-100				13,0800	13,0800			
B-73 *	0785-709	1 comprimé orodispersible, 15 mg	1 orodispergeerbare tablet, 15 mg	G	0,2813	0,2813			
B-73 **	0785-709	1 comprimé orodispersible, 15 mg	1 orodispergeerbare tablet, 15 mg	G	0,2310	0,2310			
MIRTAZAPINE TEVA 30 mg		TEVA PHARMA BELGIUM				ATC: N06AX11			
B-73	2386-126	60 comprimés orodispersibles, 30 mg	60 orodispergeerbare tabletten, 30 mg	G	30,64	30,64	4,89	8,22	
	2386-126				21,1700	21,1700			
B-73 *	0785-717	1 comprimé orodispersible, 30 mg	1 orodispergeerbare tablet, 30 mg	G	0,4553	0,4553			
B-73 **	0785-717	1 comprimé orodispersible, 30 mg	1 orodispergeerbare tablet, 30 mg	G	0,3740	0,3740			
NESTROLAN 100 mg		3DDD PHARMA				ATC: N06AX05			
B-73	1784-362	30 comprimés, 100 mg	30 tabletten, 100 mg	G	7,96	7,96	0,75	1,24	
	1784-362				2,8100	2,8100			
B-73	1784-370	90 comprimés, 100 mg	90 tabletten, 100 mg	G	13,03	13,03	1,79	2,99	
	1784-370				6,7600	6,7600			
B-73 *	0774-661	1 comprimé, 100 mg	1 tablet, 100 mg	G	0,0969	0,0969			
B-73 **	0774-661	1 comprimé, 100 mg	1 tablet, 100 mg	G	0,0797	0,0797			

PAROXETINE APOTEX 20 mg		APOTEX		ATC: N06AB05				
B-73	2133-361	60 comprimés pelliculés, 20 mg	60 filmomhulde tabletten, 20 mg	G	22,61	22,61	3,77	6,29
	2133-361				14,2300	14,2300		
PAROXETINE EG 20 mg		EUROGENERICS		ATC: N06AB05				
B-73	2605-467	98 comprimés pelliculés, 20 mg	98 filmomhulde tabletten, 20 mg	G	38,72	38,72	6,03	10,14
	2605-467				28,2900	28,2900		
B-73 *	0770-420	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	G	0,3726	0,3726		
B-73 **	0770-420	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	G	0,3060	0,3060		
PAROXETINE EG 30 mg		EUROGENERICS		ATC: N06AB05				
B-73	2445-468	56 comprimés, 30 mg	56 tabletten, 30 mg	G	30,73	30,73	4,90	8,24
	2445-468				21,2500	21,2500		
B-73 *	0789-438	1 comprimé, 30 mg	1 tablet, 30 mg	G	0,4896	0,4896		
B-73 **	0789-438	1 comprimé, 30 mg	1 tablet, 30 mg	G	0,4023	0,4023		
PAROXETINE PFIZER 20 mg		PFIZER		ATC: N06AB05				
B-73	2727-279	56 comprimés pelliculés, 20 mg	56 filmomhulde tabletten, 20 mg	G	21,39	21,39	3,52	5,87
	2727-279				13,2800	13,2800		
B-73 *	0798-199	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	G	0,3061	0,3061		
B-73 **	0798-199	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	G	0,2514	0,2514		
PAROXETINE PFIZER 30 mg		PFIZER		ATC: N06AB05				
B-73	2734-432	56 comprimés pelliculés, 30 mg	56 filmomhulde tabletten, 30 mg	G	30,73	30,73	4,90	8,24
	2734-432				21,2500	21,2500		
B-73 *	0798-207	1 comprimé pelliculé, 30 mg	1 filmomhulde tablet, 30 mg	G	0,4896	0,4896		
B-73 **	0798-207	1 comprimé pelliculé, 30 mg	1 filmomhulde tablet, 30 mg	G	0,4023	0,4023		
PAROXETINE SANDOZ 30 mg		SANDOZ		ATC: N06AB05				
B-73	2511-871	60 comprimés pelliculés, 30 mg	60 filmomhulde tabletten, 30 mg	G	32,47	32,47	5,14	8,65
	2511-871				22,7700	22,7700		
PAROXETINE-RATIOPHARM 30 mg		TEVA PHARMA BELGIUM		ATC: N06AB05				
B-73	2435-063	100 comprimés pelliculés, 30 mg	100 filmomhulde tabletten, 30 mg	G	50,25	50,25	7,66	12,89
	2435-063				38,4700	38,4700		
B-73 *	0778-282	1 comprimé pelliculé, 30 mg	1 filmomhulde tablet, 30 mg	G	0,4789	0,4789		
B-73 **	0778-282	1 comprimé pelliculé, 30 mg	1 filmomhulde tablet, 30 mg	G	0,4078	0,4078		
PERINDAPAM 2 mg/0,625 mg		SANDOZ		ATC: C09BA04				
B-21	2726-339	90 comprimés, 2 mg / 0,625 mg	90 tabletten, 2 mg / 0,625 mg	G	28,64	28,64	4,60	7,74
	2726-339				19,4000	19,4000		
B-21 *	0799-130	1 comprimé, 2 mg / 0,625 mg	1 tablet, 2 mg / 0,625 mg	G	0,2782	0,2782		
B-21 **	0799-130	1 comprimé, 2 mg / 0,625 mg	1 tablet, 2 mg / 0,625 mg	G	0,2284	0,2284		
PERINDAPAM 4 mg/1,25 mg		SANDOZ		ATC: C09BA04				
B-21	2726-305	90 comprimés, 4 mg / 1,25 mg	90 tabletten, 4 mg / 1,25 mg	G	31,58	31,58	5,02	8,44
	2726-305				21,9900	21,9900		
B-21 *	0799-148	1 comprimé, 4 mg / 1,25 mg	1 tablet, 4 mg / 1,25 mg	G	0,3153	0,3153		
B-21 **	0799-148	1 comprimé, 4 mg / 1,25 mg	1 tablet, 4 mg / 1,25 mg	G	0,2590	0,2590		
PERINDOPRIL MYLAN 4 mg		MYLAN		ATC: C09AA04				
B-21 *	0792-358	1 comprimé, 4 mg	1 tablet, 4 mg	G	0,2083	0,2083		
B-21 **	0792-358	1 comprimé, 4 mg	1 tablet, 4 mg	G	0,1710	0,1710		
PERINDOPRIL MYLAN 8 mg		MYLAN		ATC: C09AA04				
B-21	2551-315	60 comprimés, 8 mg	60 tabletten, 8 mg	R	29,16	29,16	4,68	7,86
	2551-315				19,8600	19,8600		
B-21	2551-257	90 comprimés, 8 mg	90 tabletten, 8 mg	R	34,32	34,32	5,41	9,09
	2551-257				24,4200	24,4200		
B-21 *	0794-347	1 comprimé, 8 mg	1 tablet, 8 mg	R	0,3501	0,3501	+0,0000	+0,0000
B-21 **	0794-347	1 comprimé, 8 mg	1 tablet, 8 mg	R	0,2877	0,2877		

PERINDOPRIL SANDOZ 8 mg		SANDOZ		ATC: C09AA04				
B-21	2605-301	90 comprimés, 8 mg	90 tabletten, 8 mg	G	37,29	37,29	5,82	9,80
	2605-301				27,0300	27,0300		
B-21 *	0793-174	1 comprimé, 8 mg	1 tablet, 8 mg	G	0,3876	0,3876		
B-21 **	0793-174	1 comprimé, 8 mg	1 tablet, 8 mg	G	0,3183	0,3183		
PLENDIL 10 mg Retard		ASTRAZENECA		ATC: C08CA02				
B-20	0659-904	28 comprimés à libération prolongée, 10 mg	28 tabletten met verlengde afgifte, 10 mg	R	14,64	11,72	4,44	5,46
	0659-904				8,0200	5,7400		
B-20 *	0732-024	1 comprimé à libération prolongée, 10 mg	1 tablet met verlengde afgifte, 10 mg	R	0,3696	0,2646	+0,1050	+0,1050
B-20 **	0732-024	1 comprimé à libération prolongée, 10 mg	1 tablet met verlengde afgifte, 10 mg	R	0,3036	0,2171		
PLENDIL 5 mg Retard		ASTRAZENECA		ATC: C08CA02				
B-20	0684-977	28 comprimés à libération prolongée, 5 mg	28 tabletten met verlengde afgifte, 5 mg	R	10,02	8,02	2,76	3,26
	0684-977				4,4100	2,8600		
B-20 *	0732-032	1 comprimé à libération prolongée, 5 mg	1 tablet met verlengde afgifte, 5 mg	R	0,2032	0,1318	+0,0714	+0,0714
B-20 **	0732-032	1 comprimé à libération prolongée, 5 mg	1 tablet met verlengde afgifte, 5 mg	R	0,1668	0,1082		
PROZAC (PI-Pharma)		PI-PHARMA		ATC: N06AB03				
B-73	1497-700	28 gélules, 20 mg	28 capsules, hard, 20 mg	R	12,08	9,66	3,52	4,25
	1497-700				6,0300	4,1300		
B-73 *	0766-089	1 gélule, 20 mg	1 capsule, hard, 20 mg	R	0,2779	0,1904	+0,0875	+0,0875
B-73 **	0766-089	1 gélule, 20 mg	1 capsule, hard, 20 mg	R	0,2282	0,1564		
PROZAC 20 mg (Impexeco)		IMPEXECO		ATC: N06AB03				
B-73	2683-159	28 gélules, 20 mg	28 capsules, hard, 20 mg	R	12,08	9,66	3,52	4,25
	2683-159				6,0300	4,1300		
B-73 *	0799-304	1 gélule, 20 mg	1 capsule, hard, 20 mg	R	0,2779	0,1904	+0,0875	+0,0875
B-73 **	0799-304	1 gélule, 20 mg	1 capsule, hard, 20 mg	R	0,2282	0,1564		
PROZAC 20 mg (Olympe-Pharma)		OLYMPO-PHARMA		ATC: N06AB03				
B-73	2550-309	28 gélules, 20 mg	28 capsules, hard, 20 mg	R	12,08	9,66	3,52	4,25
	2550-309				6,0300	4,1300		
B-73 *	0770-743	1 gélule, 20 mg	1 capsule, hard, 20 mg	R	0,2779	0,1904	+0,0875	+0,0875
B-73 **	0770-743	1 gélule, 20 mg	1 capsule, hard, 20 mg	R	0,2282	0,1564		
PROZAC DISPERSIBLE		ELI LILLY BENELUX		ATC: N06AB03				
B-73	1526-623	28 comprimés dispersibles, 20 mg	28 disperseerbare tabletten, 20 mg	R	12,08	9,66	3,52	4,25
	1526-623				6,0300	4,1300		
B-73 *	0762-492	1 comprimé dispersible, 20 mg	1 disperseerbare tablet, 20 mg	R	0,2779	0,1904	+0,0875	+0,0875
B-73 **	0762-492	1 comprimé dispersible, 20 mg	1 disperseerbare tablet, 20 mg	R	0,2282	0,1564		
PROZAC		ELI LILLY BENELUX		ATC: N06AB03				
B-73	1096-791	28 gélules, 20 mg	28 capsules, hard, 20 mg	R	12,08	9,66	3,52	4,25
	1096-791				6,0300	4,1300		
B-73 *	0734-798	1 gélule, 20 mg	1 capsule, hard, 20 mg	R	0,2779	0,1904	+0,0875	+0,0875
B-73 **	0734-798	1 gélule, 20 mg	1 capsule, hard, 20 mg	R	0,2282	0,1564		
QUINAPRIL EG 5 mg		EUROGENERIC		ATC: C09AA06				
B-21	2180-727	28 comprimés, 5 mg	28 tabletten, 5 mg	G	5,64	5,64	0,21	0,36
	2180-727				0,8100	0,8100		
REMERGON SolTab 15 mg		MSD BELGIUM		ATC: N06AX11				
B-73	1766-393	30 comprimés orodispersibles, 15 mg	30 orodispergeerbare tabletten, 15 mg	R	15,82	14,16	3,69	5,04
	1766-393				8,9300	7,6400		
B-73 *	0773-408	1 comprimé orodispersible, 15 mg	1 orodispergeerbare tablet, 15 mg	R	0,3840	0,3287	+0,0553	+0,0553
B-73 **	0773-408	1 comprimé orodispersible, 15 mg	1 orodispergeerbare tablet, 15 mg	R	0,3157	0,2700		

REMERGON SolTab 45 mg		MSD BELGIUM				ATC: N06AX11			
B-73	1766-419 1766-419	30 comprimés orodispersibles, 45 mg	30 orodispergeerbare tabletten, 45 mg	R	26,70 17,6900	23,35 14,8100	7,22	9,85	
B-73 *	0773-424	1 comprimé orodispersible, 45 mg	1 orodisperseerbare tablet, 45 mg	R	0,7610	0,6370	+0,1240	+0,1240	
B-73 **	0773-424	1 comprimé orodispersible, 45 mg	1 orodisperseerbare tablet, 45 mg	R	0,6250	0,5233			
RENITEC 5 mg		MSD BELGIUM				ATC: C09AA02			
B-21	0812-479 0812-479	28 comprimés, 5 mg	28 tabletten, 5 mg	R	6,38 1,4700	6,26 1,3700	0,48	0,73	
B-21 *	0727-230	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	R	0,0679	0,0632	+0,0047	+0,0047	
B-21 **	0727-230	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	R	0,0557	0,0518			
RENITEC 20 mg		MSD BELGIUM				ATC: C09AA02			
B-21	1373-497 1373-497	56 comprimés, 20 mg	56 tabletten, 20 mg	R	14,35 7,7900	11,51 5,5700	4,32	5,30	
B-21	1459-783 1459-783	98 comprimés, 20 mg	98 tabletten, 20 mg	R	21,06 13,0200	16,85 9,7400	6,79	8,51	
B-21 *	0727-248	1 comprimé, 20 mg	1 tablet, 20 mg	R	0,1714	0,1283	+0,0431	+0,0431	
B-21 **	0727-248	1 comprimé, 20 mg	1 tablet, 20 mg	R	0,1408	0,1053			
SERLAIN 50 mg		PFIZER				ATC: N06AB06			
B-73	2213-536 2213-536	60 comprimés pelliculés sécables, 50 mg	60 deelbare filmomhulde tabletten, 50 mg	R	18,56 11,0700	18,56 11,0700	2,94	4,89	
SERLAIN 50 mg (PI-Pharma)		PI-PHARMA				ATC: N06AB06			
B-73	2732-774 2732-774	60 comprimés pelliculés, 50 mg	60 filmomhulde tabletten, 50 mg	R	23,20 14,6900	18,56 11,0700	7,58	9,53	
B-73 *	0799-353	1 comprimé pelliculé, 50 mg	1 filmomhulde tablet, 50 mg	R	0,3160	0,2382	+0,0778	+0,0778	
B-73 **	0799-353	1 comprimé pelliculé, 50 mg	1 filmomhulde tablet, 50 mg	R	0,2595	0,1955			
SEROXAT 20 mg (Aktuapharma)		PI-PHARMA				ATC: N06AB05			
B-73	2358-919 2358-919	56 comprimés pelliculés, 20 mg	56 filmomhulde tabletten, 20 mg	R	19,94 12,1500	19,94 12,1500	3,22	5,37	
B-73 *	0781-187	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	R	0,2800	0,2800	+0,0000	+0,0000	
B-73 **	0781-187	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	R	0,2300	0,2300			
SEROXAT 20 mg (Impexeco)		IMPEXECO				ATC: N06AB05			
B-73	2824-670 2824-670	60 comprimés pelliculés, 20 mg	60 filmomhulde tabletten, 20 mg	R	26,46 17,4700	22,61 14,2300	7,62	10,14	
B-73 *	0757-336	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	R	0,3758	0,3060	+0,0698	+0,0698	
B-73 **	0757-336	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	R	0,3087	0,2513			
SEROXAT 20 mg (PI-Pharma)		PI-PHARMA				ATC: N06AB05			
B-73	2638-617 2638-617	56 comprimés, 20 mg	56 tabletten, 20 mg	R	19,94 12,1500	19,94 12,1500	3,22	5,37	
B-73 *	0796-227	1 comprimé, 20 mg	1 tablet, 20 mg	R	0,2800	0,2800	+0,0000	+0,0000	
B-73 **	0796-227	1 comprimé, 20 mg	1 tablet, 20 mg	R	0,2300	0,2300			
SEROXAT 30 mg		GLAXOSMITHKLINE PHARMACEUTICALS				ATC: N06AB05			
B-73	1684-265 1684-265	28 comprimés, 30 mg	28 tabletten, 30 mg	R	20,35 12,4700	20,35 12,4700	3,31	5,51	
B-73 *	0770-511	1 comprimé, 30 mg	1 tablet, 30 mg	R	0,5746	0,5746	+0,0000	+0,0000	
B-73 **	0770-511	1 comprimé, 30 mg	1 tablet, 30 mg	R	0,4721	0,4721			
SEROXAT 20 mg		GLAXOSMITHKLINE PHARMACEUTICALS				ATC: N06AB05			
B-73	0321-471 0321-471	28 comprimés, 20 mg	28 tabletten, 20 mg	R	16,77 9,6800	16,77 9,6800	2,57	4,28	
B-73	1755-123 1755-123	56 comprimés, 20 mg	56 tabletten, 20 mg	R	19,94 12,1500	19,94 12,1500	3,22	5,37	
B-73 *	0740-076	1 comprimé, 20 mg	1 tablet, 20 mg	R	0,2800	0,2800	+0,0000	+0,0000	
B-73 **	0740-076	1 comprimé, 20 mg	1 tablet, 20 mg	R	0,2300	0,2300			

SERTRALINE MYLAN 50 mg		MYLAN		ATC: N06AB06				
B-73	2216-158	60 comprimés pelliculés, 50 mg	60 filmomhulde tabletten, 50 mg	G	18,56	18,56	2,94	4,89
	2216-158				11,0700	11,0700		
SUFENTA FORTE		JANSSEN-CILAG		ATC: N01AH03				
	0718-072	5 ampoules 5 ml solution injectable, 0,05 mg/ml	5 ampullen 5 ml oplossing voor injectie, 0,05 mg/ml		16,2100	16,2100		
A-30 *	0718-072	1 ampoule 5 ml solution injectable, 0,05 mg/ml	1 ampul 5 ml oplossing voor injectie, 0,05 mg/ml	R	4,1840	4,1840	+0,0000	+0,0000
A-30 **	0718-072	1 ampoule 5 ml solution injectable, 0,05 mg/ml	1 ampul 5 ml oplossing voor injectie, 0,05 mg/ml	R	3,4360	3,4360		
TILDIEM		SANOFI-AVENTIS BELGIUM		ATC: C08DB01				
B-6	0817-932	100 comprimés, 60 mg	100 tabletten, 60 mg	R	11,79	9,43	3,41	4,11
	0817-932				5,7900	3,9600		
B-6 *	0719-427	1 comprimé, 60 mg	1 tablet, 60 mg	R	0,0747	0,0511	+0,0236	+0,0236
B-6 **	0719-427	1 comprimé, 60 mg	1 tablet, 60 mg	R	0,0614	0,0420		
TRAZOLAN 100 mg		PFIZER		ATC: N06AX05				
B-73	0860-890	30 comprimés, 100 mg	30 tabletten, 100 mg	R	7,96	7,96	0,75	1,24
	0860-890				2,8100	2,8100		
B-73	0860-908	90 comprimés, 100 mg	90 tabletten, 100 mg	R	13,03	13,03	1,79	2,99
	0860-908				6,7600	6,7600		
B-73 *	0726-968	1 comprimé, 100 mg	1 tablet, 100 mg	R	0,0969	0,0969	+0,0000	+0,0000
B-73 **	0726-968	1 comprimé, 100 mg	1 tablet, 100 mg	R	0,0797	0,0797		
TRITACE 10 mg		SANOFI-AVENTIS BELGIUM		ATC: C09AA05				
B-21	2115-079	56 comprimés, 10 mg	56 tabletten, 10 mg	R	27,21	24,85	6,43	9,19
	2115-079				18,1300	16,0500		
B-21 *	0777-425	1 comprimé, 10 mg	1 tablet, 10 mg	R	0,4179	0,3698	+0,0481	+0,0481
B-21 **	0777-425	1 comprimé, 10 mg	1 tablet, 10 mg	R	0,3432	0,3038		
TRITACE 10 mg (PI-Pharma)		PI-PHARMA		ATC: C09AA05				
B-21	2650-703	56 comprimés, 10 mg	56 tabletten, 10 mg	R	27,21	24,85	6,43	9,19
	2650-703				18,1300	16,0500		
B-21 *	0795-138	1 comprimé, 10 mg	1 tablet, 10 mg	R	0,4179	0,3698	+0,0481	+0,0481
B-21 **	0795-138	1 comprimé, 10 mg	1 tablet, 10 mg	R	0,3432	0,3038		
TRITACE 5 mg		SANOFI-AVENTIS BELGIUM		ATC: C09AA05				
B-21	1260-827	56 comprimés, 5 mg	56 tabletten, 5 mg	R	17,29	14,88	4,58	6,03
	1260-827				10,0800	8,2000		
B-21 *	0747-626	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	R	0,2323	0,1889	+0,0434	+0,0434
B-21 **	0747-626	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	R	0,1907	0,1552		
TRITACE 5 mg (PI-Pharma)		PI-PHARMA		ATC: C09AA05				
B-21	2650-695	56 comprimés, 5 mg	56 tabletten, 5 mg	R	17,29	14,88	4,58	6,03
	2650-695				10,0800	8,2000		
B-21 *	0795-120	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	R	0,2323	0,1889	+0,0434	+0,0434
B-21 **	0795-120	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	R	0,1907	0,1552		
VENLAFAXIN RETARD SANDOZ 75 mg		SANDOZ		ATC: N06AX16				
B-73	2541-647	56 gélules à libération prolongée, 75 mg	56 capsules met verlengde afgifte, hard, 75 mg	G	21,47	21,47	3,54	5,89
	2541-647				13,3300	13,3300		
VENLAFAXINE APOTEX 150 mg		APOTEX		ATC: N06AX16				
B-73	2550-358	28 gélules à libération prolongée, 150 mg	28 capsules met verlengde afgifte, hard, 150 mg	G	19,23	19,23	3,07	5,12
	2550-358				11,5900	11,5900		
B-73	2581-742	56 gélules à libération prolongée, 150 mg	56 capsules met verlengde afgifte, hard, 150 mg	G	33,56	33,56	5,30	8,91
	2581-742				23,7400	23,7400		

B-73	2581-759	98 gélules à libération prolongée, 150 mg	98 capsules met verlengde afgifte, hard, 150 mg	G	53,75	53,75	8,15	13,72
	2581-759				41,5500	41,5500		
B-73 *	0790-097	1 gélule à libération prolongée, 150 mg	1 capsule met verlengde afgifte, hard, 150 mg	G	0,5219	0,5219		
B-73 **	0790-097	1 gélule à libération prolongée, 150 mg	1 capsule met verlengde afgifte, hard, 150 mg	G	0,4494	0,4494		
VENLAFAXINE APOTEX 75 mg		APOTEX		ATC: N06AX16				
B-73	2550-341	28 gélules à libération prolongée, 75 mg	28 capsules met verlengde afgifte, hard, 75 mg	G	10,96	10,96	1,37	2,28
	2550-341				5,1500	5,1500		
B-73	2581-767	56 gélules à libération prolongée, 75 mg	56 capsules met verlengde afgifte, hard, 75 mg	G	21,47	21,47	3,54	5,89
	2581-767				13,3300	13,3300		
B-73	2581-775	98 gélules à libération prolongée, 75 mg	98 capsules met verlengde afgifte, hard, 75 mg	G	34,86	34,86	5,48	9,22
	2581-775				24,8900	24,8900		
B-73 *	0790-089	1 gélule à libération prolongée, 75 mg	1 capsule met verlengde afgifte, hard, 75 mg	G	0,3278	0,3278		
B-73 **	0790-089	1 gélule à libération prolongée, 75 mg	1 capsule met verlengde afgifte, hard, 75 mg	G	0,2692	0,2692		
VENLAFAXINE EG 75 mg		EUROGENERIC		ATC: N06AX16				
B-73	2549-293	56 gélules à libération prolongée, 75 mg	56 capsules met verlengde afgifte, hard, 75 mg	G	21,47	21,47	3,54	5,89
	2549-293				13,3300	13,3300		
VENLAFAXINE PFIZER 150 mg		PFIZER		ATC: N06AX16				
B-73	2725-190	28 gélules à libération prolongée, 150 mg	28 capsules met verlengde afgifte, hard, 150 mg	G	19,93	19,93	3,22	5,37
	2725-190				12,1400	12,1400		
B-73	2725-208	56 gélules à libération prolongée, 150 mg	56 capsules met verlengde afgifte, hard, 150 mg	G	34,66	34,66	5,46	9,17
	2725-208				24,7200	24,7200		
B-73	2748-002	98 gélules à libération prolongée, 150 mg	98 capsules met verlengde afgifte, hard, 150 mg	G	56,18	56,18	8,49	14,30
	2748-002				43,6900	43,6900		
B-73 *	0758-029	1 gélule à libération prolongée, 150 mg	1 capsule met verlengde afgifte, hard, 150 mg	G	0,5451	0,5451		
B-73 **	0758-029	1 gélule à libération prolongée, 150 mg	1 capsule met verlengde afgifte, hard, 150 mg	G	0,4726	0,4726		
VENLAFAXINE PFIZER 75 mg		PFIZER		ATC: N06AX16				
B-73	2725-158	28 gélules à libération prolongée, 75 mg	28 capsules met verlengde afgifte, hard, 75 mg	G	11,01	11,01	1,38	2,29
	2725-158				5,1900	5,1900		
B-73	2725-182	56 gélules à libération prolongée, 75 mg	56 capsules met verlengde afgifte, hard, 75 mg	G	21,47	21,47	3,54	5,89
	2725-182				13,3300	13,3300		
B-73	2748-036	98 gélules à libération prolongée, 75 mg	98 capsules met verlengde afgifte, hard, 75 mg	G	35,87	35,87	5,62	9,46
	2748-036				25,7800	25,7800		
B-73 *	0758-037	1 gélule à libération prolongée, 75 mg	1 capsule met verlengde afgifte, hard, 75 mg	G	0,3395	0,3395		
B-73 **	0758-037	1 gélule à libération prolongée, 75 mg	1 capsule met verlengde afgifte, hard, 75 mg	G	0,2789	0,2789		
VENLAFAXINE TEVA 150 mg		TEVA PHARMA BELGIUM		ATC: N06AX16				
B-73	2675-825	60 comprimés à libération prolongée, 150 mg	60 tabletten met verlengde afgifte, 150 mg	G	35,51	35,51	5,57	9,37
	2675-825				25,4600	25,4600		
B-73	2675-817	100 comprimés à libération prolongée, 150 mg	100 tabletten met verlengde afgifte, 150 mg	G	52,26	52,26	7,94	13,36
	2675-817				40,2400	40,2400		
B-73 *	0796-938	1 comprimé à libération prolongée, 150 mg	1 tablet met verlengde afgifte, 150 mg	G	0,4976	0,4976		
B-73 **	0796-938	1 comprimé à libération prolongée, 150 mg	1 tablet met verlengde afgifte, 150 mg	G	0,4265	0,4265		

VENLAFAXINE TEVA 75 mg		TEVA PHARMA BELGIUM		ATC: N06AX16				
B-73	2675-841 2675-841	60 comprimés à libération prolongée, 75 mg	60 tabletten met verlengde afgifte, 75 mg	G	22,65 14,2600	22,65 14,2600	3,78 14,2600	6,30
B-73	2675-833 2675-833	100 comprimés à libération prolongée, 75 mg	100 tabletten met verlengde afgifte, 75 mg	G	33,55 23,7300	33,55 23,7300	5,30	8,91
B-73 *	0796-920	1 comprimé à libération prolongée, 75 mg	1 tablet met verlengde afgifte, 75 mg	G	0,3062	0,3062		
B-73 **	0796-920	1 comprimé à libération prolongée, 75 mg	1 tablet met verlengde afgifte, 75 mg	G	0,2515	0,2515		
VENLASAND 75 mg		SANDOZ		ATC: N06AX16				
B-73	2915-924 2915-924	56 gélules à libération prolongée, 75 mg	56 capsules met verlengde afgifte, hard, 75 mg	G	21,47 13,3300	21,47 13,3300	3,54	5,89
ZANIDIP 10 mg		ZAMBON		ATC: C08CA13				
B-20	1383-637 1383-637	28 comprimés pelliculés, 10 mg	28 filmomhulde tabletten, 10 mg	R	11,74 5,7600	11,74 5,7600	1,53	2,55
B-20	2695-864 2695-864	98 comprimés pelliculés, 10 mg	98 filmomhulde tabletten, 10 mg	R	27,15 18,0900	21,84 13,6300	8,92	11,33
B-20 *	0760-355	1 comprimé pelliculé, 10 mg	1 filmomhulde tablet, 10 mg	R	0,2383	0,2383	+0,0588	+0,0588
B-20 **	0760-355	1 comprimé pelliculé, 10 mg	1 filmomhulde tablet, 10 mg	R	0,1957	0,1957		
ZANIDIP 10 mg (Impexeco)		IMPEXECO		ATC: C08CA13				
B-20	2824-696 2824-696	50 comprimés pelliculés, 10 mg	50 filmomhulde tabletten, 10 mg	R	16,49 9,4600	16,49 9,4600	2,51	4,18
B-20	2824-720 2824-720	100 comprimés pelliculés, 10 mg	100 filmomhulde tabletten, 10 mg	R	22,21 13,9100	22,21 13,9100	3,69	6,15
B-20 *	0757-310	1 comprimé pelliculé, 10 mg	1 filmomhulde tablet, 10 mg	R	0,1795	0,1795	+0,0000	+0,0000
B-20 **	0757-310	1 comprimé pelliculé, 10 mg	1 filmomhulde tablet, 10 mg	R	0,1474	0,1474		
ZANIDIP 10 mg (Olympto-Pharma)		OLYMPTO-PHARMA		ATC: C08CA13				
B-20	2550-366 2550-366	28 comprimés pelliculés, 10 mg	28 filmomhulde tabletten, 10 mg	R	14,68 8,0400	11,74 5,7600	4,47	5,49
B-20 *	0790-212	1 comprimé pelliculé, 10 mg	1 filmomhulde tablet, 10 mg	R	0,3707	0,2654	+0,1053	+0,1053
B-20 **	0790-212	1 comprimé pelliculé, 10 mg	1 filmomhulde tablet, 10 mg	R	0,3043	0,2182		
ZANIDIP 10 mg (PI-Pharma)		PI-PHARMA		ATC: C08CA13				
B-20	2804-474 2804-474	98 comprimés pelliculés, 10 mg	98 filmomhulde tabletten, 10 mg	R	27,15 18,0900	21,84 13,6300	8,92	11,33
B-20 *	0794-495	1 comprimé pelliculé, 10 mg	1 filmomhulde tablet, 10 mg	R	0,2383	0,1795	+0,0588	+0,0588
B-20 **	0794-495	1 comprimé pelliculé, 10 mg	1 filmomhulde tablet, 10 mg	R	0,1957	0,1474		
ZANIDIP 20 mg		ZAMBON		ATC: C08CA13				
B-20	2695-856 2695-856	98 comprimés pelliculés, 20 mg	98 filmomhulde tabletten, 20 mg	R	37,23 26,9800	29,78 20,4000	12,21	15,46
B-20 *	0781-526	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	R	0,3553	0,2687	+0,0866	+0,0866
B-20 **	0781-526	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	R	0,2918	0,2206		
ZANIDIP 20 mg (Impexeco)		IMPEXECO		ATC: C08CA13				
B-20	2824-738 2824-738	50 comprimés pelliculés, 20 mg	50 filmomhulde tabletten, 20 mg	R	22,71 14,3000	22,71 14,3000	3,79	6,32
B-20	2824-753 2824-753	100 comprimés pelliculés, 20 mg	100 filmomhulde tabletten, 20 mg	R	30,25 20,8200	30,25 20,8200	4,83	8,12
B-20 *	0757-302	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	R	0,2687	0,2687	+0,0000	+0,0000
B-20 **	0757-302	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	R	0,2207	0,2207		

ZANIDIP 20 mg (PI-Pharma)		PI-PHARMA		ATC: C08CA13			
B-20	2804-482 2804-482	98 comprimés pelliculés, 20 mg	98 filmomhulde tabletten, 20 mg	R	37,23 26,9800	29,78 20,4000	12,21 15,46
B-20 *	0794-503	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	R	0,3553	0,2687	+0,0866
B-20 **	0794-503	1 comprimé pelliculé, 20 mg	1 filmomhulde tablet, 20 mg	R	0,2918	0,2206	
ZESTORETIC 20/12,5		ASTRAZENECA		ATC: C09BA03			
B-21	1415-264 1415-264	56 comprimés, 20 mg / 12,5 mg	56 tabletten, 20 mg / 12,5 mg	R	20,36 12,4800	16,30 9,3100	6,53 8,17
B-21 *	0736-124	1 comprimé, 20 mg / 12,5 mg	1 tablet, 20 mg / 12,5 mg	R	0,2877	0,2145	+0,0732
B-21 **	0736-124	1 comprimé, 20 mg / 12,5 mg	1 tablet, 20 mg / 12,5 mg	R	0,2363	0,1763	
ZESTRIL -20		ASTRAZENECA		ATC: C09AA03			
B-21	0613-422 0613-422	28 comprimés, 20 mg	28 tabletten, 20 mg	R	12,19 6,1000	11,14 5,2900	2,45 3,39
B-21	1184-027 1184-027	56 comprimés, 20 mg	56 tabletten, 20 mg	R	20,01 12,2000	16,94 9,8100	5,67 7,41
B-21 *	0731-240	1 comprimé, 20 mg	1 tablet, 20 mg	R	0,2811	0,2261	+0,0550
B-21 **	0731-240	1 comprimé, 20 mg	1 tablet, 20 mg	R	0,2309	0,1857	
ZESTRIL -5		ASTRAZENECA		ATC: C09AA03			
B-21	0613-414 0613-414	28 comprimés, 5 mg	28 tabletten, 5 mg	R	6,86 1,9000	5,59 0,7600	1,47 1,61
B-21 *	0731-232	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	R	0,0875	0,0350	+0,0525
B-21 **	0731-232	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	R	0,0718	0,0289	
ZESTRIL (PI-Pharma)		PI-PHARMA		ATC: C09AA03			
B-21	1589-183 1589-183	56 comprimés, 20 mg	56 tabletten, 20 mg	R	18,79 11,2500	16,94 9,8100	4,45 6,19
B-21 *	0771-386	1 comprimé, 20 mg	1 tablet, 20 mg	R	0,2593	0,2261	+0,0332
B-21 **	0771-386	1 comprimé, 20 mg	1 tablet, 20 mg	R	0,2130	0,1857	

2° au chapitre II-B:

2° in hoofdstuk II-B:

a) au § 10000, les spécialités suivantes sont supprimées:

a) in § 10000, worden de volgende specialiteiten geschrapt:

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)						
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs		
				Opm		
FLUVASTATIN SANDOZ 40 mg SANDOZ (zie ook hoofdstuk: IV voir aussi chapitre: IV) ATC: C10AA04						
B-41	2909-364 2909-364	56 gélules, 40 mg	56 capsules, hard, 40 mg	G		
FLUVASTATIN SANDOZ 80 mg SANDOZ (zie ook hoofdstuk: IV voir aussi chapitre: IV) ATC: C10AA04						
B-41	2909-398 2909-398	56 comprimés à libération prolongée, 80 mg	56 tabletten met verlengde afgifte, 80 mg	G		

b) au § 20000, les spécialités suivantes sont insérées:

b) in § 20000, worden de volgende specialiteiten toegevoegd:

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm	Prix Prijs	Base de remb. Basis van tegemeetk	I	II
ESOMEPRAZOLE RENANTOS 20 mg SANDOZ ATC: A02BC05								
B-48	3008-505	56 comprimés gastro-résistants, 20 mg	56 maagsapresistente tabletten, 20 mg	G	18,90	18,90	3,01	5,01
	3008-505				11,3400	11,3400		
B-48	3000-320	98 comprimés gastro-résistants, 20 mg	98 maagsapresistente tabletten, 20 mg	G	24,81	24,81	4,06	6,83
	3000-320				16,0200	16,0200		
B-48 *	7702-400	1 comprimé gastro-résistant, 20 mg	1 maagsapresistente tablet, 20 mg	G	0,2109	0,2109		
B-48 **	7702-400	1 comprimé gastro-résistant, 20 mg	1 maagsapresistente tablet, 20 mg	G	0,1733	0,1733		
ESOMEPRAZOLE RENANTOS 40 mg SANDOZ ATC: A02BC05								
B-48	3000-338	28 comprimés gastro-résistants, 40 mg	28 maagsapresistente tabletten, 40 mg	G	17,18	17,18	2,65	4,42
	3000-338				10,0000	10,0000		
B-48 *	7702-418	1 comprimé gastro-résistant, 40 mg	1 maagsapresistente tablet, 40 mg	G	0,4611	0,4611		
B-48 **	7702-418	1 comprimé gastro-résistant, 40 mg	1 maagsapresistente tablet, 40 mg	G	0,3786	0,3786		
RABEPRAZOLE TEVA 10 mg TEVA PHARMA BELGIUM ATC: A02BC04								
B-48	2995-850	98 comprimés gastro-résistants, 10 mg	98 maagsapresistente tabletten, 10 mg	G	18,57	18,57	2,94	4,90
	2995-850				11,0800	11,0800		
B-48 *	7702-046	1 comprimé gastro-résistant, 10 mg	1 maagsapresistente tablet, 10 mg	G	0,4446	0,4446		
B-48 **	7702-046	1 comprimé gastro-résistant, 10 mg	1 maagsapresistente tablet, 10 mg	G	0,3654	0,3654		
RABEPRAZOLE TEVA 20 mg TEVA PHARMA BELGIUM ATC: A02BC04								
B-48	3030-202	98 comprimés gastro-résistants, 20 mg	98 maagsapresistente tabletten, 20 mg	G	30,72	30,72	4,90	8,23
	3030-202				21,2400	21,2400		
B-48 *	7702-285	1 comprimé gastro-résistant, 20 mg	1 maagsapresistente tablet, 20 mg	G	0,2797	0,2797		
B-48 **	7702-285	1 comprimé gastro-résistant, 20 mg	1 maagsapresistente tablet, 20 mg	G	0,2297	0,2297		

c) au § 20000, les spécialités suivantes sont supprimées:

c) in § 20000, worden de volgende specialiteiten geschrapt

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm				
PANTOPRAZOL APOTEX 20 mg APOTEX ATC: A02BC02								
B-48	2650-430	84 comprimés gastro-résistants, 20 mg	84 maagsapresistente tabletten, 20 mg	G				
	2650-430							
PANTOPRAZOL APOTEX 40 mg APOTEX ATC: A02BC02								
B-48	2650-463	84 comprimés gastro-résistants, 40 mg	84 maagsapresistente tabletten, 40 mg	G				
	2650-463							

d) au § 30000, les spécialités suivantes sont insérées:

d) in § 30000, worden de volgende specialiteiten toegevoegd:

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm	Prix Prijs	Base de remb. Basis van tegemeetk	I	II
					<i>ex- usine / buiten bedrijf</i>	<i>ex- usine / buiten bedrijf</i>		
ESOMEPRAZOLE RENANTOS 20 mg		SANDOZ		ATC: A02BC05				
C-31	3000-197	14 comprimés gastro-résistants, 20 mg	14 maagsapresistente tabletten, 20 mg	G	8,88	8,88	3,12	3,12
	3000-197				3,5300	3,5300		
C-31	3000-312	28 comprimés gastro-résistants, 20 mg	28 maagsapresistente tabletten, 20 mg	G	11,73	11,73	5,08	5,08
	3000-312				5,7500	5,7500		
C-31 *	7702-400	1 comprimé gastro-résistant, 20 mg	1 maagsapresistente tablet, 20 mg	G	0,2109	0,2109		
C-31 **	7702-400	1 comprimé gastro-résistant, 20 mg	1 maagsapresistente tablet, 20 mg	G	0,1733	0,1733		
RABEPRAZOLE TEVA 20 mg		TEVA PHARMA BELGIUM		ATC: A02BC04				
C-31	2995-868	28 comprimés gastro-résistants, 20 mg	28 maagsapresistente tabletten, 20 mg	G	13,70	13,70	6,43	6,43
	2995-868				7,2800	7,2800		
C-31 *	7702-285	1 comprimé gastro-résistant, 20 mg	1 maagsapresistente tablet, 20 mg	G	0,2797	0,2797		
C-31 **	7702-285	1 comprimé gastro-résistant, 20 mg	1 maagsapresistente tablet, 20 mg	G	0,2297	0,2297		

d') au § 30000, l'inscription de la spécialité suivante est remplacée comme suit:

d') in § 30000, wordt de inschrijving van de volgende specialiteit vervangen als volgt:

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm	Prix Prijs	Base de remb. Basis van tegemeetk	I	II
					<i>ex- usine / buiten bedrijf</i>	<i>ex- usine / buiten bedrijf</i>		
RABEPRAZOLE TEVA 10 mg		TEVA PHARMA BELGIUM		ATC: A02BC04				
C-31 *	7702-046	1 comprimé gastro-résistant, 10 mg	1 maagsapresistente tablet, 10 mg	G	0,1459	0,1459		
C-31 **	7702-046	1 comprimé gastro-résistant, 10 mg	1 maagsapresistente tablet, 10 mg	G	0,1198	0,1198		

e) au § 30000, les spécialités suivantes sont supprimées:

e) in § 30000, worden de volgende specialiteiten geschrapt:

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm				
PANTOPRAZOLE MYLAN 40 mg		MYLAN		ATC: A02BC02				
C-31	2575-546	28 comprimés gastro-résistants, 40 mg	28 maagsapresistente tabletten, 40 mg	G				
	2575-546							

f) au § 51000, les spécialités suivantes sont insérées:

f) in § 51000, worden de volgende specialiteiten toegevoegd:

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm	Prix Prijs	Base de remb. Basis van tegemeetk	I	II
					<i>ex- usine / buiten bedrijf</i>	<i>ex- usine / buiten bedrijf</i>		
SINGULAIR 10 mg		MERCK SHARP & DOHME		ATC: R03DC03				
B-241	1418-532	28 comprimés à croquer, 10 mg	28 kauwtabletten, 10 mg	R	24,91	24,91	4,08	6,85
	1418-532				16,1100	16,1100		
B-241	1442-540	98 comprimés à croquer, 10 mg	98 kauwtabletten, 10 mg	R	63,34	63,34	9,50	14,50
	1442-540				50,0100	50,0100		
B-241 *	0766-048	1 comprimé, 10 mg	1 tablet, 10 mg	R	0,6135	0,6135	+0,0000	+0,0000
B-241 **	0766-048	1 comprimé, 10 mg	1 tablet, 10 mg	R	0,5409	0,5409		

SINGULAIR 4 mg		MERCK SHARP & DOHME		ATC: R03DC03				
B-241	2599-678	28 doses granulés, 4 mg	28 doses granulaat, 4 mg	R	24,91	24,91	4,08	6,85
	2599-678				16,1100	16,1100		
B-241 *	0795-658	1 sachet-dose, 4 mg	1 sachet, 4 mg	R	0,7425	0,7425	+0,0000	+0,0000
B-241 **	0795-658	1 sachet-dose, 4 mg	1 sachet, 4 mg	R	0,6100	0,6100		
SINGULAIR 4 mg		MERCK SHARP & DOHME		ATC: R03DC03				
B-241	1667-492	28 comprimés à croquer, 4 mg	28 kauwtabletten, 4 mg	R	24,91	24,91	4,08	6,85
	1667-492				16,1100	16,1100		
B-241	2986-610	98 comprimés à croquer, 4 mg	98 kauwtabletten, 4 mg	R	63,34	63,34	9,50	14,50
	2986-610				50,0100	50,0100		
B-241 *	0770-362	1 comprimé, 4 mg	1 tablet, 4 mg	R	0,6135	0,6135	+0,0000	+0,0000
B-241 **	0770-362	1 comprimé, 4 mg	1 tablet, 4 mg	R	0,5409	0,5409		
SINGULAIR 5 mg		MERCK SHARP & DOHME		ATC: R03DC03				
B-241	1418-524	28 comprimés à croquer, 5 mg	28 kauwtabletten, 5 mg	R	24,91	24,91	4,08	6,85
	1418-524				16,1100	16,1100		
B-241	1442-557	98 comprimés à croquer, 5 mg	98 kauwtabletten, 5 mg	R	63,34	63,34	9,50	14,50
	1442-557				50,0100	50,0100		
B-241 *	0766-030	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	R	0,6135	0,6135	+0,0000	+0,0000
B-241 **	0766-030	1 comprimé, 5 mg	1 tablet, 5 mg	R	0,5409	0,5409		

3° au chapitre IV-B :

- a) au § 160102, les modalités de remboursement sont remplacées par les modalités suivantes:

Paragraphe 160102

La spécialité fait l'objet d'un remboursement en catégorie A si elle a été prescrite en milieu hospitalier ou au domicile du patient, dans le cadre de la prévention de la thrombose subaiguë sur endoprothèse coronaire.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire pour le conditionnement autorisé, une autorisation dont le modèle est fixé sous "e" de l'annexe III du présent arrêté.

- b) au § 330100, les modalités de remboursement sont remplacées par les modalités suivantes:

Paragraphe 330100

Le vaccin fait l'objet d'un remboursement s'il a été prescrit pour des bénéficiaires se trouvant dans une des situations suivantes (1):

- les hémophiles;
- les dialysés et les insuffisants rénaux chroniques candidats à la dialyse, l'autorisation de remboursement étant basée sur une attestation établie par un médecin spécialiste attaché à un centre de dialyse;
- les candidats à une transplantation d'organe;
- les patients qui, dans un avenir proche, recevront des transfusions massives au cours d'une intervention chirurgicale cardiaque ou à l'occasion d'une greffe artérielle périphérique, l'autorisation de remboursement étant basée sur une attestation établie par le chirurgien qui procédera à l'intervention;

3° in hoofdstuk IV-B :

- a) in § 160102, worden de vergoedingsvoorwaarden vervangen als volgt:

Paragraaf 160102

De specialiteit wordt vergoed in categorie A indien ze voorgeschreven werd in een verplegingsinstelling of ten huize van de patiënt, in het raam van de preventie van subacute thrombose bij een coronaire endoprothese.

Daartoe reikt de adviserend geneesheer, voor de toegestane verpakking, aan de rechthebbende een machtiging uit waarvan het model is vastgesteld onder "e" van bijlage III van dit besluit.

- b) in § 330100, worden de vergoedingsvoorwaarden vervangen als volgt:

Paragraaf 330100

Het vaccin komt in aanmerking voor terugbetaling indien ze voorgeschreven werd voor rechthebbenden die zich in een van de volgende toestanden bevinden (1):

- de hemofiliepatiënten;
- de dialysepatiënten en deze met chronische nierinsufficiëntie die kandidaat zijn voor nierdialyse, voor wie de terugbetaling kan worden toegestaan op grond van een attest opgesteld door een arts-specialist verbonden aan een dialyse-centrum;
- de patiënten kandidaat voor een orgaantransplantatie;
- de patiënten die in een nabije toekomst massieve bloedtransfusies zullen dienen te ondergaan tijdens heelkundige ingrepen op het hart of tijdens perifere arteriële vaatentent; de toelating tot terugbetaling zal steunen op een attest van de chirurg die de ingreep zal uitvoeren;

e) bénéficiaires de 13 à 18 ans inclus, qui ne sont pas encore immunisés;

f) les patients souffrant de thalassémie majeure ;

g) les handicapés mentaux profonds;

h) bénéficiaires qui ont subi une greffe de moelle osseuse ou qui ont subi une transplantation du foie, quelque soit leur âge;

i) le partenaire, membre de la famille ou vivant sous le même toit qu'un patient qui est positif pour l'antigène HBs.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire, une attestation dont le modèle est repris sous "e" de l'annexe III du présent arrêté.

(1) Il est à noter que, dans le cadre du Fonds des maladies professionnelles, une réglementation spécifique de remboursement de ce vaccin, pour certaines situations et certains bénéficiaires, est également prévue.

c) au § 330200, les modalités de remboursement sont remplacées par les modalités suivantes:

Paragraphe 330200

Les vaccins ENGERIX B JUNIOR, HBVAXPRO 5µg/0,5 ml fl. et HBVAXPRO 5µg/0,5 ml ser. peuvent également être remboursés s'ils sont prescrits pour des bénéficiaires de 0 à 1 an ou de 11 à 12 ans y compris.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire, une attestation dont le modèle est fixé sous "e" de l'annexe III du présent arrêté.

d) au § 450000, les modalités de remboursement sont remplacées par les modalités suivantes:

Paragraphe 450000

1° - La spécialité fait l'objet d'un remboursement pendant une période de 2 mois et à concurrence de maximum 2 conditionnements, si elle a été prescrite pour:

a) le traitement de l'ulcère duodénal démontré par examen endoscopique ou radiographique;

b) le traitement de l'ulcère gastrique démontré par un examen endoscopique ou, en cas d'impossibilité documentée, par un examen radiographique.

2° - La demande adressée par le médecin traitant au médecin-conseil mentionnera la posologie prescrite et sera accompagnée des résultats des examens prévus pour prouver la réalité de l'affection traitée au moment de la prescription du médicament.

Sur base de ces éléments, le médecin-conseil peut autoriser le remboursement. A cet effet, il délivre au bénéficiaire une attestation dont le modèle est fixé sous "e" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée en fonction de la réglementation qui précède.

e) rechthebbenden van 13 tot en met 18 jaar, die nog niet geïmmuniseerd zijn;

f) de patiënten lijdend aan majeure thalassemie;

g) de ernstig mentaal gehandicapten;

h) rechthebbenden die een beenmergtransplantatie of een levertransplantatie ondergaan hebben, ongeacht de leeftijd;

i) de partner, gezinslid of huisgenoot van een patiënt die HBs antigen positief is.

Daartoe levert de adviserend geneesheer aan de rechthebbende, een attest af waarvan het model is vastgesteld onder "e" van bijlage III bij dit besluit.

(1) Er dient nota van genomen dat, in het raam van het Fonds voor beroepsziekten, er insgelijks in een specifieke reglementering ter vergoeding van deze entstof is voorzien in bepaalde toestanden en voor bepaalde rechthebbende.

c) in § 330200, worden de vergoedingsvoorwaarden vervangen als volgt:

Paragraaf 330200

De entstoffen ENGERIX B JUNIOR, HBVAXPRO 5µg/0,5 ml fl. en HBVAXPRO 5µg/0,5 ml ser. mogen eveneens worden vergoed als ze voorgeschreven worden voor rechthebbenden van 0 tot 1 jaar of van 11 tot en met 12 jaar.

Daartoe levert de adviserend geneesheer aan de rechthebbende een attest af waarvan het model is vastgesteld onder "e" van bijlage III van dit besluit.

d) in § 450000, worden de vergoedingsvoorwaarden vervangen als volgt:

Paragraaf 450000

1° - De specialiteit wordt vergoed gedurende een periode van 2 maanden en tot een maximum van 2 verpakkingen indien ze is voorgeschreven voor de behandeling van:

a) duodenumulcus, aangetoond door een endoscopisch of radiografisch onderzoek;

b) maagulcus, aangetoond door een endoscopisch onderzoek of, in het geval van gestaafde onmogelijkheid, door een radiografisch onderzoek.

2° - In de door de behandelend geneesheer aan de adviserend geneesheer gerichte aanvraag moet de voorgeschreven posologie worden vermeld; bij die aanvraag moeten de resultaten worden gevoegd van de onderzoeken waarin is voorzien om het bestaan van de aandoening te bewijzen die wordt behandeld op het tijdstip dat het geneesmiddel wordt voorgeschreven.

Op grond van die gegevens kan de adviserend geneesheer de vergoeding toestaan. Daartoe reikt hij aan de rechthebbende een attest uit waarvan het model is vastgelegd onder "e" van bijlage III van dit besluit en waarvan de geldigheidsduur beperkt is op grond van de reglementering die voorafgaat.

3°- Le remboursement simultané de cette spécialité et des antagonistes des récepteurs H2 (B-45, C-30), des inhibiteurs de la pompe à proton (B-48, B-273, C-31), d'ARTHROTEC (B-242), d'ULCOGANT (B-49) ou avec des préparations magistrales dans lesquelles un ou plusieurs principes actifs de ces spécialités sont incorporés, n'est jamais autorisé.

e) au § 470400, les modalités de remboursement sont remplacées par les modalités suivantes:

Paragraphe 470400

La spécialité ne fait l'objet d'un remboursement en catégorie B, à concurrence de trois conditionnements maximum, que s'il est démontré qu'elle a été utilisée dans le traitement préalable à une myomectomie transhystérocopique, en cas de fibrome utérin sous-muqueux ou interstitiel, responsable de saignements dysfonctionnels et/ou susceptible de dysfécondité.

La demande de remboursement, adressée au médecin-conseil, sera accompagnée du rapport motivé d'un médecin-spécialiste en gynécologie, mentionnant notamment les résultats préopératoires d'une échographie transvaginale (au moins 5 mm de myomètre sain entre le myome et la cavité pelvienne) et soit d'une hystérocopie (myome faisant saillie dans la cavité utérine), soit d'une hystérographie (myome faisant saillie dans la cavité utérine), soit l'hystérosonographie avec perfusion intra-utérine de solution physiologique.

A cet effet, le médecin conseil délivre au bénéficiaire, l'autorisation dont le modèle est fixé sous "e" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 6 mois maximum à partir de la date de l'hystérocopie ou de l'hystérographie préopératoire.

f) au § 470600, les modalités de remboursement sont remplacées par les modalités suivantes:

Paragraphe 470600

La spécialité DECAPEPTYL 11,25 mg fait l'objet d'un remboursement en catégorie B:

- s'il est démontré qu'elle a été prescrite dans le traitement de l'endométriose dont le diagnostic a été confirmé par un interniste ou un gynécologue sur base d'un rapport clinique mentionnant les résultats d'exams par laparoscopie et biopsie. En cas de contre-indication à la biopsie, une imagerie démonstrative par voie laparoscopique est jointe à la demande;
- et pour autant que la patiente n'ait pas bénéficié du remboursement d'un traitement pendant plus de 3 mois sur base des conditions du § 470200, avec une des spécialités qui y sont inscrites, car le total des conditionnements remboursés ne peut permettre une durée totale de traitement supérieure à 6 mois dans l'indication mentionnée ci-dessus.

A cet effet, le médecin-conseil délivre à la bénéficiaire l'attestation dont le modèle est fixé sous "e" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 3 mois maximum.

3°- De gelijktijdige vergoeding van deze specialiteit en van de antagonisten van de H2-receptoren (B-45, C-30), van protonpompinhibitoren (B-48, B-273, C-31), van ARTHROTEC (B-242), van ULCOGANT (B-49) of van magistrale bereidingen waarin één of meerdere van de actieve bestanddelen van deze specialiteiten vervat zijn, wordt nooit toegestaan.

e) in § 470400, worden de vergoedingsvoorwaarden vervangen als volgt:

Paragraaf 470400

De specialiteit wordt slechts vergoed in categorie B, tot maximum drie verpakkingen, als aangetoond is dat ze wordt gebruikt voor de voorafgaande behandeling van een transhysteroscopische myomectomie in geval van een submucosus of interstitieel uterusfibroom verantwoordelijk voor dysfunctionele bloedingen en/of vatbaar voor dysfecundatio.

De aanvraag tot terugbetaling, geadresseerd aan de adviserend geneesheer, zal begeleid worden van een gemotiveerd verslag van een geneesheer-specialist in de gynaecologie waarin inzonderheid de pre-operatieve resultaten van een transvaginale echografie (minstens 5 mm gezond myometrium tussen het myoom en de bekkenholte) en van ofwel een hysteroscopie (myoom dat vooruitspringt in de uterus holte), ofwel een hysterografie (myoom dat vooruitspringt in de uterus holte), ofwel een hysterosonografie met intra-uterus perfusie met fysiologische oplossing.

De adviserend geneesheer levert aan de rechthebbende een machtiging af waarvan het model is bepaald onder "e" van bijlage III van dit besluit en waarvan de geldigheidsduur vanaf de datum van de pre-operatieve hysteroscopie of hysterografie, tot maximum 6 maanden beperkt is.

f) in § 470600, worden de vergoedingsvoorwaarden vervangen als volgt:

Paragraaf 470600

De specialiteit DECAPEPTYL 11,25 mg wordt vergoed in categorie B als:

- aangetoond is dat ze voorgeschreven is voor de behandeling van endometriose waarvan de diagnose is bevestigd door een internist of een gynaecoloog, gestaafd met een klinisch verslag dat de resultaten van de laparoscopie en biopsie-onderzoeken bevat. In geval een biopsie tegenaangewezen is, wordt een overtuigende afbeelding langs laparoscopische weg bij de aanvraag gevoegd;
- en voor zover de patiënte geen terugbetaling heeft gekregen voor een behandeling van meer dan 3 maanden op basis van de voorwaarden van § 470200 met een van de specialiteiten die daar ingeschreven zijn, want het totaal van de vergoede verpakkingen mag geen behandelingsduur van meer dan 6 maanden toelaten in de hierboven vermelde indicatie.

Met het oog hierop reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende een machtiging uit waarvan het model is bepaald onder "e" van bijlage III van dit besluit, en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 3 maanden beperkt is.

A la demande motivée du médecin traitant, une nouvelle autorisation de modèle "e" peut être délivrée pour l'indication mentionnée ci-dessus, une seule fois au cours de vie de la patiente, pour une seule nouvelle période de 3 mois maximum, et pour autant que la patiente n'ait jamais bénéficié du remboursement pour un traitement de plus de 3 mois, sur base des conditions du § 470200, avec une des spécialités qui y sont inscrites.

- g) au § 730000, les modalités de remboursement sont remplacées par les modalités suivantes:

Paragraphe 730000

La spécialité ne fait l'objet d'un remboursement que si elle a été administrée dans le cadre d'un traitement de vasospasmes cérébraux après hémorragie subarachnoïdienne démontrée.

La quantité maximum pouvant être autorisée par le médecin-conseil est limitée à 68 flacons injectables à 10 mg et à 84 comprimés à 30 mg en milieu hospitalier. La quantité maximum pouvant être autorisée en milieu ambulatoire est limitée à 2 conditionnements de 50 comprimés à 30 mg.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire, pour chaque conditionnement autorisé, une attestation dont le modèle est fixé sous "e" de l'annexe III du présent arrêté.

- h) au § 1020000, l'inscription de la spécialité suivante est remplacée comme suit

Op de gemotiveerde aanvraag van de behandelde arts, kan een nieuw attest, model "e", uitgereikt worden voor de hierboven vermelde indicatie, éénmaal in het leven van de patiënte, voor één nieuwe periode van maximum 3 maanden voor zover de patiënte nooit een terugbetaling heeft gekregen voor een behandeling van meer dan 3 maanden op basis van de voorwaarden van § 470200 met een van de specialiteiten die er ingeschreven zijn.

- g) in § 730000, worden de vergoedingsvoorwaarden vervangen als volgt:

Paragraaf 730000

De specialiteit wordt slechts vergoed als ze is toegediend in het raam van een behandeling van cerebrale vasospasmen na bewezen subarachnoïdale bloeding.

De maximumhoeveelheid die door de adviserendgeneesheer mag worden toegestaan, is beperkt in het ziekenhuis tot 68 inspuitbare flacons aan 10 mg en 84 tabletten aan 30 mg. De maximumhoeveelheid die mag worden toegestaan buiten het ziekenhuis is beperkt tot 2 verpakkingen van 50 tabletten aan 30 mg.

Met het oog daarop reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende een machtiging uit waarvan het model is vastgesteld onder "e" van bijlage III van dit besluit.

- h) in § 1020000, wordt de inschrijving van de volgende specialiteit vervangen als volgt:

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm	Prix Prijs	Base de remb. Basis van tegemoeftk	I	II
OCTAPLASLG		OCTAPHARMA BENELUX			ATC: B05AA02			
	0778-399	1 poche 200 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 200 ml	1 zak 200 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 200 ml		87,3000	87,3000		
A-47 *	0778-399	1 poche 200 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 200 ml	1 zak 200 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 200 ml		99,6500	99,6500		
A-47 **	0778-399	1 poche 200 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 200 ml	1 zak 200 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 200 ml		92,5400	92,5400		

- i) au § 1310100, les modalités de remboursement reprises avant les annexes, sont remplacées par les modalités suivantes:

Paragraphe 1310100

La spécialité COPAXONE est remboursée si elle est administrée dans le traitement des bénéficiaires

1° ayant eu au moins un incident démyélinisant, avec un processus actif d'inflammation assez agressif pour justifier le traitement par des corticostéroïdes par voie intraveineuse, si les autres diagnostics envisageables sont exclus et qu'il a été déterminé que ces patients ont un risque élevé de développer une sclérose en plaques cliniquement définitive. Ce risque se traduit par la présence d'au moins 9 lésions

- i) in § 1310100, worden de vergoedingsvoorwaarden vermeld vóór de bijlagen, vervangen als volgt:

Paragraaf 1310100

De specialiteit COPAXONE wordt vergoed als ze wordt toegediend bij de behandeling van rechthebbenden

1° die minstens één demyeliniserend voorval hebben doorgemaakt, met daarbij een actief ontstekingsproces dat ernstig genoeg is om behandeling met intraveneuze corticosteroïden te rechtvaardigen, als alternatieve diagnoses uitgesloten zijn en als is vastgesteld dat deze patiënten een hoog risico hebben om klinisch definitieve MS te ontwikkelen. Dit risico wordt gekenmerkt door de

T2 et d'au moins une lésion marquée avec le gadolinium sur l'IRM;

2° atteints de sclérose en plaques de la forme relapsing-remitting, cliniquement prouvée, démontrée par la positivité d'au moins deux des tests suivants: examen du liquide de ponction lombaire, potentiels évoqués, RMN. Le bénéficiaire doit en outre satisfaire simultanément aux deux critères suivants:

- être ambulant (pouvoir marcher plus de 100 m sans d'aide à marche) c'est à dire ayant un score inférieur ou égal à 5,5 à l'EDSS (échelle de Kurtzke);

-avoir présenté au moins deux exacerbations durant les deux dernières années (avec récupération complète ou incomplète) c-à-d la survenue de nouveaux symptômes ou l'aggravation de symptômes existants, ayant duré au moins 24 heures, sans fièvre, suivant une période stable d'au moins 30 jours et ayant nécessité chacune un traitement par glucocorticoïdes ou par ACTH.

Le nombre de conditionnements remboursables est de maximum 13 conditionnements par an.

Première demande:

Le médecin spécialiste en neurologie ou en neuropsychiatrie transmet au médecin-conseil un formulaire de demande, dont le modèle est repris à l'annexe A de la présente réglementation, dûment complété, dans lequel il mentionne la posologie prescrite et confirme que le patient répond aux critères visés cidessus.

Demandes de prolongations:

Le médecin spécialiste en neurologie ou en neuropsychiatrie peut demander la prolongation de l'autorisation de remboursement pour des nouvelles périodes de 12 mois sur base d'un formulaire de demande, dont le modèle est repris à l'annexe B de la présente réglementation, dans lequel il confirme que l'efficacité du traitement est confirmé par l'absence d'évolution péjorative ou la présence d'un score EDSS inférieur ou égal à 6,5.

Délivrance des autorisations de remboursement:

Sur base du formulaire de demande adéquat, signé et dûment complété par le médecin spécialiste en neurologie ou en neuropsychiatrie, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire, pour le nombre de conditionnements nécessaires au traitement autorisé, une attestation dont le modèle est fixé sous "e" de l'annexe III du présent arrêté, dont la durée de validité est limitée à une période maximale de douze mois.

Le remboursement simultané des spécialités AVONEX, BETA FERON, EXTAVIA, COPAXONE ou REBIF n'est jamais autorisé.

aanwezigheid van tenminste 9 T2 laesies en tenminste één met gadolinium aankleurende laesie op de NMR;

2° die lijden aan multiple sclerose van het relapsing-remitting-type, klinisch bewezen, aangetoond door het positief resultaat van minstens twee van de volgende onderzoeken: onderzoek van het lumbale vocht, geëvoeerde potentialen, NMR. De rechthebbende moet bovendien gelijktijdig voldoen aan de volgende twee criteria:

- ambulant zijn (meer dan 100 m zonder hulpmiddel kunnen gaan) d.w.z. die een score van 5,5 of minder hebben op de EDSS (Kurtzkeschaal);

-minstens twee exacerbaties gedurende de laatste twee jaren hebben gedaan (met volledig of onvolledig herstel) d.w.z. het onverwacht optreden van nieuwe symptomen of de verergering van bestaande symptomen, die minstens 24 uur hebben geduurd, zonder koorts, volgend op een stabiele periode van minstens 30 dagen en die beide een behandeling hebben vereist met glucocorticosteroiden of ACTH.

Het aantal vergoedbare verpakkingen is beperkt tot maximum 13 per jaar.

Eerste vergoedingsaanvraag:

De geneesheer-specialist in de neurologie of neuropsychiatrie, bezorgt de adviserende geneesheer een correct ingevuld aanvraagformulier, waarvan het model wordt weergegeven in bijlage A van deze reglementering, waarin hij bevestigt dat de patiënt beantwoordt aan de bovengenoemde criteria en waarin de voorgeschreven dosering wordt vermeld.

Aanvraag voor verlenging van vergoeding:

De geneesheer-specialist in de neurologie of neuropsychiatrie kan een verlenging van de machtiging van de tegemoetkoming aanvragen voor nieuwe perioden van 12 maanden op basis van een aanvraagformulier, waarvan het model wordt weergegeven in bijlage B van deze reglementering, waarin hij bevestigt dat de werkzaamheid van de behandeling werd aangetoond door het ontbreken van een ongunstige evolutie of in geval van een EDSS-score lager of gelijk aan 6,5.

Aflevering van de vergoedingsattesten:

Op basis van het juiste formulier, volledig en correct ingevuld en ondertekend door de geneesheer-specialist in de neurologie of neuropsychiatrie, overhandigt de adviserende geneesheer de rechthebbende voor het aantal verpakkingen noodzakelijk voor de toegestane behandeling een machtiging waarvan het model is bepaald onder "e" van bijlage III van dit besluit, en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden beperkt is.

De gelijktijdige vergoeding van de specialiteiten AVONEX, BETA FERON, EXTAVIA, COPAXONE, of REBIF is nooit toegestaan.

j) aux §§ 1320101 et 1320102, la spécialité suivante est insérée:

j) in §§ 1320101 en 1320102, wordt de volgende specialiteit toegevoegd:

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm	Prix Prijs	Base de remb. Basis van tegemeetk	I	II
						<i>ex- usine / buiten bedrijf</i>		
		LAMZIDINEMYLAN 150 mg 300 mg	MYLAN			ATC: J05AR01		
A-20	3012-168	60 comprimés pelliculés, 150 mg / 300 mg	60 filmomhulde tabletten, 150 mg / 300 mg	G	237,62	237,62	0,00	0,00
	3012-168				209,4000	209,4000		
A-20 *	7702-384	1 comprimé pelliculé, 150 mg / 300 mg	1 filmomhulde tablet, 150 mg / 300 mg	G	3,8178	3,8178		
A-20 **	7702-384	1 comprimé pelliculé, 150 mg / 300 mg	1 filmomhulde tablet, 150 mg / 300 mg	G	3,6993	3,6993		

k) au § 1330200, les spécialités suivantes sont supprimées:

k) in § 1330200, worden de volgende specialiteiten geschrapt:

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm				
		FLUCONAZOL DOCPHARMA 2 mg/ml	DOCPHARMA			ATC: J02AC01		
	0789-362	1 flacon injectable 100 ml solution pour perfusion et injection, 2 mg/ml	1 injectieflacon 100 ml oplossing voor infusie en injectie, 2 mg/ml					
A-53 *	0789-362	1 flacon injectable 100 ml solution pour perfusion et injection, 2 mg/ml	1 injectieflacon 100 ml oplossing voor infusie en injectie, 2 mg/ml	G				
A-53 **	0789-362	1 flacon injectable 100 ml solution pour perfusion et injection, 2 mg/ml	1 injectieflacon 100 ml oplossing voor infusie en injectie, 2 mg/ml	G				
		FLUCONAZOL DOCPHARMA 2 mg/ml	DOCPHARMA			ATC: J02AC01		
	0789-370	1 flacon injectable 200 ml solution pour perfusion, 2 mg/ml	1 injectieflacon 200 ml oplossing voor infusie, 2 mg/ml					
A-53 *	0789-370	1 flacon injectable 200 ml solution pour perfusion, 2 mg/ml	1 injectieflacon 200 ml oplossing voor infusie, 2 mg/ml	G				
A-53 **	0789-370	1 flacon injectable 200 ml solution pour perfusion, 2 mg/ml	1 injectieflacon 200 ml oplossing voor infusie, 2 mg/ml	G				

l) aux §§ 1350100 et 1350200, les spécialités suivantes sont insérées:

l) in §§ 1350100 en 1350200, worden de volgende specialiteiten toegevoegd:

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm	Prix Prijs	Base de remb. Basis van tegemeetk	I	II
						<i>ex- usine / buiten bedrijf</i>		
		DOCETAXEL ACCORD 20 mg/ml	ACCORD HEALTHCARE			ATC: L01CD02		
	7702-301	1 flacon injectable 1 ml solution à diluer pour perfusion, 20 mg	1 injectieflacon 1 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 20 mg		64,3200	64,3200		
A-28 *	7702-301	1 flacon injectable 1 ml solution à diluer pour perfusion, 20 mg	1 injectieflacon 1 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 20 mg	G	75,2900	75,2900		
A-28 **	7702-301	1 flacon injectable 1 ml solution à diluer pour perfusion, 20 mg	1 injectieflacon 1 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 20 mg	G	68,1800	68,1800		

DOCETAXEL ACCORD 20 mg/ml		ACCORD HEALTHCARE		ATC: L01CD02	
	7702-319	1 flacon injectable 4 ml solution à diluer pour perfusion, 80 mg	1 injectieflacon 4 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 80 mg		257,2500 257,2500
A-28 *	7702-319	1 flacon injectable 4 ml solution à diluer pour perfusion, 80 mg	1 injectieflacon 4 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 80 mg	G	279,8000 279,8000
A-28 **	7702-319	1 flacon injectable 4 ml solution à diluer pour perfusion, 80 mg	1 injectieflacon 4 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 80 mg	G	272,6900 272,6900
DOCETAXEL ACCORD 20 mg/ml		ACCORD HEALTHCARE		ATC: L01CD02	
	7702-327	1 flacon injectable 8 ml solution à diluer pour perfusion, 160 mg	1 injectieflacon 8 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 160 mg		514,5000 514,5000
A-28 *	7702-327	1 flacon injectable 8 ml solution à diluer pour perfusion, 160 mg	1 injectieflacon 8 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 160 mg	G	552,4800 552,4800
A-28 **	7702-327	1 flacon injectable 8 ml solution à diluer pour perfusion, 160 mg	1 injectieflacon 8 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 160 mg	G	545,3700 545,3700
DOCETAXEL KABI 120 mg/6 ml		FRESENIUS KABI		ATC: L01CD02	
	7702-145	1 flacon injectable 6 ml solution à diluer pour perfusion, 120 mg	1 injectieflacon 6 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 120 mg		410,5100 410,5100
A-28 *	7702-145	1 flacon injectable 6 ml solution à diluer pour perfusion, 120 mg	1 injectieflacon 6 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 120 mg	G	442,2500 442,2500
A-28 **	7702-145	1 flacon injectable 6 ml solution à diluer pour perfusion, 120 mg	1 injectieflacon 6 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 120 mg	G	435,1400 435,1400
DOCETAXEL KABI 180 mg/9 ml		FRESENIUS KABI		ATC: L01CD02	
	7702-152	1 flacon injectable 9 ml solution à diluer pour perfusion, 180 mg	1 injectieflacon 9 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 180 mg		615,7600 615,7600
A-28 *	7702-152	1 flacon injectable 9 ml solution à diluer pour perfusion, 180 mg	1 injectieflacon 9 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 180 mg	G	659,8200 659,8200
A-28 **	7702-152	1 flacon injectable 9 ml solution à diluer pour perfusion, 180 mg	1 injectieflacon 9 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 180 mg	G	652,7100 652,7100

m) aux §§ 1450100, 1450200, 1450300, 1450400 et 1450500, les spécialités suivantes sont supprimées:

m) in §§ 1450100, 1450200, 1450300, 1450400 en 1450500, worden de volgende specialiteiten geschrapt:

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)					
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs	
				Opm	
GEMCITABINE MYLAN 40 mg/ml		MYLAN		ATC: L01BC05	
	0751-925	1 flacon injectable 5 ml solution à diluer pour perfusion, 40 mg/ml	1 injectieflacon 5 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 40 mg/ml		
A-24 *	0751-925	1 flacon injectable 5 ml solution à diluer pour perfusion, 40 mg/ml	1 injectieflacon 5 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 40 mg/ml	G	
A-24 **	0751-925	1 flacon injectable 5 ml solution à diluer pour perfusion, 40 mg/ml	1 injectieflacon 5 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 40 mg/ml	G	
GEMCITABINE MYLAN 40 mg/ml		MYLAN		ATC: L01BC05	
	0751-933	1 flacon injectable 25 ml solution à diluer pour perfusion, 40 mg/ml	1 injectieflacon 25 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 40 mg/ml		
A-24 *	0751-933	1 flacon injectable 25 ml solution à diluer pour perfusion, 40 mg/ml	1 injectieflacon 25 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 40 mg/ml	G	
A-24 **	0751-933	1 flacon injectable 25 ml solution à diluer pour perfusion, 40 mg/ml	1 injectieflacon 25 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 40 mg/ml	G	
GEMCITABINE MYLAN 40 mg/ml		MYLAN		ATC: L01BC05	
	0751-941	1 flacon injectable 50 ml solution à diluer pour perfusion, 40 mg/ml	1 injectieflacon 50 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 40 mg/ml		
A-24 *	0751-941	1 flacon injectable 50 ml solution à diluer pour perfusion, 40 mg/ml	1 injectieflacon 50 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 40 mg/ml	G	
A-24 **	0751-941	1 flacon injectable 50 ml solution à diluer pour perfusion, 40 mg/ml	1 injectieflacon 50 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 40 mg/ml	G	

n) aux §§ 1530100 et 1530200, la spécialité suivante est supprimée:

n) in §§ 1530100 en 1530200, wordt de volgende specialiteit geschrapt:

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)					
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm	
EXEMESTANE PFIZER 25 mg		PFIZER			ATC: L02BG06
A-28	2875-086	30 comprimés enrobés, 25 mg	30 omhulde tabletten, 25 mg	R	
	2875-086				

o) aux §§ 1550100 et 1550200, les spécialités suivantes sont insérées:

o) in §§ 1550100 en 1550200, worden de volgende specialiteiten toegevoegd:

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm	Prix Prijs	Base de remb. Basis van tegemeetk <i>ex-usine / buiten bedrijf</i>	I	II
IRINOTECAN HYDROCHLORIDE ACCORD HEALTHCARE 20 mg/ml		ACCORD HEALTHCARE						ATC: L01XX19
	7702-335	1 flacon injectable 15 ml solution à diluer pour perfusion, 20 mg/ml	1 injectieflacon 15 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 20 mg/ml		238,8200	238,8200		
A-28 *	7702-335	1 flacon injectable 15 ml solution à diluer pour perfusion, 20 mg/ml	1 injectieflacon 15 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 20 mg/ml	G	260,2600	260,2600		
A-28 **	7702-335	1 flacon injectable 15 ml solution à diluer pour perfusion, 20 mg/ml	1 injectieflacon 15 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 20 mg/ml	G	253,1500	253,1500		
IRINOTECAN HYDROCHLORIDE ACCORD HEALTHCARE 20 mg/ml		ACCORD HEALTHCARE						ATC: L01XX19
	7702-061	1 flacon injectable 25 ml solution à diluer pour perfusion, 20 mg/ml	1 injectieflacon 25 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 20 mg/ml		398,0300	398,0300		
A-28 *	7702-061	1 flacon injectable 25 ml solution à diluer pour perfusion, 20 mg/ml	1 injectieflacon 25 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 20 mg/ml	G	429,0200	429,0200		
A-28 **	7702-061	1 flacon injectable 25 ml solution à diluer pour perfusion, 20 mg/ml	1 injectieflacon 25 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 20 mg/ml	G	421,9100	421,9100		

p) au § 1710000, les modalités de remboursement sont remplacées par les modalités suivantes:

p) in § 1710000, worden de vergoedingsvoorwaarden vervangen als volgt:

Paragraphe 1710000

La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle est administrée pour le traitement d'une des affections suivantes:

- arthrose;
- arthrite rhumatoïde.

A condition que le bénéficiaire présente au moins un des antécédents ou caractéristiques suivants (facteurs de risque):

- > 65 ans;
- une co-médication médicalement justifiée d'AINS+anticoagulants;
- une co-médication médicalement justifiée d'AINS+corticostéroïdes;

Paragraaf 1710000

De specialiteit wordt vergoed als ze toegediend wordt bij de behandeling van een van de volgende aandoeningen:

- artrose;
- reumatische artritis.

Op voorwaarde dat de rechthebbende minstens één van de volgende antecedenten of karakteristieken (risicofactoren) vertoont:

- > 65 jaar;
- medisch verantwoorde co-medicatie NSAï middelen + anticoagulanta;
- medisch verantwoorde co-medicatie NSAï middelen + corticosteroiden;

- état de morbidité sévère;
- antécédent documenté d'un ulcère gastro-duodéal sous traitement par AINS;
- antécédent documenté d'un ulcère gastro-duodéal avec complications.
- een ernstig ziektebeeld;
- gedocumenteerde voorgeschiedenis van gastroduodenaal ulcus tijdens innames van NSAï middelen;
- gedocumenteerde voorgeschiedenis van gastroduodenaal ulcus met complicaties.

Dans ces cas, la prescription des AINS tiendra compte entre autres des recommandations du rapport du Jury de la conférence de consensus de l'INAMI du 25.11.2004 à Bruxelles, dont le texte long se trouve sur <http://www.inami.fgov.be/drug/fr/statistics-scientific-information/consensus/2004-11-25/pdf/lv.pdf>.

L'autorisation est accordée à condition que le médecin traitant dispose dans son dossier médical des éléments nécessaires pour confirmer le diagnostic de l'affection rhumatologique et la présence d'un des facteurs de risque visés ci-dessus.

Sur base d'une demande du médecin traitant mentionnant le diagnostic rhumatologique et la présence de(s) facteur(s) de risque et stipulant que les éléments de preuve étayant le respect des critères sont tenus à la disposition du médecin-conseil, celui-ci autorise le remboursement de 3 conditionnements pour une période de 3 mois.

De nouvelles périodes de maximum 12 mois peuvent être autorisées par le médecin-conseil à concurrence de maximum 13 conditionnements à la demande du médecin traitant sur base d'une demande attestant de l'efficacité du traitement.

Sur base de ces éléments, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire, pour chaque conditionnement nécessaire au traitement autorisé, une attestation dont le modèle est fixé sous "e" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée en fonction de la réglementation qui précède.

Le remboursement simultané de cette spécialité et des antagonistes des récepteurs H2 (B-45, C-30), des inhibiteurs de la pompe à proton pour la prévention des érosions gastro-duodénales qui pourraient survenir du fait d'un traitement par AINS (B-48, B-273, C-31), de CYTOTEC (B-47), d'ULCOGANT (B-49) ou avec des préparations magistrales dans lesquelles un ou plusieurs principes actifs de ces spécialités sont incorporés, n'est jamais autorisé.

q) au § 1720000, les modalités de remboursement sont remplacées par les modalités suivantes:

Paragraphe 1720000

La spécialité ne peut faire l'objet d'un remboursement que si elle est administrée chez la femme ménopausée pour le traitement d'un carcinome mammaire métastaté.

Le nombre de conditionnements remboursables tiendra compte d'une posologie journalière maximale de 60 mg.

Sur base d'un rapport du médecin traitant mentionnant, outre le diagnostic, la posologie prescrite, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire une attestation dont le modèle est fixé sous "e" de l'annexe III du présent arrêté, dont la durée de validité est limitée à une période maximale de douze mois.

In deze gevallen zal het voorschrijven van NSAï middelen rekening houden met de aanbevelingen in het Juryrapport van de RIZIV-consensusvergadering van 25.11.2004 te Brussel, waarvan de uitgebreide tekst zich bevindt op <http://www.riziv.fgov.be/drug/nl/statistics-scientific-information/consensus/2004-11-25/pdf/lv.pdf>.

De vergoeding wordt toegestaan op voorwaarde dat de behandelende arts in zijn medisch dossier beschikt over de nodige elementen om de diagnose van de reumatologische aandoening en de aanwezigheid van minstens 1 van de hogervermelde risicofactoren te bevestigen.

Op basis van een aanvraag van de behandelende arts, waarin de reumatologische diagnose en de aanwezigheid van de risicofactor(en) worden vermeld en waarin nader wordt omschreven dat de bewijsstukken die aantonen dat aan de criteria werd voldaan ter beschikking worden gehouden van de adviserend-geneesheer, staat deze de vergoeding toe van 3 verpakkingen voor een periode van 3 maanden.

Nieuwe perioden van maximum 12 maanden kunnen worden toegestaan door de adviserend geneesheer, telkens van maximum 13 verpakkingen, op vraag van de behandelende geneesheer en op basis van een aanvraag die de doeltreffendheid van de behandeling staft.

Op basis van deze elementen reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende, voor elke verpakking die nodig is voor de toegestane behandeling, een getuigschrift uit waarvan het model is vastgesteld onder "e" van bijlage III van dit besluit, waarvan de geldigheidsduur beperkt is in functie van de voorafgaande reglementering.

De gelijktijdige vergoeding van deze specialiteit met antagonisten van H2-receptoren (B-45, C-30) met protonpompinhibitoren ter preventie van gastro-duodenale erosies die zouden kunnen ontstaan tijdens innames van NSAï middelen (B-48, B-273, C-31), met CYTOTEC (B-47), met ULCOGANT (B-49) of met magistrale bereidingen waarin één of meerdere actieve bestanddelen van deze specialiteiten vervat zijn, is nooit toegestaan.

q) in § 1720000, worden de vergoedingsvoorwaarden vervangen als volgt:

Paragraaf 1720000

De specialiteit wordt enkel vergoed als ze toegediend wordt voor de behandeling van gemetastaseerd borstcarcinoom bij een vrouw in de menopauze.

Het aantal vergoedbare verpakkingen moet rekening houden met een maximale dagelijkse dosering van 60 mg.

Op basis van een verslag van een behandelend geneesheer waarin, benevens de diagnose, de voorgeschreven dosering zijn vermeld, reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende een getuigschrift uit waarvan het model is vastgesteld onder "e" van bijlage III van dit besluit, waarvan de geldigheidsduur beperkt is tot een periode van maximum twaalf maanden.

Cette autorisation de remboursement de maximum 12 mois est renouvelable à terme sur base chaque fois d'une nouvelle demande de remboursement.

Le remboursement simultané de la spécialité FARESTON et des spécialités et/ou des préparations magistrales à base de tamoxifène n'est jamais autorisé.

r) au § 1910000, les modalités de remboursement sont remplacées par les modalités suivantes:

Paragraphe 1910000

La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle est administrée en association avec un traitement remboursé par interféron alfa-2b, ou par peginterféron alfa-2b, pour le traitement de bénéficiaires adultes atteints d'une hépatite C chronique démontrée par une élévation des ALAT à deux reprises à au moins 1 mois d'intervalle, et par un ARN-VHC sérique positif.

Les bénéficiaires concernés pour une combithérapie sont:

- soit des patients naïfs y compris des patients stables co-infectés par le VHC + VIH;
- soit des patients en retraitement en cas d'échec à un précédent traitement par interféron alfa (pegylé ou non-pegylé) en monothérapie ou une bithérapie comprenant un interféron alfa (pegylé ou non-pegylé) plus ribavirine.

Le remboursement est accordé à condition que, à l'initiation du traitement associant le REBETOL avec respectivement l'INTRON A ou le PEGINTRON, le bénéficiaire concerné remplit les conditions mentionnées ci-avant ainsi que celles de l'INTRON A (chapitre IV § 420302) ou le PEGINTRON (chapitre IV § 2350200).

Le nombre de conditionnements remboursables tiendra compte d'une posologie maximale de 1.400 mg/jour.

Sur base d'une demande via le chapitre IV § 420302 ou § 2350200, établi par un médecin spécialiste en gastro-entérologie ou en médecine interne, qui mentionne notamment la posologie prescrite et le dosage souhaité, tout en s'engageant à tenir à disposition les éléments de preuve relatifs à la situation du patient, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire une attestation dont le modèle est fixé sous "e" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 24 semaines maximum.

Cette autorisation de remboursement du REBETOL, utilisé en association avec un traitement remboursé par INTRON A ou PEGINTRON, peut être renouvelée à terme pour une seule période de 24 semaines maximum, selon les critères du chapitre IV § 420302 ou § 2350200.

Le remboursement simultané de la spécialité REBETOL avec les spécialités COPEGUS, RIBAVIRINE SANDOZ, ROFERON ou PEGASYS n'est jamais autorisé.

Deze machtiging tot terugbetaling kan worden hernieuwd voor maximum 12 maanden, telkens op basis van een nieuwe aanvraag tot vergoeding.

De gelijktijdige vergoeding van de specialiteit FARESTON en specialiteiten en/of magistrale bereidingen op basis van tamoxifen is nooit toegestaan.

r) in § 1910000, worden de vergoedingsvoorwaarden vervangen als volgt:

Paragraaf 1910000

De specialiteit wordt vergoed indien ze wordt toegediend met een vergoede therapie van interferon alfa-2b of peginterferon alfa-2b, voor de behandeling van volwassen rechthebbenden met chronische hepatitis C die is aangetoond door tweemaal een verhoogde ALT met minstens 1 maand interval bepaald, en door één positief serum HCV-RNA.

De betrokken rechthebbenden voor een combitherapie zijn:

- ofwel naïeve patiënten, met inbegrip van patiënten met een klinische stabiele HCV + HIV co-infectie;
- ofwel patiënten in herbehandeling na falen van een eerdere behandeling met interferon alfa (gepegyleerd of niet-gepegyleerd) in monotherapie of een bithérapie met interferon alfa (gepegyleerd of niet-gepegyleerd) plus ribavirine.

De vergoeding wordt toegestaan op voorwaarde dat de betrokken rechthebbende, bij het instellen van de behandeling die REBETOL en INTRON A respectievelijk PEGINTRON combineert, voldoet aan de voorwaarden hiervoor genoemd en aan deze van INTRON A (hoofdstuk IV § 420302) of PEGINTRON (hoofdstuk IV § 2350200).

Het aantal vergoedbare verpakkingen houdt rekening met een maximale dosering van 1.400 mg per dag.

Op basis van de aanvraag via hoofdstuk IV § 420302 of § 2350200, opgesteld door een arts-specialist in de gastro-entérologie of in de inwendige geneeskunde, waarin uitdrukkelijk de voorgeschreven dosering en de gewenste dosis wordt vermeld, zich ertoe verbindend het bewijsmateriaal betreffende de situatie van de patiënt ter beschikking te houden, levert de adviserend geneesheer aan de rechthebbende een machtiging af waarvan het model is vastgesteld onder "e" van bijlage III van dit besluit en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 24 weken is beperkt.

Deze machtiging tot terugbetaling van REBETOL, gebruikt in associatie met een terugbetaalde behandeling van INTRON A of PEGINTRON, kan nadien vernieuwd worden voor één enkele periode van maximum 24 weken, via de bepalingen van hoofdstuk IV § 420302 of § 2350200.

De gelijktijdige vergoeding van de specialiteit REBETOL met de specialiteiten COPEGUS, RIBAVIRINE SANDOZ, ROFERON of PEGASYS is nooit toegestaan.

s) au § 1930000, les spécialités suivantes sont supprimées:

s) in § 1930000, worden de volgende specialiteiten geschrapt:

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)					
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs	Opm
TEMOZOLOMIDE SANDOZ 100 mg		SANDOZ		ATC: L01AX03	
	0798-256	5 gélules, 100 mg	5 capsules, hard, 100 mg		
A-23 *	0798-256	1 gélule, 100 mg	1 capsule, hard, 100 mg	G	
A-23 **	0798-256	1 gélule, 100 mg	1 capsule, hard, 100 mg	G	
TEMOZOLOMIDE SANDOZ 20 mg		SANDOZ		ATC: L01AX03	
	0798-249	5 gélules, 20 mg	5 capsules, hard, 20 mg		
A-23 *	0798-249	1 gélule, 20 mg	1 capsule, hard, 20 mg	G	
A-23 **	0798-249	1 gélule, 20 mg	1 capsule, hard, 20 mg	G	
TEMOZOLOMIDE SANDOZ 250 mg		SANDOZ		ATC: L01AX03	
	0798-264	5 gélules, 250 mg	5 capsules, hard, 250 mg		
A-23 *	0798-264	1 gélule, 250 mg	1 capsule, hard, 250 mg	G	
A-23 **	0798-264	1 gélule, 250 mg	1 capsule, hard, 250 mg	G	
TEMOZOLOMIDE SANDOZ 5 mg		SANDOZ		ATC: L01AX03	
	0798-231	5 gélules, 5 mg	5 capsules, hard, 5 mg		
A-23 *	0798-231	1 gélule, 5 mg	1 capsule, hard, 5 mg	G	
A-23 **	0798-231	1 gélule, 5 mg	1 capsule, hard, 5 mg	G	

t) au § 2110000, les modalités de remboursement sont remplacées par les modalités suivantes:

t) in § 2110000, worden de vergoedingsvoorwaarden vervangen als volgt:

Paragraphe 2110000

La spécialité est remboursée si elle est utilisée dans le traitement d'une néovascularisation choroïdienne rétrofovéolaire de type classique ou à prédominance classique et d'une néovascularisation choroïdienne rétrofovéolaire occulte.

La néovascularisation doit être la conséquence d'une des affections suivantes:

1. Dégénérescence maculaire liée à l'âge;
2. Myopie;
3. Lésions inflammatoires;
4. Rupture de la membrane de Bruch traumatique ou dégénérative.

Le diagnostic doit reposer sur les bases suivantes:

1. Néovaisseaux à un stade actif ; leur diffusion doit être démontrée à l'aide d'une angiographie à la fluorescéine.
2. Oedème rétinien démontré par:
soit l'angiographie fluorescéinique stéréoscopique
soit la Tomographie en Cohérence Optique ou un système analogue
3. La vision corrigée doit atteindre au moins 1/10.
4. La vision corrigée doit atteindre au plus 4/10 ou la grandeur de la lésion < 6000 µ en cas de néovascularisation choroïdienne rétrofovéolaire occulte.

Paragraaf 2110000

De specialiteit wordt vergoed als ze wordt gebruikt bij de behandeling van subfoveale choroïdale neovascularisatie van het klassieke of predominerend klassieke type en van occulte subfoveale choroïdale neovascularisatie.

De neovascularisatie moet het gevolg zijn van één van de volgende aandoeningen:

1. Leeftijdsgebonden degeneratieve aandoeningen;
2. Myopie;
3. Inflammatoire aandoeningen;
4. Traumatische of degeneratieve Bruchs' membraanruptuur.

De diagnose moet berusten op:

1. Nieuwvaatvorming in een actief stadium; de lekkage moet aangetoond worden met behulp van fluorescentieangiografie
2. Netvliesoedeem aangetoond met behulp van:
hetzij stereoscopische fluorescentieangiografie
hetzij Optical Coherence Tomografie of vergelijkbaar systeem
3. De visus met correctie moet 1/10 of meer bedragen.
4. De visus met correctie moet 4/10 of slechter bedragen of de lesiegrootte < 6000 µ in geval van occulte subfoveale choroïdale neovascularisatie.

L'ophtalmologue, spécialisé dans le traitement des dégénérescences maculaires liées à l'âge, remet au médecin conseil un rapport circonstancié prouvant que le patient satisfait à tous les critères repris ci-dessus.

Sur base de ce rapport, tenant compte du fait que le nombre de conditionnements remboursables est limité à 4 par an, le médecin conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est repris sous "e" de l'annexe III du présent arrêté.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée sur requête motivée de l'ophtalmologue traitant jusqu'à un maximum de 4 flacons par an. L'œdème rétinien doit être démontrée avant d'entamer un second traitement.

u) le § 2480000 est supprimé (MABCAMPATH);

v) au § 2630000, les modalités de remboursement sont remplacées par les modalités suivantes:

Paragraphe 2630000

a) La spécialité ne fait l'objet d'un remboursement que si elle est administrée pour le traitement d'une infection chronique par du *Pseudomonas aeruginosa* chez un bénéficiaire âgé de 6 ans ou plus, atteint de mucoviscidose, et présentant, à l'initiation du traitement, un VEMS égal ou supérieur à 25 % et inférieur à 75 % de la valeur théorique basée sur l'âge, le sexe et la taille.

b) Le remboursement est accordé pour autant que le médecin spécialiste visé au point d) ci-dessous s'engage à arrêter le traitement si un nouvel examen pléthysmographique, réalisé au cours du 6ème mois après l'initiation du traitement, montre que le VEMS (le meilleur résultat de 3 épreuves) est inférieur au VEMS de départ.

c) Le remboursement est limité à un maximum de 6 conditionnements de 56 ampoules par période de 12 mois.

d) Le médecin spécialiste en pédiatrie ou en pneumologie, attaché à un Centre de référence reconnu en matière de mucoviscidose, établit à l'intention du médecin-conseil un rapport circonstancié démontrant que les conditions visées au point a) ci-dessus sont remplies, et joint à son rapport le protocole d'un examen pléthysmographique récent, ainsi que, lors de la première demande, une attestation dans laquelle il s'engage à réaliser un nouvel examen pléthysmographique au cours du 6ème mois après l'initiation du traitement, et à arrêter le traitement si, lors de cet examen, le VEMS (le meilleur résultat de 3 épreuves) est inférieur au VEMS de départ.

e) Sur base de ces éléments, le médecin conseil délivre au bénéficiaire, l'attestation dont le modèle est fixé sous "e" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à un maximum de 12 mois.

f) Cette autorisation peut être prolongée par périodes renouvelables de 12 mois sur base chaque fois d'une demande motivée du médecin spécialiste visé ci-dessus, qui, lors de la première demande de prolongation, joint à sa demande le protocole de l'examen examen pléthysmographique visé au point b).

De oftalmoloog met specifieke ervaring in de behandeling van patiënten met AMD verstrekt aan de adviserend geneesheer een omstandig verslag waarin wordt aangetoond dat de patiënt aan bovengenoemde criteria voldoet.

Op basis van dit verslag, rekening houdend met het feit dat het aantal vergoedbare verpakkingen tot maximum 4 per jaar beperkt is, reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is vastgesteld onder "e" van bijlage III van dit besluit.

De machtiging tot vergoeding mag worden verlengd op gemotiveerd verzoek van de behandelende oftalmoloog tot maximum 4 verpakkingen per 12 maanden. Netvliesoedeem moet voor herbehandeling aangetoond worden.

u) § 2480000 wordt geschrapt (MABCAMPATH);

v) in § 2630000, worden de vergoedingsvoorwaarden vervangen als volgt:

Paragraaf 2630000

a) De specialiteit kan slechts worden terugbetaald indien zij is toegediend voor de behandeling van een chronische infectie met *Pseudomonas aeruginosa* aan een rechthebbende van 6 jaar of ouder die lijdt aan mucoviscidose en waarvan de ESW niet lager is dan 25 % of niet hoger is dan 75 % van de theoretische waarde volgens leeftijd, geslacht en lengte bij de aanvang van de behandeling.

b) De vergoeding is toegestaan voor zover de geneesheer-specialist, bedoeld in punt d) hierna, er zich toe verbindt om de behandeling te stoppen als een nieuw plethysmografisch onderzoek uitgevoerd gedurende de 6de maand na de aanvang van de behandeling, aantoonde dat de ESW na behandeling (beste resultaat van 3 proeven) lager is dan de startwaarde.

c) De terugbetaling is beperkt tot een maximum van 6 dozen van 56 ampullen per periode van 12 maanden.

d) De geneesheer-specialist in de pediatrie of de geneesheer-specialist in de pneumologie, verbonden aan een erkend referentiecentrum op het gebied van mucoviscidose, maakt ter attentie van de adviserend geneesheer een omstandig verslag waarin wordt aangetoond dat aan de voorwaarden vermeld in a), herboven, is voldaan en voegt bij zijn rapport het proto-col van een recent plethysmografisch onderzoek, evenals, bij de eerste aanvraag, een attest waarin hij er zich toe verbindt een nieuw plethysmografisch onderzoek uit te voeren tijdens de 6de maand na de aanvang van de behandeling, en de behandeling te stoppen indien dit onderzoek aantoonde dat de ESW (beste resultaat van 3 proeven) lager is aan de startwaarde.

e) Op basis van die gegevens reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model onder "e" van bijlage III van dit besluit is vastgesteld en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

f) Deze machtiging tot terugbetaling kan worden verlengd voor hernieuwbare periodes van 12 maanden, telkens op basis van een gemotiveerde aanvraag van de geneesheer-specialist hierboven bedoeld, die bij de eerste aanvraag tot hernieuwing, bij zijn verslag het protocol van de plethysmografisch onderzoek voegt, bedoeld in de punt b).

w) au § 2730000, la spécialité suivante est supprimée:

w) in § 2730000, wordt de volgende specialiteit geschrapt:

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)					
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs	Opm
FLUVASTATIN SANDOZ 80 mg		SANDOZ	(zie ook hoofdstuk: II voir aussi chapitre: II)	ATC: C10AA04	
A-45	2909-398	56 comprimés à libération prolongée, 80 mg	56 tabletten met verlengde afgifte, 80 mg	G	
	2909-398				

x) au § 2780200, les modalités de remboursement reprises avant l'annexe, sont remplacées par les modalités suivantes:

x) in § 2780200, worden de vergoedingsvoorwaarden vermeld vóór de bijlage, vervangen als volgt:

Paragraphe 2780200

a) La spécialité CRESTOR 5mg fait l'objet d'un remboursement dans une des indications reprises ci-dessous sous 1. (catégorie A) ou sous 2. (catégorie B), lorsqu'elle est utilisée comme dose initiale pour le traitement de patients ayant des facteurs prédisposants (*) de myopathie / rhabdomyolyse et pour lesquels une dose journalière de 5 mg est suffisante :

(*) De tels facteurs comprennent entre autres : insuffisance rénale, hypothyroïdie, antécédents personnels ou familiaux de maladies musculaires génétiques, antécédents personnels d'atteintes musculaires avec un autre inhibiteur de l' HMG-CoA réductase ou un fibrate, consommation excessive d'alcool, âge > 70 ans, situations favorisant une élévation des taux plasmatiques, usage simultané de fibrates.

1. En catégorie A, pour autant qu'elle soit administrée chez des bénéficiaires atteints d'une hypercholestérolémie familiale définie par une hypercholestérolémie sévère (cholestérol sérique total supérieur ou égal à 300 mg/dl, mesuré à jeun, à au moins deux reprises avec 1 à 8 semaines d'intervalle, en état stable, sous régime approprié) et pour autant que le caractère familial de cette hypercholestérolémie sévère ait été confirmé :

1.1. Soit par le fait que au moins un apparenté du premier degré de ce bénéficiaire a présenté une manifestation clinique d'une atteinte artérielle (*) précoce, c'est à dire survenue avant l'âge de 55 ans pour un homme, ou avant l'âge de 65 ans pour une femme.

1.2. Soit, dans le cas où aucun apparenté au premier degré n'ait présenté une telle manifestation clinique, par un typage génétique qui démontre une mutation du récepteur au LDL cholestérol chez le bénéficiaire concerné pour autant que la détermination biologique de la présence de l'hypercholestérolémie sévère ait été établie préalablement à la demande de réalisation du test génétique.

(*) Antécédent d'au moins une atteinte artérielle, dûment documentée par un examen technique complémentaire dans le dossier médical tenu par le prescripteur pour le patient concerné :

- soit coronaire: infarctus, angor objectivé, syndrome coronarien aigu, pontage aorto-coronaire, angioplastie coronaire ;
- soit cérébrale: accident vasculaire cérébral thrombotique, accident ischémique transitoire documenté ;

Paragraaf 2780200

a) De specialiteit CRESTOR 5mg komt voor vergoeding in aanmerking in één van de indicaties die hieronder vermeld zijn onder 1. (categorie A) of onder 2. (categorie B), wanneer ze gebruikt wordt als startdosis voor de behandeling van patiënten met predisponerende factoren (*) voor myopathie / rhabdomyolyse bij die patiënten waarbij een dagdosis van 5 mg voldoende is:

(*) Dergelijke factoren omvatten ondermeer: nierinsufficiëntie, hypothyroïdie, persoonlijke of familiale anamnese met erfelijke spierziekte, musculaire toxiciteit met andere HMG-CoA reductase remmers of fibraten in anamnese, alcoholmisbruik, leeftijd > 70 jaar, situaties waarbij een verhoogde plasmaspiegel kan optreden, gelijktijdig gebruik van fibraten.

1. In categorie A, voor zover ze is toegediend aan rechthebbenden met familiale hypercholesterolemie, gedefinieerd als een ernstige hypercholesterolemie (totaal serum cholesterol groter dan of gelijk aan 300 mg/dl, nuchter gemeten tijdens minstens twee afnames met 1 tot 8 weken tussentijd, in een stabiele toestand, onder een aangepast dieet) en voor zover het familiale karakter van deze ernstige hypercholesterolemie bevestigd werd :

1.1. Ofwel door het feit dat minstens één verwant(e) in de eerste graad van deze rechthebbende klinische verschijnselen van een vroegtijdige arteriële aandoening (*) aangetoond heeft, meer bepaald voor de leeftijd van 55 jaar bij een man of voor de leeftijd van 65 jaar bij een vrouw.

1.2. Ofwel, in het geval dat geen verwant(e) in de eerste graad deze klinische verschijnselen aangetoond heeft, door een genetische typering die een mutatie van de LDL cholesterol receptor aantoon bij de betrokken rechthebbende voor zover de ernstige hypercholesterolemie biologisch bepaald en vastgesteld werd voorafgaandelijk aan de aanvraag tot genetische test.

(*) Antecedent van minstens een arteriële aandoening, grondig gedocumenteerd door een bijkomend technisch onderzoek in het medisch dossier dat door de voorschrijvende arts voor deze patiënt wordt bijgehouden:

- ofwel coronaire: infarct, geobjectiveerde angor, acuut coronair syndroom, aorto-coronaire bypass, coronaire angioplastie ;
- ofwel cerebraal: cerebrovasculair thrombotisch accident, gedocumenteerd transitair ischemisch accident ;

- soit périphérique: claudication intermittente documentée.

2. En catégorie B pour autant qu'elle soit administrée chez des bénéficiaires dans les situations suivantes :

2.1. pour le traitement d'une hypercholestérolémie primaire (définie par la présence d'un cholestérol sérique total ≥ 190 mg/dl, ou d'un LDL-cholestérol ≥ 115 mg/dl, mesurés à jeun, à au moins deux reprises avec 1 à 8 semaines d'intervalle, en état stable, sous régime approprié) pour autant que les bénéficiaires se trouvent dans la situation à risque suivante :

2.1.1. le calcul du risque cardiovasculaire absolu individuel chez le patient donne actuellement (ou a, ou aurait donné (*)) un résultat égal au supérieur à 5 % à 10 ans, ce risque étant calculé sur base du modèle SCORE adapté à la situation belge (Rev Med Liege 2005 ; 60 : 3 :163-172) en tenant compte de l'âge, du sexe, du taux de cholestérol sérique, de la pression artérielle systolique et du tabagisme.

(*) dans le cas où la prise d'un traitement avec un médicament hypolipémiant a actuellement entraîné une amélioration de son profil de risque.

2.2 pour le traitement d'une hypercholestérolémie primaire (définie par la présence d'un cholestérol sérique total ≥ 175 mg/dl, ou d'un LDL-cholestérol ≥ 100 mg/dl, mesurés à jeun, à au moins deux reprises avec 1 à 8 semaines d'intervalle, en état stable, sous régime approprié) pour autant que les bénéficiaires se trouvent dans au moins une des deux situations suivantes :

2.2.1. Antécédent d'au moins une atteinte artérielle, dûment documentée par un examen technique complémentaire dans le dossier médical tenu par le prescripteur pour le patient concerné :

2.2.1.1. soit coronaire : infarctus, angor objectivé, syndrome coronarien aigu, pontage aorto-coronaire, angioplastie coronaire ;

2.2.1.2. soit cérébrale : accident vasculaire cérébral thrombotique, accident ischémique transitoire documenté ;

2.2.1.3. soit périphérique : claudication intermittente documentée.

2.2.2. Diabète type 2 si le patient est âgé de plus de 40 ans

Diabète type 1 si présence de microalbuminurie

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

1. le médecin prescripteur tient compte d'une posologie maximal remboursable de 5 mg par jour ;

2. le médecin prescripteur vérifie l'impact du traitement par la réalisation annuelle d'un profil lipidique notifié dans le dossier médical tenu pour ce patient ;

3. le médecin prescripteur tient compte du non remboursement de la spécialité CRESTOR 5mg simultanément avec celui d'une autre spécialité hypolipémiante (statine, fibrate, résine, ou dérivé de l'acide nicotinique).

- ofwel perifeer: gedocumenteerd claudicatio intermittens.

2. In categorie B voor zover ze is toegediend aan rechthebbenden in volgende situaties:

2.1. voor de behandeling van een primaire hypercholesterolemie (gedefinieerd als totaal cholesterol ≥ 190 mg/dl, of LDL-cholesterol ≥ 115 mg/dl, nuchter gemeten tijdens minstens twee afnames met 1 tot 8 weken tussentijd, in een stabiele toestand, onder een aangepast dieet), voor zover de rechthebbenden zich in de volgende risicosituatie bevinden:

2.1.1. de berekening van het individuele absolute cardiovasculaire risico een resultaat geeft nu (of had, of zou geven op een bepaalde datum (*)) hoger dan 5 % op 10 jaar, waarbij dit risico werd berekend op basis van het SCORE model aangepast aan de Belgische situatie (Rev Med Liege 2005 ; 60 : 3 : 163-172) rekening houdend met de leeftijd, het geslacht, het totale cholesterolniveau, de systolische arteriële druk, tabagisme.

(*) in het geval dat het volgen van een behandeling met een hypolipemiërend geneesmiddel momenteel een verbetering van zijn/haar risicoprofiel heeft veroorzaakt.

2.2 voor de behandeling van van een primaire hypercholesterolemie (gedefinieerd als totaal cholesterol ≥ 175 mg/dl, of LDL-cholesterol ≥ 100 mg/dl, nuchter gemeten tijdens minstens twee afnames met 1 tot 8 weken tussentijd, in een stabiele toestand, onder een aangepast dieet), voor zover de rechthebbenden zich in minstens één van de twee volgende risicosituaties bevinden:

2.2.1. Antecedent van minstens een arteriële aandoening, grondig gedocumenteerd door een bijkomend technisch onderzoek in het medisch dossier dat door de voorschrijver voor deze patiënt wordt bijgehouden :

2.2.1.1. ofwel coronair : infarct, geobjectiveerde angor, acuut coronair syndroom, aorto-coronaire bypass, coronaire angioplastie ;

2.2.1.2. ofwel cerebraal : cerebrovasculair thrombotisch accident, gedocumenteerd transitair ischemisch accident;

2.2.1.3. ofwel perifeer: gedocumenteerd claudicatio intermittens.

2.2.2. Type 2 diabetes indien de patiënt ouder is dan 40 jaar

Type 1 diabetes indien microalbuminurie aanwezig is

b) Bovendien moet het voorschrift dat aanleiding geeft tot vergoeding opgesteld zijn, conform aan volgende voorwaarden :

1. de voorschrijvende arts houdt rekening met een maximale vergoedbare dosering van 5 mg per dag ;

2. de voorschrijvende arts gaat de impact van de behandeling na door jaarlijks een lipidenprofiel uit te voeren, waarvan melding wordt gemaakt in het medisch dossier dat voor deze patiënt wordt bijgehouden ;

3. de voorschrijvende arts houdt rekening met de niet vergoeding van de specialiteit CRESTOR 5mg tegelijk met een ander hypolipemiërend geneesmiddel (statine, fibraat, resinaat, of een nicotinezuurderivaat).

c) L'autorisation de remboursement sera délivrée par le médecin-conseil sur base d'un formulaire de demande, dont le modèle est repris à l'annexe A du présent paragraphe, sur lequel le médecin traitant, par sa signature et en cochant la case ou les cases correspondant à une situation clinique visée au point a), atteste que le patient concerné se trouve dans la situation susmentionnée au moment de la demande, et s'engage à tenir à la disposition du médecin conseil les éléments de preuve relatifs à la situation du patient, ainsi qu'à tenir compte des conditions du point b) lors de sa prescription.

d) Sur base du formulaire de demande visé ci-dessus, dûment complété et signé par le médecin traitant, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire une seule attestation dont le modèle est fixé sous «e» de l'annexe III du présent arrêté, dont la durée de validité est limitée à 4 semaines, pour un seul conditionnement de 28x5mg.

y) au § 3040000, les modalités de remboursement reprises avant le formulaire de demande de remboursement, sont remplacées par les modalités suivantes:

Paragraphe 3040000

La spécialité suivante ne fait l'objet d'un remboursement que lorsqu'elle est prescrite comme support thérapeutique chez les sujets dépendants à la nicotine souhaitant arrêter de fumer, en association avec une thérapie comportementale de soutien. Pour obtenir le remboursement, le bénéficiaire doit répondre aux critères suivants:

Etre atteint de broncho-pneumopathie chronique obstructive de stade II, III ou IV selon la nouvelle classification GOLD (correspondant aux stades IIA, IIB et III dans l'ancienne classification), démontrée à la spirométrie par un index de Tiffeneau (VEMS/CV) < 70% et par une valeur de VEMS < 80% de la valeur théorique;

Etre âgé de 35 ans ou plus; Avoir manifesté son accord auprès du médecin traitant quant au suivi d'une thérapie comportementale de soutien ;

Avoir suivi un traitement d'essai de 18 jours qui a démontré que la spécialité est bien tolérée.

Le remboursement peut être accordé à concurrence de maximum 1 conditionnement de 100 comprimés à 150 mg par tentative d'arrêt de fumer et à concurrence de maximum 3 tentatives sur une période de 5 années, avec chaque fois une période d'interruption d'au moins 6 mois entre 2 tentatives.

Les éléments de preuve sont conservés par le médecin traitant et tenus à la disposition du médecin-conseil.

Sur base du formulaire signé et dûment complété par le médecin traitant, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire, par tentative autorisée, une attestation dont le modèle est fixé sous "e" de l'annexe III du présent arrêté, autorisant le remboursement d'un seul conditionnement de 100 comprimés à 150 mg, pendant une période de 10 semaines.

c) De machtiging tot vergoeding wordt afgeleverd door de adviserend geneesheer op basis van een aanvraagformulier, waarvan het model is hernomen in bijlage A van deze paragraaf, en waarop de behandelende arts, door zijn handtekening te plaatsen en het vakje of de vakjes aan te kruisen die overeenstemmen met de klinische situatie bedoeld onder punt a) hierboven, attesteert dat de betrokken patiënt zich op het moment van de aanvraag in de hierboven vermelde situatie bevindt en er zich toe verbindt de bewijsstukken met betrekking tot de situatie van de patiënt ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer, alsook bij het voorschrijven rekening te houden met de voorwaarden in punt b).

d) Op basis van een aanvraagformulier, hierboven vermeld, ondertekend en behoorlijk ingevuld door de behandelende arts, levert de adviserend geneesheer aan de rechthebbende één enkel attest af, vastgesteld onder « e » van bijlage III bij dit besluit, en waarvan de geldigheidsduur is beperkt tot 4 weken, voor één enkele verpakking van 28x5mg.

y) in § 3040000, worden de vergoedingsvoorwaarden vermeld vóór het terugbetalingsaanvraagformulier, vervangen als volgt:

Paragraaf 3040000

De volgende specialiteit kan slechts worden vergoed indien ze wordt voorgeschreven als therapeutische ondersteuning bij van nicotine afhankelijke patiënten die wensen te stoppen met roken, in associatie met een ondersteunende gedragstherapie. Om de terugbetaling te bekomen, moet de rechthebbende aan de volgende criteria voldoen:

Patiënt met chronisch obstructief long lijden, stadia II, III of IV van de nieuwe GOLD classificatie (welke overeenkomen met de stadia IIA, IIB en III van de vroegere classificatie), aangetoond door spirometrie waarbij de Tiffeneau index (ESW/VC) < 70% en waarbij ESW < 80% van de theoretische waarde.

minstens 35 jaar oud zijn; Zich akkoord hebben verklaard aan de behandelende geneesheer om een ondersteunende gedragstherapie te volgen;

Een proefbehandeling van 18 dagen hebben gevolgd die aangetoond heeft dat de specialiteit goed wordt verdragen.

De vergoeding kan worden toegestaan tot maximum 1 verpakking van 100 tabletten van 150 mg per poging tot stoppen met roken en tot maximum 3 pogingen over een periode van 5 jaar, met elke keer ten minste 6 maanden tussen 2 pogingen.

De bewijsstukken worden door de behandelende geneesheer bewaard en ter beschikking van de adviserend geneesheer gehouden.

Op basis van een aanvraagformulier ondertekend en behoorlijk ingevuld door de behandelende geneesheer, levert de adviserend geneesheer aan de rechthebbende, per toegelaten poging, een attest waarvan het model is aangebracht onder "e" van bijlage III van dit besluit, dat de vergoeding toelaat van één enkele verpakking van 100 tabletten van 150 mg, gedurende een periode van 10 weken.

z) au § 3040000, l'inscription de la spécialité suivante est remplacée comme suit

z) in § 3040000, wordt de inschrijving van de volgende specialiteit vervangen als volgt:

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm	Prix Prijs	Base de remb. Basis van tegemeetk	I	II
ZYBAN 150 mg GLAXOSMITHKLINE PHARMACEUTICALS ATC: N06AX12								
B-269	1531-532	100 comprimés à libération prolongée, 150 mg	100 tabletten met verlengde afgifte, 150 mg		85,94	85,94	9,60	14,50
	1531-532				70,3400	70,3400		
B-269 *	0776-088	1 comprimé à libération prolongée, 150 mg	1 tablet met verlengde afgifte, 150 mg		0,8167	0,8167		
B-269 **	0776-088	1 comprimé à libération prolongée, 150 mg	1 tablet met verlengde afgifte, 150 mg		0,7456	0,7456		

aa) au § 3240000, la spécialité suivante est supprimée:

aa) in § 3240000, worden de volgende specialiteiten geschrapt:

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm				
FLUVASTATIN SANDOZ 40 mg SANDOZ (zie ook hoofdstuk: II voir aussi chapitre: II) ATC: C10AA04								
A-45	2909-364	56 gélules, 40 mg	56 capsules, hard, 40 mg	G				
	2909-364							
B-41	2909-364	56 gélules, 40 mg	56 capsules, hard, 40 mg	G				
	2909-364							

ab) au § 3520000, les modalités de remboursement sont remplacées par les modalités suivantes:

ab) in § 3520000, worden de vergoedingsvoorwaarden vervangen als volgt:

Paragraphe 3520000

La spécialité fait l'objet d'un remboursement s'il est démontré qu'elle est administrée pour le traitement de la maladie de Paget. A cet effet, le médecin-traitant établit un rapport qui prouve que le patient présente :

1. soit une symptomatologie cliniquement active de Paget (douleurs, lésions ostéolytiques, fractures, déformations osseuses, compressions nerveuses,...) avec des phosphatases alcalines dépassant la limite supérieure de la normale de la méthode de dosage utilisée;
2. soit une asymptomatologie clinique avec lésions radiologiques pagétiques,
 - 2.1. si chez un patient de moins de 50 ans, les phosphatases alcalines dépassent la limite supérieure de la normale de la méthode de dosage utilisée;
 - 2.2. si chez un patient de plus de 50 ans, les phosphatases alcalines ont une valeur supérieure au double de la limite supérieure de la normale de la méthode de dosage utilisé.

Dans tous les cas, les résultats des examens effectués sont joints au rapport du médecin traitant.

Paragraaf 3520000

De specialiteit wordt vergoed als aangetoond wordt dat ze toegediend wordt voor de behandeling van de ziekte van Paget. Daartoe maakt de behandelende geneesheer een verslag op dat bewijst dat de patiënt:

1. hetzij een klinisch actieve symptomatologie van Paget vertoont (pijn, osteolytische letsels, fracturen, botmisvormingen, zenuwcompressies,...) waarbij de alkalische fosfatasen de bovenste grens van de normale waarden van de gebruikte doseringsmethode overschrijden;
2. hetzij een klinische asymptomatologie met radiologische letsels van PAGET vertoont,
 - 2.1. als bij een patiënt, jonger dan 50 jaar, de alkalische fosfatasen de bovenste grens van de normale waarden van de gebruikte doseringsmethode overschrijden;
 - 2.2. als bij een patiënt, ouder dan 50 jaar, de alkalische fosfatasen het dubbele overschrijden van de bovenste grens van de normale waarden van de gebruikte doseringsmethode.

In alle gevallen worden de resultaten van de verrichte onderzoeken bij het verslag van de behandelende geneesheer gevoegd.

Sur base de ces documents, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire, l'attestation dont le modèle est fixé sous "e" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à une période maximale de 2 mois.

Le remboursement d'une nouvelle cure ne peut être autorisé qu'après, chaque fois, une période de minimum 12 mois pendant laquelle la spécialité n'a pas été administrée.

Dans ce cas, sur base d'un rapport du médecin-traitant qui prouve que le patient présente une récidence, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire une nouvelle attestation dont le modèle est fixé sous "e" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 2 mois maximum.

Le remboursement simultané de la spécialité avec une ou plusieurs spécialités appartenant au groupe de remboursement B-88 n'est jamais autorisé.

Op grond van die documenten reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende het getuigschrift uit waarvan het model is vastgesteld onder "e" van bijlage III van dit besluit en waarvan de geldigheidsduur is beperkt tot maximum 2 maanden.

De terugbetaling van een nieuwe kuur mag pas telkens worden toegestaan na een minimale periode van 12 maanden gedurende dewelke de specialiteit niet werd toegediend.

In dit geval, op grond van een verslag van de behandelende geneesheer die bewijst dat de patiënt een recidief vertoont, reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende een nieuw getuigschrift uit waarvan het model is vastgesteld onder "e" van bijlage III van dit besluit en waarvan de geldigheidsduur is beperkt tot maximum 2 maanden.

De gelijktijdige vergoeding van de specialiteit met één of meerdere specialiteiten behorend tot de vergoedingsgroep B-88 wordt nooit toegestaan.

ac) au § 3520000, la spécialité suivante est insérée:

ac) in § 3520000, wordt de volgende specialiteit toegevoegd:

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm	Prix Prijs	Base de remb. Basis van tegemeetk	I	II
					<i>ex- usine / buiten bedrijf</i>	<i>ex- usine / buiten bedrijf</i>		
ZOLEDRONIC ACID SANDOZ 5 mg/100 ml		SANDOZ		ATC: M05BA08				
B-88	2991-636	1 flacon injectable 100 ml solution pour perfusion, 5 mg	1 injectieflacon 100 ml oplossing voor infusie, 5 mg	G	256,58	256,58	7,70	11,60
	2991-636				226,7900	226,7900		
B-88 *	7702-202	1 flacon injectable 100 ml solution pour perfusion, 5 mg	1 injectieflacon 100 ml oplossing voor infusie, 5 mg	G	247,5100	247,5100		
B-88 **	7702-202	1 flacon injectable 100 ml solution pour perfusion, 5 mg	1 injectieflacon 100 ml oplossing voor infusie, 5 mg	G	240,4000	240,4000		

ad) au § 3620000, la spécialité suivante est insérée:

ad) in § 3620000, wordt de volgende specialiteit toegevoegd:

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm	Prix Prijs	Base de remb. Basis van tegemeetk	I	II
					<i>ex- usine / buiten bedrijf</i>	<i>ex- usine / buiten bedrijf</i>		
APROVEL 300 mg (PI-PHARMA)		PI-PHARMA		ATC: C09CA04				
B-224	3029-691	98 comprimés pelliculés, 300 mg	98 filmomhulde tabletten, 300 mg		58,31	58,31	8,79	14,81
	3029-691				45,5800	45,5800		
B-224 *	7702-392	1 comprimé pelliculé, 300 mg	1 filmomhulde tablet, 300 mg		0,5655	0,5655		
B-224 **	7702-392	1 comprimé pelliculé, 300 mg	1 filmomhulde tablet, 300 mg		0,4930	0,4930		

ae) au § 3740000, les modalités de remboursement sont remplacées par les modalités suivantes:

Paragraphe 3740000

FENDRIX est indiqué pour l'immunisation active contre l'infection provoquée par tous les sous-types connus du virus de l'hépatite B, chez les patients de 15 ans ou plus, ayant une insuffisance rénale.

FENDRIX fait l'objet d'un remboursement s'il a été prescrit pour des bénéficiaires dialysés ou insuffisants rénaux chroniques candidats à la dialyse, âgés de 15 ans ou plus, l'autorisation de remboursement étant basée sur une attestation établie par un médecin spécialiste attaché à un centre de dialyse.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire une attestation dont le modèle est fixé sous « e » de l'annexe III de l'arrêté royal du 21.12.2001.

af) aux §§ 3750100, 3750200, 3750300 et 3750400, les spécialités suivantes sont supprimées:

ae) in § 3740000, worden de vergoedingsvoorwaarden vervangen als volgt:

Paragraaf 3740000

FENDRIX is geïndiceerd voor de actieve immunisatie tegen infectie met het hepatitis B virus veroorzaakt door alle bekende subtypes bij patiënten met onvoldoende werking van de nieren, vanaf 15 jaar.

FENDRIX wordt vergoed indien het wordt voorgeschreven aan rechthebbenden in dialyse of in chronische nierinsufficiëntie die kandidaat zijn voor dialyse, vanaf de leeftijd van 15 jaar. De toelating tot terugbetaling zal steunen op een attest opgesteld door een geneesheer-specialist verbonden aan een dialysecentrum.

Daartoe levert de geneesheer-adviseur aan de rechthebbende een attest af waarvan het model is vastgesteld onder "e" van bijlage III van het koninklijk besluit van 21.12.2001.

af) in §§ 3750100, 3750200, 3750300 en 3750400, worden de volgende specialiteiten geschrapt:

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)					
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm	
LETROZOL APOTEX 2,5 mg		APOTEX			ATC: L02BG04
A-28	2883-445	30 comprimés pelliculés, 2,5 mg	30 filmomhulde tabletten, 2,5 mg	G	
	2883-445				
A-28	2883-452	100 comprimés pelliculés, 2,5 mg	100 filmomhulde tabletten, 2,5 mg	G	
	2883-452				
A-28 *	0754-531	1 comprimé pelliculé, 2,5 mg	1 filmomhulde tablet, 2,5 mg	G	
A-28 **	0754-531	1 comprimé pelliculé, 2,5 mg	1 filmomhulde tablet, 2,5 mg	G	

ag) au § 4540000, les modalités de remboursement reprises avant l'annexe, sont remplacées par les modalités suivantes:

Paragraphe 4540000

La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle a été prescrite comme support thérapeutique chez les patients dépendants à la nicotine qui sont motivés pour arrêter de fumer, en association avec une thérapie comportementale de soutien. Pour obtenir le remboursement, le bénéficiaire doit répondre aux critères suivants:

- Etre âgé d'au moins 18 ans;
- Avoir suivi un traitement d'essai (thérapie de titration) de 14 jours qui a démontré que la spécialité est bien tolérée;
- Ne pas encore avoir bénéficié d'un remboursement de la varenicline;
- Avoir manifesté son accord auprès du médecin traitant quant au suivi d'une thérapie comportementale de soutien.

Le remboursement peut être autorisé pour 1 conditionnement de 140 comprimés à 1 mg.

Les éléments de preuve sont conservés par le médecin traitant et tenus à la disposition du médecin-conseil.

ag) in § 4540000, worden de vergoedingsvoorwaarden vermeld vóór de bijlage, vervangen als volgt:

Paragraaf 4540000

De specialiteit komt voor vergoeding in aanmerking indien ze wordt voorgeschreven als therapeutische ondersteuning bij van nicotine afhankelijke patiënten die gemotiveerd zijn om te stoppen met roken, in associatie met een ondersteunende gedragstherapie. Om de terugbetaling te bekomen, moet de rechthebbende aan de volgende criteria voldoen:

- Minstens 18 jaar oud zijn;
- Een proefbehandeling (titratie therapie) van 14 dagen hebben gevolgd die aangetoond heeft dat de specialiteit goed wordt verdragen;
- Nog niet genoten hebben van de terugbetaling van varenicline;
- Zich akkoord hebben verklaard aan de behandelende arts om een ondersteunende gedragstherapie te volgen.

De vergoeding kan worden toegestaan voor 1 verpakking van 140 tabletten van 1 mg.

De bewijsstukken worden door de behandelende arts bewaard en ter beschikking van de adviserend geneesheer gehouden.

Sur base du formulaire de demande signé et dûment complété par le médecin traitant, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire une attestation dont le modèle est fixé sous "e" de l'annexe III du présent arrêté, autorisant le remboursement d'un seul conditionnement de 140 comprimés à 1 mg, pendant une période de 10 semaines.

Op basis van een aanvraagformulier ondertekend en behoorlijk ingevuld door de behandelende arts levert de adviserend geneesheer aan de rechthebbende een attest waarvan het model is aangebracht onder "e" van bijlage III van dit besluit, dat de vergoeding toelaat van één enkele verpakking van 140 tabletten van 1 mg, gedurende een periode van 10 weken.

ah) au § 4590000, l'inscription des spécialités suivantes est remplacée comme suit:

ah) in § 4590000, wordt de inschrijving van de volgende specialiteiten vervangen als volgt:

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm	Prix Prijs	Base de remb. Basis van tegemeetk	I	II
		REVLIMID 10 mg CELGENE				ATC: L04AX04		
	0788-265	21 gélules, 10 mg	21 capsules, hard, 10 mg		5151,0600	5151,0600		
A-29 *	0788-265	1 gélule, 10 mg	1 capsule, hard, 10 mg		260,3443	260,3443		
A-29 **	0788-265	1 gélule, 10 mg	1 capsule, hard, 10 mg		260,0057	260,0057		
		REVLIMID 15 mg CELGENE				ATC: L04AX04		
	0788-273	21 gélules, 15 mg	21 capsules, hard, 15 mg		5151,0600	5151,0600		
A-29 *	0788-273	1 gélule, 15 mg	1 capsule, hard, 15 mg		260,3443	260,3443		
A-29 **	0788-273	1 gélule, 15 mg	1 capsule, hard, 15 mg		260,0057	260,0057		
		REVLIMID 25 mg CELGENE				ATC: L04AX04		
	0788-281	21 gélules, 25 mg	21 capsules, hard, 25 mg		5151,0600	5151,0600		
A-29 *	0788-281	1 gélule, 25 mg	1 capsule, hard, 25 mg		260,3443	260,3443		
A-29 **	0788-281	1 gélule, 25 mg	1 capsule, hard, 25 mg		260,0057	260,0057		

ai) au § 4600000, la spécialité suivante est insérée:

ai) in § 4600000, wordt de volgende specialiteit toegevoegd:

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm	Prix Prijs	Base de remb. Basis van tegemeetk	I	II
		TOPOTECAN ACCORD HEALTHCARE 1 mg/ml ACCORD HEALTHCARE				ATC: L01XX17		
	7702-079	1 flacon injectable 1 ml solution à diluer pour perfusion, 1 mg/ml	1 injectieflacon 1 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 1 mg/ml		31,5200	31,5200		
A-28 *	7702-079	1 flacon injectable 1 ml solution à diluer pour perfusion, 1 mg/ml	1 injectieflacon 1 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 1 mg/ml	G	40,5200	40,5200		
A-28 **	7702-079	1 flacon injectable 1 ml solution à diluer pour perfusion, 1 mg/ml	1 injectieflacon 1 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 1 mg/ml	G	33,4100	33,4100		

aj) au § 4700000, la spécialité suivante est insérée:

aj) in § 4700000, wordt de volgende specialiteit toegevoegd:

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm	Prix Prijs	Base de remb. Basis van tegemeetk	I	II
					<i>ex- usine / buiten bedrijf</i>	<i>ex- usine / buiten bedrijf</i>		
ROPINIROLE RETARD EG 2 mg			EUROGENERICs			ATC: N04BC04		
B-76	3022-546	28 comprimés à libération prolongée, 2 mg	28 tabletten met verlengde afgifte, 2 mg	G	15,39	15,39	2,28	3,80
	3022-546				8,6000	8,6000		
B-76 *	7702-350	1 comprimé à libération prolongée, 2 mg	1 tablet met verlengde afgifte, 2 mg	G	0,3964	0,3964		
B-76 **	7702-350	1 comprimé à libération prolongée, 2 mg	1 tablet met verlengde afgifte, 2 mg	G	0,3257	0,3257		

ak) au § 4740000, les modalités de remboursement sont remplacées par les modalités suivantes:

ak) in § 4740000, worden de vergoedingsvoorwaarden vervangen als volgt:

Paragraphe 4740000

La spécialité fait l'objet d'un remboursement s'il est démontré qu'elle est administrée pour le traitement de l'ostéoporose chez une femme ménopausée qui répond à au moins une des trois conditions suivantes :

- soit un antécédent de fracture vertébrale définie par une réduction d'au moins 25% et d'au moins 4 mm en valeur absolue, de la hauteur du bord antérieur ou postérieur ou du centre de la vertèbre considérée, démontré par un examen radiologique ;
- soit un antécédent de fracture de la hanche ;
- soit un T-score, calculé par rapport à une population de référence féminine, < -2.5 au niveau de la colonne lombaire (L1-L4 ou L2-L4) ou de la hanche (zone totale ou zone propre du col) lors d'un examen réalisé par la technique de l'absorptiométrie radiologique à double énergie.

A cet effet, le médecin traitant établit un rapport qui prouve que les conditions visées ci-dessus sont rencontrées et joint à sa demande le protocole de la radiographie ou de l'absorptiométrie radiologique.

Le nombre de conditionnements remboursables est de maximum 1 conditionnement par an.

Sur base de ces documents, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'attestation dont le modèle est fixé sous « e » de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à une période maximale de douze mois.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum sur base du modèle "e", à la demande du médecin traitant adressée au médecin-conseil de l'organisme assureur.

Le remboursement simultané de la spécialité avec une ou plusieurs spécialités appartenant au groupe de remboursement B-230 ou avec un bisphosphonate appartenant au groupe de remboursement B-88 n'est jamais autorisé pendant les 12 mois qui suivent l'administration de ACLASTA.

Paragraaf 4740000

De specialiteit wordt vergoed als aangetoond wordt dat ze toegediend wordt voor de behandeling van osteoporose bij een vrouw in de menopauze die aan ten minste een van de volgende drie voorwaarden voldoet:

- ofwel een antecedent vertonen van een wervelfractuur gedefinieerd door een reductie van ten minste 25 %, en ten minste 4 mm in absolute waarde, van de hoogte van de voor- of de achterrand of van het centrum van de beschouwde wervel, aangetoond door een radiologisch onderzoek ;
- ofwel een antecedent vertonen van een heupfractuur;
- ofwel een T-score, berekend ten opzichte van een vrouwelijke referentiepopulatie van < -2,5 ter hoogte van de lumbale wervelkolom (L1-L4 of L2-L4) of van de heup (volledige zone of zone van de hals) bij een onderzoek uitgevoerd met radiologische absorptiometrie met dubbele energie.

Daartoe maakt de behandelende geneesheer een verslag op waaruit blijkt dat aan de voornoemde voorwaarden is voldaan en voegt hij bij zijn aanvraag het protocol van de radiografie of van de radiologische absorptiometrie toe.

Het aantal vergoedbare verpakkingen bedraagt maximum 1 verpakking per jaar.

Op grond van deze documenten reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende een machtiging uit waarvan het model is vastgesteld onder « e » van de bijlage III van dit besluit en waarvan de geldigheidsduur tot maximum twaalf maanden is beperkt.

De toelating tot terugbetaling mag worden verlengd voor nieuwe perioden van maximum 12 maanden op basis van een model "e", op vraag van de behandelende geneesheer gericht aan de adviserende geneesheer van de verzekeringsinstelling.

De gelijktijdige vergoeding van de specialiteit met één of meerdere specialiteiten behorend tot de vergoedingsgroep B-230 of met een bifosfonaat behorend tot de vergoedingsgroep B-88 wordt nooit toegestaan gedurende de 12 maanden volgend op de toediening van ACLASTA.

a) au § 4740000, la spécialité suivante est insérée:

al) in § 4740000, wordt de volgende specialiteit toegevoegd:

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm	Prix Prijs	Base de remb. Basis van tegemeetk	I	II
					<i>ex- usine / buiten bedrijf</i>	<i>ex- usine / buiten bedrijf</i>		
ZOLEDRONIC ACID SANDOZ 5 mg/100 ml			SANDOZ	ATC: M05BA08				
B-230	2991-636	1 flacon injectable 100 ml solution pour perfusion, 5 mg	1 injectieflacon 100 ml oplossing voor infusie, 5 mg	G	256,58	256,58	7,70	11,60
	2991-636				226,7900	226,7900		
B-230 *	7702-202	1 flacon injectable 100 ml solution pour perfusion, 5 mg	1 injectieflacon 100 ml oplossing voor infusie, 5 mg	G	247,5100	247,5100		
B-230 **	7702-202	1 flacon injectable 100 ml solution pour perfusion, 5 mg	1 injectieflacon 100 ml oplossing voor infusie, 5 mg	G	240,4000	240,4000		

am) au § 4980000, les spécialités suivantes sont insérées:

am) in § 4980000, worden de volgende specialiteiten toegevoegd:

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm	Prix Prijs	Base de remb. Basis van tegemeetk	I	II
					<i>ex- usine / buiten bedrijf</i>	<i>ex- usine / buiten bedrijf</i>		
SUMATRIPTAN SANDOZ 100 mg			SANDOZ	ATC: N02CC01				
B-221	3000-148	24 comprimés, 100 mg	24 tabletten, 100 mg	G	28,74	28,74	4,62	7,76
	3000-148				19,4800	19,4800		
B-221 *	0791-772	1 comprimé, 100 mg	1 tablet, 100 mg	G	1,0475	1,0475		
B-221 **	0791-772	1 comprimé, 100 mg	1 tablet, 100 mg	G	0,8604	0,8604		
SUMATRIPTAN SANDOZ 50 mg			SANDOZ	ATC: N02CC01				
B-221	3000-130	24 comprimés, 50 mg	24 tabletten, 50 mg	G	28,74	28,74	4,62	7,76
	3000-130				19,4800	19,4800		
B-221 *	0791-764	1 comprimé, 50 mg	1 tablet, 50 mg	G	1,0475	1,0475		
B-221 **	0791-764	1 comprimé, 50 mg	1 tablet, 50 mg	G	0,8604	0,8604		
ZOLMITRIPTAN TEVA INSTANT 2,5 mg			TEVA PHARMA BELGIUM	ATC: N02CC03				
B-221	2883-676	12 comprimés orodispersibles, 2,5 mg	12 orodispergeerbare tabletten, 2,5 mg	G	18,88	18,88	3,00	5,00
	2883-676				11,3200	11,3200		
B-221 *	0753-517	1 comprimé orodispersible, 2,5 mg	1 orodispergeerbare tablet, 2,5 mg	G	1,2175	1,2175		
B-221 **	0753-517	1 comprimé orodispersible, 2,5 mg	1 orodispergeerbare tablet, 2,5 mg	G	1,0000	1,0000		

an) au § 4980000, la spécialité suivante est supprimée:

an) in § 4980000, wordt de volgende specialiteit geschrapt:

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm				
SUMATRIPTAN MYLAN 50 mg			MYLAN	ATC: N02CC01				
B-221	2311-587	6 comprimés pelliculés, 50 mg	6 filmomhulde tabletten, 50 mg	G				
	2311-587							

ao) au § 5050000, les modalités de remboursement sont remplacées par les modalités suivantes:

Paragraphe 5050000

a) La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle est administrée pour la vaccination de rappel contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche dans les populations suivantes:

1. les adolescents de plus de 16 ans qui n'ont pas pu bénéficier, pour une raison médicale et/ou sociale documentée, de la vaccination, préconisée entre 14 et 16 ans dans le calendrier vaccinal établi par le Conseil Supérieur de Santé et administrée dans le cadre des dispositions spécifiques de remboursement en exécution du protocole d'accord conclu entre l'Autorité fédérale et les Communautés;
2. les familles avec un projet parental ou à l'occasion d'une grossesse:
 - a) les parents ou futurs parents du nouveau-né s'ils n'ont pas reçu de rappel de dTpa à l'âge de 14-16 ans,
 - b) les membres de la fratrie âgés de plus de 16 ans et qui n'ont pas atteint l'âge de 18 ans, et non à jour pour la vaccination dTpa.

b) Le nombre de conditionnement remboursable est limité à 1 conditionnement maximum par bénéficiaire.

c) Un délai d'au moins 1 mois sera respecté entre une vaccination dT précédente et la vaccination dTpa.

d) L'autorisation de remboursement sera délivrée par le médecin-conseil sur base d'un formulaire de demande, dont le modèle est repris à l'annexe A du présent paragraphe, sur lequel le médecin traitant, par sa signature, atteste que le patient concerné remplit les conditions figurant aux points a), b) et c) et s'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve confirmant la situation attestée.

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

ao) in § 5050000, worden de vergoedingsvoorwaarden vervangen als volgt:

Paragraaf 5050000

a) De specialiteit wordt terugbetaald indien zij is toegediend voor de herhalingsinenting tegen difterie, tetanus en kinkhoest voor de volgende populaties:

1. de adolescenten ouder dan 16 jaar die niet hebben kunnen genieten, om gedocumenteerde medische en/of sociale redenen, van de vaccinatie, die is aanbevolen tussen 14 en 16 jaar in de vaccinatiekalender opgesteld door de Hoge Gezondheidsraad en verstrekt in het kader van een bijzondere regeling van tegemoetkoming in uitvoering van het protocolakkoord tussen de Federale overheid en de Gemeenschappen;
2. de gezinnen met een kinderwens of in geval van een zwangerschap:
 - a) de ouders of de toekomstig ouders van de zuigeling indien ze geen dTpa herhalingsinenting hebben gegrepen op de leeftijd van 14-16 jaar,
 - b) broers en zusters ouder dan 16 jaar en die de leeftijd van 18 jaar nog niet hebben bereikt, en niet in orde zijn met de dTpa vaccinatie.

b) Het aantal vergoedbare verpakkingen is beperkt tot maximum 1 verpakking per rechthebbende.

c) Een termijn van minimum 1 maand zal gerespecteerd worden tussen een vorige dT vaccinatie en de dTpa vaccinatie.

d) De machtiging tot vergoeding zal worden afgeleverd door de adviserend geneesheer op basis van een aanvraagformulier, waarvan het model is hernomen in bijlage A van deze paragraaf, en waarop de behandelende arts, door zijn handtekening te plaatsen, attesteert dat de betrokken patiënt de voorwaarden onder punt a), b) en c) vervult, en er zich toe verbindt de bewijsstukken met betrekking tot situatie van de patiënt ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer.

e) Op basis van het bovengenoemd aanvraagformulier, ondertekend en behoorlijk ingevuld door de behandelende arts, levert de adviserend geneesheer aan de rechthebbende het attest uit, vastgesteld onder "e" van dit besluit.

ANNEXE A : Modèle de formulaire de demande

Formulaire de demande de remboursement d'une spécialité inscrite au § 5050000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l'O.A.):

--	--	--

II – Eléments à attester par le médecin traitant:

Je soussigné, médecin, certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit toutes les conditions nécessaires pour obtenir le remboursement de la spécialité (*nom de la spécialité inscrite au § 5050000*), telles que ces conditions figurent aux points a), b) et c) du § 5050000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001:

adolescent de plus de 16 ans qui en raison de l'existence d'une raison médicale et/ou sociale documentée n'a pas pu bénéficier de la vaccination préconisée entre 14 et 16 ans dans le calendrier vaccinal établi par le Conseil Supérieur de Santé et administrée dans le cadre des dispositions spécifiques de remboursement en exécution du protocole d'accord conclu entre l'Autorité fédérale et les Communautés;

membre d'une famille avec un projet parental ou à l'occasion d'une grossesse:

les parents ou futurs parents du nouveau-né s'ils n'ont pas reçu de rappel de dTpa à l'âge de 14-16 ans;

les membres de la fratrie âgés de plus de 16 ans et qui n'ont pas atteint l'âge de 18 ans, et non à jour pour la vaccination dTpa.

Le nombre de conditionnement remboursable est limité à 1 conditionnement maximum par bénéficiaire.

Un délai d'au moins 1 mois sera respecté entre une vaccination dT précédente et la vaccination dTpa.

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

Sur base de tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir une injection de la spécialité mentionnée ci-dessus.

III – Identification du médecin (nom, prénom, adresse, n° INAMI):

--	--

 (nom)

--	--

 (prénom)

1		-		-		-	
---	--	---	--	---	--	---	--

 (n° INAMI)

	/		/		/		/		/		/	
--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

 (date)


(cachet)

.....

(signature du médecin)

ap) au § 5130000, les modalités de remboursement sont remplacées par les modalités suivantes:

Paragraphe 5130000

La spécialité fait l'objet d'un remboursement s'il est démontré qu'elle est administrée pour le traitement de l'ostéoporose chez un homme.

- qui a démontré un antécédent de fracture de la hanche,

ou

- chez lequel au moins deux des trois facteurs de risques suivants sont présents:

- soit un antécédent de fracture vertébrale définie par une réduction d'au moins 25% et d'au moins 4 mm en valeur absolue, de la hauteur du bord antérieur ou postérieur ou du centre de la vertèbre considérée, démontré par un examen radiologique;
- soit un T-score, calculé par rapport à une population de référence masculine, < - 2,5 au niveau de la colonne lombaire (L1-L4 ou L2-L4) lors d'un examen réalisé par la technique de l'absorptiométrie radiologique à double énergie ;
- soit un T-score, calculé par rapport à une population de référence masculine, < - 1 au niveau de la hanche (zone totale ou zone propre du col) lors d'un examen réalisé par la technique de l'absorptiométrie radiologique à double énergie.

A cet effet, le médecin traitant établit un rapport qui prouve que les conditions visées ci-dessus sont rencontrées et joint à sa demande le protocole de la radiographie et/ou de l'absorptiométrie radiologique.

Le nombre de conditionnements remboursable est de maximum un conditionnement par an.

Sur base de ces documents, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'attestation dont le modèle est fixé sous "e" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à une période maximale de douze mois.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum sur base du modèle "e", à la demande du médecin traitant adressée au médecin-conseil de l'organisme assureur.

Le remboursement simultané de la spécialité avec une ou plusieurs spécialités appartenant au groupe de remboursement B-230 ou avec un bisphosphonate appartenant au groupe de remboursement B-88 n'est jamais autorisé pendant les 12 mois qui suivent l'administration de ACLASTA.

ap) in § 5130000, worden de vergoedingsvoorwaarden vervangen als volgt:

Paragraaf 5130000

De specialiteit wordt vergoed als aangetoond wordt dat ze toegediend wordt voor de behandeling van osteoporose bij een man.

- die een antecedent van een heupfractuur vertoont;

of

- bij wie ten minste twee van de drie volgende risicofactoren aanwezig zijn:

- ofwel een antecedent vertonen van een wervelfractuur gedefinieerd door een vermindering van minstens 25 % en van minstens 4 mm in absolute waarde, van de hoogte van de voor- of de achterrand of van het centrum van de beschouwde wervel, aangetoond door een radiologisch onderzoek;
- ofwel een T-score, berekend ten opzichte van een mannelijke referentiepopulatie van < - 2,5 ter hoogte van de lumbale wervelkolom (L1-L4 of L2-L4) bij een onderzoek uitgevoerd met radiologische absorptiometrie met dubbele energie;
- ofwel een T-score, berekend ten opzichte van een mannelijke referentiepopulatie van < - 1 ter hoogte van de heup (volledige zone of zone van de hals) bij een onderzoek uitgevoerd met radiologische absorptiometrie met dubbele energie.

Daartoe maakt de behandelende arts een verslag op waaruit blijkt dat aan de voorgaande voorwaarden is voldaan en voegt hij bij zijn aanvraag het protocol van de radiografie en/of van de radiologische absorptiometrie toe.

Het aantal vergoedbare verpakkingen bedraagt maximum 1 verpakking per jaar.

Op grond van deze documenten reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende een machtiging uit waarvan het model is vastgesteld onder "e" van de bijlage III van dit besluit en waarvan de geldigheidsduur tot maximum twaalf maanden is beperkt.

De toelating tot terugbetaling mag worden verlengd voor nieuwe perioden van maximum 12 maanden op basis van een model "e", op vraag van de behandelende arts, en gericht aan de adviserende geneesheer van de verzekeringsinstelling.

De gelijktijdige vergoeding van de specialiteit met één of meerdere specialiteiten behorend tot de vergoedingsgroep B-230 of met een bifosfonaat behorend tot de vergoedingsgroep B-88 wordt nooit toegestaan gedurende de 12 maanden volgend op de toediening van ACLASTA.

aq) au § 5130000, la spécialité suivante est insérée:

aq) in § 5130000, wordt de volgende specialiteit toegevoegd:

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)									
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm	Prix Prijs	Base de remb. Basis van tegemeetk	I	II	
					<i>ex- usine / buiten bedrijf</i>	<i>ex- usine / buiten bedrijf</i>			
ZOLEDRONIC ACID SANDOZ 5 mg/100 ml		SANDOZ		ATC: M05BA08					
B-230	2991-636	1 flacon injectable 100 ml solution pour perfusion, 5 mg	1 injectieflacon 100 ml oplossing voor infusie, 5 mg	G	256,58	256,58	7,70	11,60	
	2991-636				226,7900	226,7900			
B-230 *	7702-202	1 flacon injectable 100 ml solution pour perfusion, 5 mg	1 injectieflacon 100 ml oplossing voor infusie, 5 mg	G	247,5100	247,5100			
B-230 **	7702-202	1 flacon injectable 100 ml solution pour perfusion, 5 mg	1 injectieflacon 100 ml oplossing voor infusie, 5 mg	G	240,4000	240,4000			

ar) au § 5150000, les modalités de remboursement reprises avant l'annexe, sont remplacées par les modalités suivantes:

ar) in § 5150000, worden de vergoedingsvoorwaarden vermeld vóór de bijlage, vervangen als volgt:

Paragraphe 5150000

Paragraaf 5150000

- La spécialité est remboursée si elle est administrée à une dose de 10 mg par jour pour la prévention post-opératoire des événements thromboemboliques veineux (ETE) chez les patients adultes ayant subi une intervention chirurgicale programmée de la hanche ou du genou (prothèse totale).
- Le remboursement est limité à la période de maximum 5 semaines qui suit l'intervention chirurgicale programmée de prothèse totale de la hanche et de maximum 2 semaines qui suit l'intervention chirurgicale programmée de prothèse totale du genou.
- L'autorisation de remboursement sera délivrée par le médecin-conseil sur base d'un formulaire de demande, dont le modèle est repris à l'annexe A du présent paragraphe, sur lequel le médecin atteste que le patient concerné se trouve dans la situation susmentionnée au moment de la demande.
- Sur base de ce formulaire complété selon les conditions énumérées ci-dessus, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "e" de l'annexe III du présent arrêté, dont le nombre de conditionnements autorisés est limité en fonction de l'intervention chirurgicale et dont la durée de validité est limitée en fonction des dispositions du point b).

- De specialiteit wordt vergoed als ze toegediend is met een dosis van 10 mg per dag, voor de postoperatieve preventie van veneuze trombo-embolie (VTE) bij volwassen patiënten die electief een heup- of knie vervangende operatie hebben ondergaan.
- De terugbetaling is beperkt tot een periode van maximum 5 weken aansluitend op de electieve heupvervangende operatie en van maximum 2 weken aansluitend op de electieve knievervangende operatie.
- De machtiging tot vergoeding zal worden afgeleverd door de adviserend geneesheer op basis van een aanvraagformulier, waarvan het model is hernomen in bijlage A van deze paragraaf, en waarop de geneesheer attesteert dat de betrokken patiënt zich op het moment van de aanvraag in de hierboven vermelde situatie bevindt.
- Op basis van dit aanvraagformulier vervolledigd volgens de voorwaarden hierboven gestipuleerd, reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is vastgesteld onder "e" van bijlage III van dit besluit, waarvan het aantal terugbetaalde verpakkingen bepaald wordt in functie van de operatie, en waarvan de geldigheidsduur beperkt is rekening houdend met de bepalingen van punt b).

as) au § 5220100, les modalités de remboursement reprises avant l'annexe, sont remplacées par les modalités suivantes:

as) in § 5220100, worden de vergoedingsvoorwaarden vermeld vóór de bijlage, vervangen als volgt:

Paragraphe 5220100

Paragraaf 5220100

- La spécialité est remboursée si elle est administrée à une dose de 150 mg par jour, soit 2 gélules de 75 mg en une prise, pour la prévention primaire des événements thromboemboliques veineux chez les patients adultes ayant subi une intervention chirurgicale programmée pour prothèse totale de hanche ou de genou.

- De specialiteit wordt vergoed als ze toegediend is aan een dosis van 150 mg per dag, ingenomen als 2 capsules van 75 mg, voor de primaire preventie van veneuze trombo-embolische aandoeningen bij volwassen patiënten die een geprogrammeerde heup- of knie vervangende operatie hebben ondergaan.

Le bénéficiaire répond à l'un des quatre critères suivants:

- âgé de plus de 75 ans ;
- souffrant d'insuffisance rénale modérée;
- traité par amiodarone;
- traité par vérapamil.

De rechthebbende voldoet aan een van de vier volgende criteria :

- ouder dan 75 jaar;
- lijdend aan matige nierinsufficiëntie;
- behandeld met amiodarone;
- behandeld met verapamil.

b) Le remboursement est limité à la période de maximum 35 jours qui suit l'intervention chirurgicale de prothèse totale de hanche et de maximum 10 jours qui suit l'intervention chirurgicale de prothèse totale du genou.

c) L'autorisation de remboursement sera délivrée par le médecin-conseil sur base d'un formulaire de demande, dont le modèle est repris à l'annexe A du présent paragraphe, sur lequel le médecin atteste que le patient concerné se trouve dans la situation susmentionnée au moment de la demande.

d) Sur base de ce formulaire complété selon les conditions énumérées ci-dessus, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "e" de l'annexe III du présent arrêté, dont le nombre de conditionnements autorisés est limité en fonction de l'intervention chirurgicale et dont la durée de validité est limitée en fonction des dispositions du point b).

at) au § 5220200, les modalités de remboursement reprises avant l'annexe, sont remplacées par les modalités suivantes:

Paragraphe 5220200

a) La spécialité est remboursée si elle est administrée à une dose de 220 mg par jour, soit 2 gélules de 110 mg en une prise, pour la prévention primaire des événements thromboemboliques veineux chez les patients adultes ayant subi une intervention chirurgicale programmée pour prothèse totale de hanche ou de genou.

Le remboursement ne peut être accordé chez les patients:

- âgés de plus de 75 ans;
- souffrant d'insuffisance rénale modérée;
- traités par amiodarone;
- traités par vérapamil.

b) Le remboursement est limité à la période de maximum 35 jours qui suit l'intervention chirurgicale de prothèse totale de hanche et de maximum 10 jours qui suit l'intervention chirurgicale de prothèse totale du genou.

c) L'autorisation de remboursement sera délivrée par le médecin-conseil sur base d'un formulaire de demande, dont le modèle est repris à l'annexe A du présent paragraphe, sur lequel le médecin atteste que le patient concerné se trouve dans la situation susmentionnée au moment de la demande.

b) De terugbetaling is beperkt tot een periode van maximum 35 dagen aansluitend op de heupvervangende operatie en van maximum 10 dagen aansluitend op de knieervangende operatie.

c) De machtiging tot vergoeding zal worden afgeleverd door de adviserend geneesheer op basis van een aanvraagformulier, waarvan het model is hernomen in bijlage A van deze paragraaf, en waarop de geneesheer attesteert dat de betrokken patiënt zich op het moment van de aanvraag in de hierboven vermelde situatie bevindt.

d) Op basis van dit aanvraagformulier vervolledigd volgens de voorwaarden hierboven gestipuleerd, reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is vastgesteld onder "e" van bijlage III van dit besluit, waarvan het aantal terugbetaalbare verpakkingen bepaald wordt in functie van de operatie, en waarvan de geldigheidsduur beperkt is rekening houdend met de bepalingen van het punt b).

at) in § 5220200, worden de vergoedingsvoorwaarden vermeld vóór de bijlage, vervangen als volgt:

Paragraaf 5220200

a) De specialiteit wordt vergoed als ze toegediend is met een dosis van 220 mg per dag, ingenomen als 2 capsules van 110 mg, voor de primaire preventie van veneuze trombo-embolische aandoeningen bij volwassen patiënten die een geprogrammeerde heup- of knie vervangende operatie hebben ondergaan.

De tegemoetkoming kan niet worden toegestaan bij patiënten:

- ouder dan 75 jaar;
- lijdend aan matige nierinsufficiëntie;
- behandeld met amiodarone;
- behandeld met verapamil.

b) De terugbetaling is beperkt tot een periode van maximum 35 dagen aansluitend op de heupvervangende operatie en van maximum 10 dagen aansluitend op de knieervangende operatie.

c) De machtiging tot vergoeding zal worden afgeleverd door de adviserend geneesheer op basis van een aanvraagformulier, waarvan het model is hernomen in bijlage A van deze paragraaf, en waarop de geneesheer attesteert dat de betrokken patiënt zich op het moment van de aanvraag in de hierboven vermelde situatie bevindt.

d) Sur base de ce formulaire complété selon les conditions énumérées ci-dessus, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "e" de l'annexe III du présent arrêté, dont le nombre de conditionnements autorisés est limité en fonction de l'intervention chirurgicale et dont la durée de validité est limitée en fonction des dispositions du point b).

d) Op basis van dit aanvraagformulier vervolledigd volgens de voorwaarden hierboven gestipuleerd, reikt de advise-rend geneesheer aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is vastgesteld onder "e" van bijlage III van dit besluit, waarvan het aantal terugbetaalbare verpakkingen bepaald wordt in functie van de operatie, en waarvan de geldigheidsduur beperkt is rekening houdend met de bepalingen van het punt b).

au) au § 5500000, la spécialité suivante est insérée:

au) in § 5500000, wordt de volgende specialiteit toegevoegd:

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm	Prix Prijs	Base de remb. Basis van tegemeetk	I	II
					<i>ex- usine / buiten bedrijf</i>	<i>ex- usine / buiten bedrijf</i>		
APROVEL 300 mg (PI-PHARMA)		PI-PHARMA		ATC: C09CA04				
B-309	3029-691	98 comprimés pelliculés, 300 mg	98 filmomhulde tabletten, 300 mg		58,31	58,31	8,79	14,81
	3029-691				45,5800	45,5800		
B-309 *	7702-392	1 comprimé pelliculé, 300 mg	1 filmomhulde tablet, 300 mg		0,5655	0,5655		
B-309 **	7702-392	1 comprimé pelliculé, 300 mg	1 filmomhulde tablet, 300 mg		0,4930	0,4930		

av) au § 5500000, les mots '3620000 APROVEL (PI-Pharma)' sont insérés dans la table sous le point a);

av) in § 5500000, worden de woorden '3620000 APROVEL (PI-Pharma)' toegevoegd in de tabel onder het punt a);

aw) au § 5510000, la spécialité suivante est insérée:

aw) in § 5510000, wordt de volgende specialiteit toegevoegd:

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm	Prix Prijs	Base de remb. Basis van tegemeetk	I	II
					<i>ex- usine / buiten bedrijf</i>	<i>ex- usine / buiten bedrijf</i>		
APROVEL 300 mg (PI-PHARMA)		PI-PHARMA		ATC: C09CA04				
B-310	3029-691	98 comprimés pelliculés, 300 mg	98 filmomhulde tabletten, 300 mg		58,31	58,31	8,79	14,81
	3029-691				45,5800	45,5800		
B-310 *	7702-392	1 comprimé pelliculé, 300 mg	1 filmomhulde tablet, 300 mg		0,5655	0,5655		
B-310 **	7702-392	1 comprimé pelliculé, 300 mg	1 filmomhulde tablet, 300 mg		0,4930	0,4930		

ax) au § 5510000, les mots '3620000 APROVEL (PI-Pharma)' sont insérés dans la table sous le point a);

ax) in § 5510000, worden de woorden '3620000 APROVEL (PI-Pharma)' toegevoegd in de tabel onder het punt a);

ay) au § 5800000, l'inscription des spécialités suivantes est remplacée comme suit:

ay) in § 5800000, wordt de inschrijving van de volgende specialiteiten vervangen als volgt:

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm	Prix Prijs	Base de remb. Basis van tegemeetk	I	II
VOTRIENT 200 mg GLAXOSMITHKLINE PHARMACEUTICALS ATC: L01XE11								
	0758-888	90 comprimés pelliculés, 200 mg	90 filmomhulde tabletten, 200 mg		2373,4800	2373,4800		
A-65 *	0758-888	1 comprimé pelliculé, 200 mg	1 filmomhulde tablet, 200 mg		28,0333	28,0333		
A-65 **	0758-888	1 comprimé pelliculé, 200 mg	1 filmomhulde tablet, 200 mg		27,9543	27,9543		
VOTRIENT 400 mg GLAXOSMITHKLINE PHARMACEUTICALS ATC: L01XE11								
	0758-870	60 comprimés pelliculés, 400 mg	60 filmomhulde tabletten, 400 mg		3164,6500	3164,6500		
A-65 *	0758-870	1 comprimé pelliculé, 400 mg	1 filmomhulde tablet, 400 mg		56,0273	56,0273		
A-65 **	0758-870	1 comprimé pelliculé, 400 mg	1 filmomhulde tablet, 400 mg		55,9088	55,9088		

az) au § 5810000, les modalités de remboursement sont remplacées par les modalités suivantes:

az) in § 5810000, worden de vergoedingsvoorwaarden vervangen als volgt:

Paragraphe 5810000

- a) L'autorisation dont le modèle est fixé sous "d" de l'annexe III de l'arrêté royal du 21.12.2001 et qui a été délivrée pour la spécialité figurant dans le présent paragraphe avant l'entrée en vigueur de la présente réglementation, conserve sa validité dans sa catégorie de remboursement jusqu'à la fin de la période d'autorisation qui y est mentionnée.
- b) Cette autorisation de remboursement qui a été délivrée pour la spécialité figurant dans le présent paragraphe avant l'entrée en vigueur de la présente réglementation, peut ensuite être prolongée, par périodes de 6 mois, mais avec délivrance d'autorisations dont le modèle est fixé sous "b" de l'annexe III de l'arrêté royal du 21.12.2001, sur base chaque fois d'un formulaire de demande, dont le modèle est repris à l'annexe A de la présente réglementation, complété par le médecin traitant ou le médecin qui gère le dossier médical global du patient atteint de douleur chronique, qui ainsi simultanément:

1° atteste que ce patient a reçu au moins une autorisation de remboursement de cette spécialité;

2° atteste que la thérapie préalable s'est montrée efficace;

3° atteste que la poursuite du traitement est médicalement justifiée

Paragraaf 5810000

- a) De machtiging waarvan het model bepaald is onder "d" van bijlage III van het koninklijk besluit van 21.12.2001 en die voor de specialiteit van deze paragraaf werd toegestaan vóór de inwerkingtreding van deze reglementering, behoudt haar geldigheid in haar vergoedingsgroep tot het einde van de periode van de machtiging zoals vermeld.
- b) Deze machtiging tot terugbetaling die werd afgeleverd voor de specialiteit vernoemd in deze paragraaf vóór de inwerkingtreding van de huidige reglementering, kan daarna verlengd worden voor nieuwe periodes van 6 maanden, maar met aflevering van machtigingen waarvan het model bepaald is onder « b » van bijlage III van het koninklijk besluit van 21.12.2001, telkens op basis van een aanvraagformulier waarvan het model hernomen is in bijlage A van deze paragraaf, behoorlijk ingevuld en ondertekend door de behandelende arts of de geneesheer die het globaal medisch dossier beheert van de chronische pijnpatiënt, die zo tegelijkertijd:

1° verklaart dat deze patiënt reeds minstens één toelating tot terugbetaling van deze specialiteit gekregen heeft;

2° verklaart dat de voorafgaande behandeling doeltreffend is gebleken;

3° verklaart dat verderzetting van de behandeling medisch verantwoord is.

BIJLAGE A:

Aanvraagformulier voor de verlenging van de terugbetaling van de specialiteit TARGINACT (§ 5810000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

I – Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, aansluitingsnummer):

Naam:

Voornaam:

Aansluitingsnummer:

II – Voorwaarden te attesteren door de geneesheer verantwoordelijk voor de behandeling:

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt heeft reeds minstens één toelating tot terugbetaling van de specialiteit TARGINACT gekregen.

Op basis van de initiële BFI score van verklaar ik dat de behandeling met TARGINACT resulteerde in een klinisch relevante daling van minimum 12 punten van de darmfunctie gemeten aan de hand van BFI, met behoud van de analgetische doeltreffendheid, waardoor de doeltreffendheid van dit geneesmiddel is aangetoond. Ik ben van mening dat de verderzetting van de behandeling medisch verantwoord is.

Op basis van deze elementen, vraag ik aan de adviserende geneesheer om een verlenging van de toelating tot terugbetaling te verlenen voor de specialiteit TARGINACT voor een periode van 6 maanden.

III – Identificatie van de geneesheer verantwoordelijk voor de behandeling of de geneesheer die het globaal medisch dossier beheert (naam, voornaam, adres, n° RIZIV):

(naam)

(voornaam)

1 - - - (n° RIZIV)

/ / (datum)

(stempel)

(handtekening van de arts)

Index voor stoelgang (BFI)	
Vul a.u.b. de gevraagde informatie voor alle onderdelen van de beoordeling in.	
1. Gemakkelijkheid van de ontlasting (Numerieke Analoge Schaal) gedurende de afgelopen 7 dagen volgens de beoordeling van de patiënt: 0 = gemakkelijk/geen moeilijkheden 100 = ernstige moeilijkheden	
2. Gevoel dat niet alle ontlasting eruit was (Numerieke Analoge Schaal) gedurende de afgelopen 7 dagen volgens de beoordeling van de patiënt: 0 = helemaal niet 100 = heel sterk	
3. Persoonlijk oordeel van patiënt (Numerieke Analoge Schaal) betreffende verstopping gedurende de afgelopen 7 dagen: 0 = helemaal niet 100 = heel sterk	

ba) au § 6050000, les modalités de remboursement reprises avant l'annexe, sont remplacées par les modalités suivantes:

Paragraphe 6050000

- a) La spécialité est remboursée si elle est administrée à une dose de 5 mg par jour, soit 1 comprimé de 2,5 mg en deux prises, pour la prévention primaire des événements thromboemboliques veineux chez les patients adultes ayant subi une intervention chirurgicale programmée pour prothèse totale de hanche ou de genou.
- b) Le remboursement est limité à la période de maximum 38 jours qui suit l'intervention chirurgicale de prothèse totale de hanche et de maximum 14 jours qui suit l'intervention chirurgicale de prothèse totale du genou.
- c) L'autorisation de remboursement sera délivrée par le médecin-conseil sur base d'un formulaire de demande, dont le modèle est repris à l'annexe A du présent paragraphe, sur lequel le médecin atteste que le patient concerné se trouve dans la situation susmentionnée au moment de la demande.
- d) Sur base de ce formulaire complété selon les conditions énumérées ci-dessus, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous "e" de l'annexe III du présent arrêté, dont le nombre de conditionnements autorisés est limité en fonction de l'intervention chirurgicale et dont la durée de validité est limitée en fonction des dispositions du point b).

bb) il est inséré un § 6470100, rédigé comme suit:

Paragraphe 6470100

- a) La spécialité entre en ligne de compte pour un remboursement si elle est administrée dans le traitement des crises aiguës d'angio-œdème héréditaire de type I et II (AOH) chez l'adulte ou l'adolescent (présentant une carence en inhibiteur de la C1 estérase). Le diagnostic d'angio-œdème de type I et II est établi sur base de:
 - la présentation clinique des poussées récurrentes d'angio-œdème, et
 - une activité plasmatique d'inhibiteur de la C1-estérase inférieure à la norme du laboratoire, et
 - un taux plasmatique de C4 inférieur à la norme du laboratoire, et
 - un contrôle de l'anamnèse familiale
- b) Le remboursement est conditionné par la fourniture au pharmacien hospitalier concerné, préalablement à chaque facturation en tiers payant, d'un formulaire de demande, dont le modèle est reproduit dans l'annexe A du présent paragraphe, complété et signé par le médecin spécialiste responsable du traitement. En complétant de la sorte les rubriques ad hoc de ce formulaire, le médecin spécialiste dont il est question ci-dessus mentionne que le diagnostic d'angio-œdème héréditaire de type I et II (AOH) a été établi, et que le nombre de conditionnements prescrits a été établi en stricte conformité avec chacune des dispositions mentionnées dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) du CINRYZE, et est exclusivement destiné à être utilisé pour le traitement d'une seule crise aiguë d'angio-œdème héréditaire de type I et II (AOH).

ba) in § 6050000, worden de vergoedingsvoorwaarden vermeld vóór de bijlage, vervangen als volgt:

Paragraaf 6050000

- a) De volgende specialiteit wordt vergoed als ze toegediend is met een dosis van 5 mg per dag, ingenomen als 2 maal een tablet van 2,5 mg, voor de primaire preventie van veneuze trombo-embolische aandoeningen bij volwassen patiënten die een geprogrammeerde heup- of knie vervangende operatie ondergaan.
- b) De terugbetaling is beperkt tot een periode van maximum 38 dagen aansluitend op de heupvervangende operatie en van maximum 14 dagen aansluitend op de knievervangende operatie.
- c) De machtiging tot vergoeding zal worden afgeleverd door de adviserend geneesheer op basis van een aanvraagformulier, waarvan het model is hernomen in bijlage A van deze paragraaf, en waarop de geneesheer attesteert dat de betrokken patiënt zich op het moment van de aanvraag in de hierboven vermelde situatie bevindt .
- d) Op basis van dit aanvraagformulier vervolledigd volgens de voorwaarden hierboven gestipuleerd, reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is vastgesteld onder "e" van bijlage III van dit besluit, waarvan het aantal terugbetaalbare verpakkingen bepaald wordt in functie van de operatie, en waarvan de geldigheidsduur beperkt is rekening houdend met de bepalingen van het punt b).

bb) er wordt een § 6470100 toegevoegd, luidende:

Paragraaf 6470100

- a) De specialiteit komt in aanmerking voor terugbetaling indien ze toegediend wordt voor de behandeling van acute aanvallen van erfelijk angio-oedeem type I en II (HAO) bij volwassenen of adolescenten (met C1-esterase-inhibitordeficiëntie). De diagnose van erfelijk angio-oedeem type I en II werd gesteld aan de hand van:
 - de klinische presentatie van recidiverende aanvallen van angio-oedeem, en
 - een plasma-activiteit van C1-esterase inhibitor lager dan de laboratoriumnorm, en
 - een plasmagehalte van C4 lager dan de laboratoriumnorm, en
 - een controle van de familiale anamnese
- b) De vergoeding is gebaseerd op de aflevering aan de betrokken ziekenhuisapotheker vooraleer aan de derde betaler gefactureerd wordt, van een aanvraagformulier waarvan het model in bijlage A van de huidige paragraaf is opgenomen, ingevuld en ondertekend door de arts-specialist verantwoordelijk voor de behandeling. Door aldus het formulier volledig in te vullen in de ad hoc rubrieken vermeldt de arts-specialist van wie hierboven sprake dat de diagnose van erfelijk angio-oedeem type I en II (HAO) werd gesteld en dat het aantal voorgeschreven verpakkingen werd vastgesteld in strikte overeenkomst met elk van de bepalingen vermeld in de Samenvatting van de Productkenmerken (SKP) van CINRYZE, en exclusief bestemd is om gebruikt te worden voor de behandeling van één enkele acute aanval van erfelijk angio-oedeem type I en II.

□ 2) Prévention des crises d'angioedème avant une intervention, chez l'adulte ou l'adolescent avec un diagnostic d'angio-œdème héréditaire de type I et II

J'atteste qu'il s'agit d'un patient adulte ou adolescent atteint d'angio-œdème héréditaire (AOH)

de type I

ou

de type II.

et,

qui doit recevoir un traitement prophylactique avant une intervention majeure (chirurgical) ou une intubation.

Le diagnostic d'angio-œdème héréditaire a été établi sur base de

- la présentation clinique des poussées récidivantes d'angio-œdème, et
- une activité plasmatique de l'inhibiteur de la C1-estérase qui se situe en dessous de la norme du laboratoire, et
- un taux plasmatique de C4 qui se situe en dessous de la norme du laboratoire, et
- le contrôle de l'anamnèse familiale.

Intervention prévue : date de l'intervention :

J'atteste que le nombre de conditionnements prescrits a été établi en stricte conformité avec chacune des dispositions mentionnées dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) du CINRYZE, et est exclusivement destiné à être utilisé pour l'administration d'un seul traitement préventif pour la prévention d'une crise d'angio-œdème héréditaire de type I et II en cas d'intervention majeure (chirurgical) ou d'une intubation.

Je m'engage à fournir au médecin conseil, si nécessaire, les éléments de preuve démontrant que les conditions ci-dessus sont rencontrées.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement, en catégorie B, de la spécialité CINRYZE.

□ 3) Prévention systématique des crises d'angioedème chez l'adulte ou l'adolescent avec un diagnostic d'angio-œdème héréditaire de type I et II (AOH)

J'atteste qu'il s'agit d'un patient adulte ou adolescent atteint d'angio-œdème héréditaire (AOH)

de type I

ou

de type II.

et,

qui doit recevoir un traitement d'entretien (prévention systématique des crises d'angio-œdème).

Il s'agit d'un patient

- qui a plus d'une crise d'angioedème sévère par mois et qui souffre plus de 5 mois par an,
- qui a déjà eu une obstruction des voies respiratoires

et

- qui n'entre pas en ligne de compte pour des traitements préventifs par voie orale
- qui n'est pas suffisamment protégé par des traitements préventifs par voie orale
- pour qui la prise en charge aiguë répétée s'avère inadaptée

J'atteste que le nombre de conditionnements prescrits a été établi en stricte conformité avec chacune des dispositions mentionnées dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) du CINRYZE, et est exclusivement destiné à être utilisé pour administration pour la prévention systématique des crises d'angioedème avec un diagnostic d'angio-œdème héréditaire de type I et II selon les conditions mentionnées ci-dessus, et permettant une délivrance pour une prévention systématique pendant une période maximale de 15 jours à chaque fois.

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.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement, en catégorie A, de la spécialité CINRYZE.



(stempel)

..... (handtekening van de arts)

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm	Prix Prijs	Base de remb. Basis van tegemeetk	I	II
CINRYZE 500 E			C.A.F.-D.C.F. CVBA-SCRL			ATC: B02AB03		
	7702-129	2 flacons injectables 5 ml poudre et solvant pour solution injectable, 100 IU/ml	2 injectieflacons 5 ml poeder en oplosmiddel voor oplossing voor injectie, 100 IU/ml		1236,0000	1236,0000		
B-192 *	7702-129	1 flacon injectable 5 ml poudre et solvant pour solution injectable, 100 IU/ml	1 injectieflacon 5 ml poeder en oplosmiddel voor oplossing voor injectie, 100 IU/ml		658,6350	658,6350		
B-192 **	7702-129	1 flacon injectable 5 ml poudre et solvant pour solution injectable, 100 IU/ml	1 injectieflacon 5 ml poeder en oplosmiddel voor oplossing voor injectie, 100 IU/ml		655,0800	655,0800		

bc) il est inséré un § 6470200, rédigé comme suit:

Paragraphe 6470200

a) La spécialité entre en ligne de compte pour un remboursement si elle est administrée pour la prévention des crises d'angioedème avant une intervention, chez l'adulte ou l'adolescent avec un diagnostic d'angio-œdème héréditaire de type I et II (AOH), en cas d'intervention majeure (chirurgicale) ou intubation. Le diagnostic d'angio-œdème de type I et II est établi sur base de:

- la présentation clinique des poussées récidivantes d'angio-œdème, et
- une activité plasmatique d'inhibiteur de la C1-estérase inférieure à la norme du laboratoire, et
- un taux plasmatique de C4 inférieur à la norme du laboratoire, et
- un contrôle de l'anamnèse familiale

b) Le remboursement est conditionné par la fourniture au pharmacien hospitalier concerné, préalablement à chaque facturation en tiers payant, d'un formulaire de demande, dont le modèle est reproduit dans l'annexe A du présent paragraphe, complété et signé par le médecin spécialiste responsable du traitement. En complétant de la sorte les rubriques ad hoc de ce formulaire, le médecin spécialiste dont il est question ci-dessus mentionne que le diagnostic d'angio-œdème héréditaire de type I et II (AOH) a été établi, et que le nombre de conditionnements prescrits a été établi en stricte conformité avec chacune des dispositions mentionnées dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) du CINRYZE, et est exclusivement destiné à être utilisé pour l'administration d'un seul traitement préventif pour la prévention d'une crise d'angio-œdème héréditaire de type I et II en cas d'intervention majeure (chirurgicale) ou d'une intubation.

bc) er wordt een § 6470200 toegevoegd, luidende:

Paragraaf 6470200

a) De specialiteit komt in aanmerking voor terugbetaling indien ze toegediend wordt voor de pre-procedure preventie van angio-oedeemaanvallen bij volwassenen of adolescenten met een diagnose van erfelijk angio-oedeem type I en II (HAO), in geval van majeure (chirurgische) ingreep of intubatie. De diagnose van erfelijk angio-oedeem type I en II werd gesteld aan de hand van:

- de klinische presentatie van recidiverende aanvallen van angio-oedeem, en
- een plasma-activiteit van C1-esterase inhibitor lager dan de laboratoriumnorm, en
- een plasmagehalte van C4 lager dan de laboratoriumnorm, en
- een controle van de familiale anamnese

b) De vergoeding is gebaseerd op de aflevering aan de betrokken ziekenhuisapotheker vooraleer aan de derde betaler gefactureerd wordt, van een aanvraagformulier waarvan het model in bijlage A van de huidige paragraaf is opgenomen, ingevuld en ondertekend door de arts-specialist verantwoordelijk voor de preventieve behandeling. Door aldus het formulier volledig in te vullen in de ad hoc rubrieken vermeldt de arts-specialist van wie hierboven sprake dat de diagnose van erfelijk angio-oedeem type I en II (HAO) werd gesteld, en dat het aantal voorgeschreven verpakkingen werd vastgesteld in strikte overeenkomst met elk van de bepalingen vermeld in de Samenvatting van de Productkenmerken (SKP) van CINRYZE, en exclusief bestemd is om gebruikt te worden voor toediening van één enkele pre-procedure preventieve behandeling van een aanval van erfelijk angio-oedeem type I en II alvorens een majeure (chirurgische) ingreep of intubatie te ondergaan.

qui doit recevoir un traitement prophylactique avant une intervention majeure (chirurgical) ou une intubation.

Le diagnostic d'angio-œdème héréditaire a été établi sur base de

- la présentation clinique des poussées récidivantes d'angio-œdème, et
- une activité plasmatique de l'inhibiteur de la C1-estérase qui se situe en dessous de la norme du laboratoire, et
- un taux plasmatique de C4 qui se situe en dessous de la norme du laboratoire, et
- le contrôle de l'anamnèse familiale.

Intervention prévue : date de l'intervention :

J'atteste que le nombre de conditionnements prescrits a été établi en stricte conformité avec chacune des dispositions mentionnées dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) du CINRYZE, et est exclusivement destiné à être utilisé pour l'administration d'un seul traitement préventif pour la prévention d'une crise d'angio-œdème héréditaire de type I et II en cas d'intervention majeure (chirurgical) ou d'une intubation.

Je m'engage à fournir au médecin conseil, si nécessaire, les éléments de preuve démontrant que les conditions ci-dessus sont rencontrées.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement, en catégorie B, de la spécialité CINRYZE.

□ 3) Prévention systématique des crises d'angioedème chez l'adulte ou l'adolescent avec un diagnostic d'angio-œdème héréditaire de type I et II (AOH)

J'atteste qu'il s'agit d'un patient adulte ou adolescent atteint d'angio-oedème héréditaire (AOH)

- de type I
- ou
- de type II.

et,
qui doit recevoir un traitement d'entretien (prévention systématique des crises d'angio-œdème).

Il s'agit d'un patient

- qui a plus d'une crise d'angioedème sévère par mois et qui souffre plus de 5 mois par an,
- qui a déjà eu une obstruction des voies respiratoires

et

- qui n'entre pas en ligne de compte pour des traitements préventifs par voie orale
- qui n'est pas suffisamment protégé par des traitements préventifs par voie orale
- pour qui la prise en charge aiguë répétée s'avère inadaptée

J'atteste que le nombre de conditionnements prescrits a été établi en stricte conformité avec chacune des dispositions mentionnées dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) du CINRYZE, et est exclusivement destiné à être utilisé pour administration pour la prévention systématique des crises d'angioedème avec un diagnostic d'angio-œdème héréditaire de type I et II selon les conditions mentionnées ci-dessus, et permettant une délivrance pour une prévention systématique pendant une période maximale de 15 jours à chaque fois.

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.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement, en catégorie A, de la spécialité CINRYZE.

IV – Identification du médecin spécialiste responsable du traitement (nom, prénom, adresse, N° INAMI):

_____ (nom)

_____ (prénom)

[1] - _____ - [] - [] (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)

Geplande ingreep : datum ingreep :

Ik bevestig dat het aantal voorgeschreven verpakkingen werd vastgesteld in strikte overeenkomst met elk van de bepalingen vermeld in de Samenvatting van de Productkenmerken (SKP) van CINRYZE, en exclusief bestemd is om gebruikt te worden voor toediening van één enkele pre-procedure preventieve behandeling van een aanval van erfelijk angio-oedeem type I en II alvorens een majeure (chirurgische) ingreep of intubatie te ondergaan.

Ik verbind me ertoe de bewijsstukken die aantonen dat aan de bovenstaande voorwaarden is voldaan desgevraagd te bezorgen aan de adviserend geneesheer.

Op basis van boven vermelde elementen verklaar ik dat deze patiënt de terugbetaling, in categorie B, van CINRYZE nodig heeft.

U 3) Routinepreventie van angio-oedeemaanvallen bij volwassenen of adolescenten met een diagnose van erfelijk angio-oedeem type I en II

Ik verklaar dat het om een volwassen of adolescente patiënt gaat met een diagnose van erfelijk angio-oedeem (HAO)

- type I,
- of
- type II

en,
die een onderhoudsbehandeling (routinepreventie van angio-oedeem aanvallen) dient te krijgen.

Het betreft een patiënt die

- meer dan één ernstige angio-oedeemaanval per maand heeft en die meer dan 5 maanden per jaar last heeft
- eerder luchtwegobstructie heeft doorgemaakt

en die

- niet in aanmerking komt voor orale preventiebehandelingen
- onvoldoende beschermd wordt door orale preventiebehandelingen
- onvoldoende beschermd wordt met herhaalde acute behandeling

Ik bevestig dat het aantal voorgeschreven verpakkingen werd vastgesteld in strikte overeenkomst met elk van de bepalingen vermeld in de Samenvatting van de Productkenmerken (SKP) van CINRYZE, en exclusief bestemd is om gebruikt te worden voor toediening bij routine preventie van angio-oedeem aanvallen van erfelijk angio-oedeem type I en II onder de voorwaarden vermeld hierboven, en waarvan de aflevering telkens een routinepreventie toelaat voor een periode van maximum 15 dagen.

Ik verbind mij ertoe de bewijsstukken die aantonen dat mijn patiënt zich in de geattesteerde situatie bevindt ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer.

Op basis van boven vermelde elementen verklaar ik dat deze patiënt de terugbetaling, in categorie A, van CINRYZE nodig heeft.

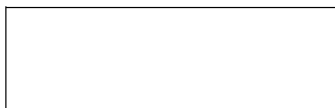
IV - Identificatie van de arts-specialist verantwoordelijk voor de behandeling (naam, voornaam, adres, RIZIV nummer):

..... (naam)

..... (voornaam)

1 - - - (n° RIZIV)

..... / / (datum)

 (stempel)

..... (handtekening van de arts)

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm	Prix Prijs	Base de remb. Basis van tegemeetk	I	II
CINRYZE 500 E		C.A.F.-D.C.F. CVBA-SCRL			ATC: B02AB03			
	7702-129	2 flacons injectables 5 ml poudre et solvant pour solution injectable, 100 IU/ml	2 injectieflacons 5 ml poeder en oplosmiddel voor oplossing voor injectie, 100 IU/ml		1236,0000	1236,0000		
B-323 *	7702-129	1 flacon injectable 5 ml poudre et solvant pour solution injectable, 100 IU/ml	1 injectieflacon 5 ml poeder en oplosmiddel voor oplossing voor injectie, 100 IU/ml		658,6350	658,6350		
B-323 **	7702-129	1 flacon injectable 5 ml poudre et solvant pour solution injectable, 100 IU/ml	1 injectieflacon 5 ml poeder en oplosmiddel voor oplossing voor injectie, 100 IU/ml		655,0800	655,0800		

bd) il est inséré un § 6470300, rédigé comme suit:

Paragrafe 6470300

a) La spécialité entre en ligne de compte pour un remboursement si elle est administrée pour la prévention systématique des crises d'angioedème chez l'adulte ou l'adolescent avec un diagnostic d'angio-œdème héréditaire de type I et II (AOH) :

- qui ont plus d'une crise d'angioedème sévère par mois et qui souffrent plus de 5 mois par an, ou
- qui ont déjà eu une obstruction des voies respiratoires

et qui n'entrent pas en ligne de compte pour ou ne sont pas suffisamment protégés par des traitements préventifs par voie orale, ou chez les patients pour lesquels la prise en charge aiguë répétée s'avère inadaptée.

b) Le remboursement est conditionné par la fourniture au pharmacien hospitalier concerné, préalablement à chaque facturation en tiers payant, d'un formulaire de demande, dont le modèle est reproduit dans l'annexe A du présent paragraphe, complété et signé par le médecin spécialiste responsable du traitement. En complétant de la sorte les rubriques ad hoc de ce formulaire, le médecin spécialiste dont il est question ci-dessus mentionne que le diagnostic d'angio-œdème héréditaire de type I et II (AOH) a été établi, et que le nombre de conditionnements prescrits a été établi en stricte conformité avec chacune des dispositions mentionnées dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) du CINRYZE, et est exclusivement destiné à être utilisé dans la prévention systématique des crises d'angioedème avec un diagnostic d'angio-œdème héréditaire de type I et II selon les conditions mentionnées au point a) ci-dessus, et qui permet à chaque fois une délivrance pour une prévention systématique pendant une période maximale de 15 jours.

En outre, le médecin responsable du traitement s'engage à fournir, à la demande du médecin conseil, les éléments de preuve démontrant que les conditions visées au point a) sont rencontrées.

c) Le nombre de conditionnements remboursables tiendra de chacune des dispositions mentionnées dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) du CINRYZE.

bd) er wordt een § 6470300 toegevoegd, luidende:

Paragraaf 6470300

a) De specialiteit komt in aanmerking voor terugbetaling indien ze toegediend wordt voor de routinepreventie van angio-oedeemaanvallen bij volwassenen of adolescenten met een diagnose van erfelijk angio-oedeem type I en II (HAO) :

- die meer dan één ernstige angio-oedeemaanval per maand hebben en die meer dan 5 maanden per jaar last hebben, of
- die eerder luchtwegobstructie doorgemaakt hebben,

en die niet in aanmerking komen voor of onvoldoende beschermd worden door orale preventiebehandelingen, of patiënten die ontoereikend worden behandeld met herhaalde acute behandeling.

b) De vergoeding is gebaseerd op de aflevering aan de betrokken ziekenhuisapotheker vooraleer aan de derde betaler gefactureerd wordt, van een aanvraagformulier waarvan het model in bijlage A van de huidige paragraaf is opgenomen, ingevuld en ondertekend door de arts-specialist verantwoordelijk voor de behandeling. Door aldus het formulier volledig in te vullen in de ad hoc rubrieken vermeldt de arts-specialist van wie hierboven sprake dat de diagnose van erfelijk angio-oedeem type I en II (HAO) werd gesteld, en dat het aantal voorgeschreven verpakkingen werd vastgesteld in strikte overeenkomst met elk van de bepalingen vermeld in de Samenvatting van de Productkenmerken (SKP) van CINRYZE, en exclusief bestemd is om gebruikt te worden bij routine preventie van angio-oedeem aanvallen van erfelijk angio-oedeem type I en II onder de voorwaarden vermeld onder punt a) hierboven, en waarvan de aflevering telkens een routinepreventie toelaat voor een periode van maximum 15 dagen.

Bovendien engageert de arts-specialist verantwoordelijk voor de behandeling dat hij/zij aan de adviserend geneesheer de bewijsstukken desgevraagd bezorgt die aantonen dat aan de voorwaarden onder punt a) is voldaan.

c) Het aantal vergoedbare verpakkingen zal rekening houden met elk van de bepalingen vermeld in de Samenvatting van de Productkenmerken (SKP) van CINRYZE.

Intervention prévue : date de l'intervention :

J'atteste que le nombre de conditionnements prescrits a été établi en stricte conformité avec chacune des dispositions mentionnées dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) du CINRYZE, et est exclusivement destiné à être utilisé pour l'administration d'un seul traitement préventif pour la prévention d'une crise d'angio-œdème héréditaire de type I et II en cas d'intervention majeure (chirurgicale) ou d'une intubation.

Je m'engage à fournir au médecin conseil, si nécessaire, les éléments de preuve démontrant que les conditions ci-dessus sont rencontrées.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement, en catégorie B, de la spécialité CINRYZE.

□ 3) Prévention systématique des crises d'angioedème chez l'adulte ou l'adolescent avec un diagnostic d'angio-œdème héréditaire de type I et II (AOH)

J'atteste qu'il s'agit d'un patient adulte ou adolescent atteint d'angio-œdème héréditaire (AOH)

de type I

ou

de type II.

et,
qui doit recevoir un traitement d'entretien (prévention systématique des crises d'angio-œdème).

Il s'agit d'un patient

- qui a plus d'une crise d'angioedème sévère par mois et qui souffre plus de 5 mois par an,
- qui a déjà eu une obstruction des voies respiratoires

et

- qui n'entre pas en ligne de compte pour des traitements préventifs par voie orale
- qui n'est pas suffisamment protégé par des traitements préventifs par voie orale
- pour qui la prise en charge aiguë répétée s'avère inadaptée

J'atteste que le nombre de conditionnements prescrits a été établi en stricte conformité avec chacune des dispositions mentionnées dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) du CINRYZE, et est exclusivement destiné à être utilisé pour administration pour la prévention systématique des crises d'angioedème avec un diagnostic d'angio-œdème héréditaire de type I et II selon les conditions mentionnées ci-dessus, et permettant une délivrance pour une prévention systématique pendant une période maximale de 15 jours à chaque fois.

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.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement, en catégorie A, de la spécialité CINRYZE.

IV – Identification du médecin spécialiste responsable du traitement (nom, prénom, adresse, N° INAMI):

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm	Prix Prijs	Base de remb. Basis van tegemeetk	I	II
CINRYZE 500 E		C.A.F.-D.C.F. CVBA-SCRL			ATC: B02AB03			
	7702-129	2 flacons injectables 5 ml poudre et solvant pour solution injectable, 100 IU/ml	2 injectieflacons 5 ml poeder en oplosmiddel voor oplossing voor injectie, 100 IU/ml		1236,0000	1236,0000		
A-106 *	7702-129	1 flacon injectable 5 ml poudre et solvant pour solution injectable, 100 IU/ml	1 injectieflacon 5 ml poeder en oplosmiddel voor oplossing voor injectie, 100 IU/ml		658,6350	658,6350		
A-106 **	7702-129	1 flacon injectable 5 ml poudre et solvant pour solution injectable, 100 IU/ml	1 injectieflacon 5 ml poeder en oplosmiddel voor oplossing voor injectie, 100 IU/ml		655,0800	655,0800		

be) il est inséré un § 6480000, rédigé comme suit:

Paragraphe 6480000

a) La spécialité entre en ligne de compte pour un remboursement si elle est utilisée chez un patient adulte atteint de sarcome des tissus mous avancé

- après échec d'au moins un traitement antérieur par chimiothérapie au stade métastatique
ou

- en cas de progression dans les 12 mois après un traitement (néo) adjuvant

b) Le remboursement est subordonné à la remise au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation au tiers payant, d'un formulaire de demande standardisé, dont le modèle est reproduit à l'annexe A du présent paragraphe, complété et signé par le médecin spécialiste en oncologie médicale, responsable du traitement.

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

- mentionne si le patient répond aux critères requis pour l'instauration du traitement (voir ci-dessus), ou, lorsqu'il s'agit de la poursuite du traitement, mentionne les éléments relatifs à l'évolution du patient ;

- s'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve confirmant les éléments attestés ;

- atteste disposer du rapport de la Consultation Oncologique Multidisciplinaire (COM) marquant l'accord pour le traitement pour lequel le remboursement est demandé ;

- s'engage à effectuer une évaluation clinique par imagerie médicales toutes les 12 semaines ;

- s'engage à arrêter le traitement à tout instant en cas de constatation de progression de l'affection selon les critères RECIST 1.1.

be) er wordt een § 6480000 toegevoegd, luidende:

Paragraaf 6480000

a) De specialiteit komt voor terugbetaling in aanmerking indien ze wordt toegediend bij een volwassen patiënt met die lijdt aan een gevorderd weke delen sarcoom

- na falen van minstens één voorafgaande behandeling met chemotherapie voor gemetastaseerde ziekte
of

- bij progressie binnen de 12 maanden na een (neo)adjuvante behandeling

b) De vergoeding is afhankelijk van de aflevering aan de betrokken ziekenhuisapotheker, vooraleer aan de derde betaler gefactureerd wordt, van een gestandaardiseerd formulier waarvan het model is opgenomen in bijlage A van deze paragraaf, ingevuld, gedateerd en ondertekend door de geneesheer specialist in de medische oncologie die verantwoordelijk is voor de behandeling.

c) Door aldus het formulier volledig in te vullen in de ad hoc rubrieken, vermeldt de geneesheer-specialist van wie hierboven sprake is, gelijktijdig:

- dat de patiënt beantwoordt aan de criteria voor de instelling van de behandeling (zie hierboven), of, indien het gaat om een verderzetting van de behandeling behandeling, de evolutie van de patiënt ;

- dat hij zich engageert om ten behoeve van de adviserend geneesheer de bewijsstukken ter beschikking te houden die de geattesteerde gegevens bevestigen ;

- dat hij bevestigt dat hij over het rapport van het multidisciplinair oncologisch consult (MOC) beschikt dat het akkoord geeft voor de behandeling waarvoor terugbetaling wordt aangevraagd ;

- dat hij er zich toe verbindt om de 12 weken een klinische evaluatie uit te voeren door middel van medische beeldvorming;

- dat hij er zich toe verbindt in elk geval de behandeling te stoppen bij progressie van de ziekte volgens de RECIST 1.1 criteria.

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm	Prix Prijs	Base de remb. Basis van tegemeoetk	I	II
VOTRIENT 200 mg		GLAXOSMITHKLINE PHARMACEUTICALS		ATC: L01XE11				
	0758-888	90 comprimés pelliculés, 200 mg	90 filmomhulde tabletten, 200 mg		2373,4800	2373,4800		
A-65 *	0758-888	1 comprimé pelliculé, 200 mg	1 filmomhulde tablet, 200 mg		28,0333	28,0333		
A-65 **	0758-888	1 comprimé pelliculé, 200 mg	1 filmomhulde tablet, 200 mg		27,9543	27,9543		
VOTRIENT 400 mg		GLAXOSMITHKLINE PHARMACEUTICALS		ATC: L01XE11				
	0758-870	60 comprimés pelliculés, 400 mg	60 filmomhulde tabletten, 400 mg		3164,6500	3164,6500		
A-65 *	0758-870	1 comprimé pelliculé, 400 mg	1 filmomhulde tablet, 400 mg		56,0273	56,0273		
A-65 **	0758-870	1 comprimé pelliculé, 400 mg	1 filmomhulde tablet, 400 mg		55,9088	55,9088		

bf) il est inséré un § 6490000, rédigé comme suit:

Paragraphe 6490000

La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle est administrée, en combinaison en doublet avec le cisplatine, dans le traitement du cancer gastrique avancé (stade III ou IV de la classification TNM) qui n'est pas éligible pour un traitement chirurgical

- Soit après un traitement de première ligne préalable avec la capécitabine en association à une chimiothérapie à base de sel de platine a dû être arrêté à cause du syndrome main-pied.
- Soit parce qu'un traitement de première ligne avec la capécitabine en association à une chimiothérapie à base de sel de platine n'est pas possible à cause d'une contre-indication ou intolérance à la capécitabine avérée.

Le traitement peut être continué en monothérapie après le nombre maximale de cycles (6 cycles) contenant le cisplatine est atteint. En cas d'arrêt de cisplatine à cause de toxicité, la thérapie avec Teysuno® peut être continué en monothérapie.

Sur base d'un rapport circonstancié établi par un médecin spécialiste avec une compétence particulière en oncologie ou en oncologie médicale, 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 six mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être renouvelée pour des nouvelles périodes de six mois maximum, sur base d'un rapport d'évolution circonstancié établi par le spécialiste visé ci-dessus, démontrant que la continuation du traitement est médicalement justifiée.

bf) er wordt een § 6490000 toegevoegd, luidende:

Paragraaf 6490000

De specialiteit komt voor vergoeding in aanmerking indien ze, in doublet combinatie met cisplatine, wordt toegediend in de behandeling van gevorderde maagkanker (stadium III of IV van de TNM classificatie) welke niet in aanmerking komt voor chirurgische behandeling

- Ofwel nadat een voorafgaande eerstelijnsbehandeling met capecitabine in combinatie met een op platinum gebaseerd regime diende te worden stopgezet o.w.v. het optreden van Hand Voet Syndroom.
- Ofwel omdat een eerstelijnsbehandeling met capecitabine in combinatie met een op platinum gebaseerd regime niet mogelijk is omwille van aangetoonde contra-indicatie of intolerantie aan capecitabine

De behandeling kan in monotherapie voortgezet worden na het maximaal aantal cisplatine bevattende cycli (6 cycli). Indien cisplatine moet gestaakt worden om redenen van toxiciteit dan kan de behandeling met Teysuno® in monotherapie verder gezet worden.

Op grond van een gemotiveerd verslag dat is opgemaakt door een geneesheer-specialist met een bijzondere bekwaamheid in de oncologie of in de medische oncologie, reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de machtiging uit waarvan het model is vastgesteld onder "b" van bijlage III van dit besluit en waarvan de geldigheidsduur tot ten hoogste zes maanden is beperkt.

De machtiging voor vergoeding kan voor nieuwe perioden van ten hoogste zes maanden worden verlengd, op grond van een omstandig evolutieverslag dat door de bovengenoemde specialist is opgemaakt en waaruit blijkt dat het voortzetten van de behandeling medisch verantwoord is.

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm	Prix Prijs	Base de remb. Basis van tegemeetk	I	II
					<i>ex- usine / buiten bedrijf</i>	<i>ex- usine / buiten bedrijf</i>		
TEYSUNO 15 mg/4,35 mg/11,8 mg		NORDIC PHARMA		ATC: L01BC53				
A-28	2968-154	126 gélules	126 capsules, hard		393,73	393,73	0,00	0,00
	2968-154				352,5300	352,5300		
A-28 *	7702-160	1 gélule	1 harde capsule		3,0221	3,0221		
A-28 **	7702-160	1 gélule	1 harde capsule		2,9657	2,9657		
TEYSUNO 20 mg/5,8 mg/ 15,8 mg		NORDIC PHARMA		ATC: L01BC53				
A-28	2967-917	84 gélules	84 capsules, hard		351,01	351,01	0,00	0,00
	2967-917				313,3600	313,3600		
A-28 *	7702-178	1 gélule	1 harde capsule		4,0389	4,0389		
A-28 **	7702-178	1 gélule	1 harde capsule		3,9543	3,9543		

bg) il est inséré un § 6500000, rédigé comme suit:

bg) er wordt een § 6500000 toegevoegd, luidende:

Paragraphe 6500000

Paragraaf 6500000

a) La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle est administrée en monothérapie pour le traitement d'un patient atteint d'un carcinome médullaire de la glande thyroïde, localement avancé ou métastatique, non résécable, agressif et symptomatique, chez qui l'intervalle du doublement du CEA et/ou de la calcitonine est de moins de 24 mois et chez qui une progression de la tumeur selon les critères RECIST 1.1 endéans les 12 mois précédant l'instauration du traitement par CAPRELSA a été démontrée par imagerie médicale IRM ou CAT.

a) De specialiteit komt voor vergoeding in aanmerking indien ze wordt toegediend in monotherapie voor de behandeling van een patiënt met een agressief, symptomatisch lokaal gevorderd of gemetastaseerd niet reseceerbaar medullair schildkliercarcinoom, bij wie de verdubbelingstijd van het CEA en/of calcitonine in het serum korter is dan 24 maanden en bij wie door middel van medische beeldvorming met CAT of MRI, tumorprogressie volgens de RECIST 1.1 criteria werd aangetoond binnen de 12 maanden voorafgaand aan het starten van de behandeling met CAPRELSA.

b) Le remboursement peut être accordé si le pharmacien hospitalier dispose, préalablement à la facturation, d'un formulaire de demande, dont le modèle est repris à l'annexe A du présent paragraphe, dûment complété et signé par le médecin en oncologie médicale, responsable du traitement.

b) De terugbetaling kan worden toegestaan indien de ziekenhuisapotheker, voorafgaandelijk aan de facturatie, beschikt over een aanvraagformulier, waarvan het model in bijlage A van deze paragraaf is opgenomen, volledig ingevuld en ondertekend door de geneesheer specialist in de medische oncologie die verantwoordelijk is voor de behandeling.

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

c) Door aldus dit formulier in te vullen in de rubrieken ad hoc verklaart de bovenvermelde specialist gelijktijdig:

- atteste que les conditions figurant au point a) sont remplies ;
- s'engage à tenir à la disposition du médecin conseil un rapport médical décrivant chronologiquement l'évolution de l'affection (résultats des examens de l'imagerie médicale, résultats des examens anatomopathologiques, résultats des examens du laboratoire) ;

- dat alle voorwaarden in punt a) zijn vervuld;
- verbindt er zich toe om een medisch rapport dat chronologisch de evolutie van de aandoening beschrijft (resultaten van de medische beeldvorming, resultaten van de anatomopathologische onderzoeken, resultaten van de laboratoriumonderzoeken) ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer;

- s'engage à effectuer une évaluation clinique par imagerie médicale appropriée (CT-Scan ou IRM) toutes les 12 semaines de traitement;
 - s'engage à arrêter le traitement en cas de constatation de la progression de la maladie en dépit du traitement en cours;
 - s'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouvait bien dans la situation attestée ;
 - qu'il dispose dans son dossier du rapport de la Consultation Oncologique Médicale (COM) qui a marqué son accord avec le traitement par CAPRELSA.
- d) Le formulaire A devra être tenu à la disposition du médecin conseil.
- e) Le nombre de conditionnements remboursables tiendra compte d'une posologie journalière maximale de 300 mg.
- verbindt er zich toe zich ertoe om de 12 weken een klinische evaluatie uit te voeren door middel van gepaste medische beeldvorming (CT-scan of MRI);
 - verbindt er zich toe de behandeling stop te zetten wanneer hij vaststelt dat er progressie is ondanks de lopende behandeling;
 - verbindt er zich toe om ten behoeve van de adviserend geneesheer de bewijsstukken ter beschikking te houden die de geattesteerde gegevens bevestigen;
 - dat hij in zijn dossier over het rapport van het multidisciplinair oncologisch consult (MOC) beschikt dat het akkoord geeft voor de behandeling met CAPRELSA.
- d) Het formulier A dient ter beschikking te worden gehouden van de adviserend geneesheer.
- e) Het aantal terugbetaalbare verpakkingen zal rekening houden met een maximale dosis van 300 mg per dag.

Annexe A: Modèle du formulaire destiné au pharmacien hospitalier

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité CAPRELSA (§ 6500000 du chapitre IV de l'Arrêté Royal du 21 décembre 2001)

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

--	--	--	--

II – Éléments à attester par le médecin spécialiste en oncologie médicale

Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste en oncologie médicale, certifie que chez le patient mentionné ci-dessus toutes les conditions figurant au point a) du § 6500000. du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001 sont remplies.

III – Situation du patient nécessitant actuellement l'administration de CAPRELSA :

J'atteste qu'il s'agit d'un patient qui est atteint d'un carcinome médullaire localement avancé ou métastatique, non résécable, agressif et symptomatique de la glande thyroïde, chez qui l'intervalle du doublement du CEA et/ou de la calcitonine est de moins de 24 mois et chez qui une progression de la tumeur selon les critères RECIST 1.1 endéans les 12 mois précédant l'instauration du traitement par CAPRELSA a été démontrée par imagerie médicale RMI ou CAT.

Je sais que le remboursement de cette spécialité est conditionné par la réalisation toutes les 12 semaines de traitement ou plus tôt si la situation clinique l'exige, d'une évaluation appropriée par imagerie médicale (CT-Scan ou IRM).

□ J'atteste qu'il s'agit de la première période de 12 semaines qui a débuté le □ □ / □ □ / □ □ □ □ après une évaluation clinique par CT-scan ou IRM qui avait démontré une progression de la maladie par rapport à l'évaluation clinique précédente par CT-scan ou IRM du □ □ / □ □ / □ □ □ □ .

La prochaine évaluation clinique par CT-scan ou IRM sera effectuée au plus tard le □ □ / □ □ / □ □ □ □

Je dispose dans mon dossier du rapport de la Consultation Oncologique Médicale (COM) datée du □ □ / □ □ / □ □ □ □ qui a marqué son accord avec le traitement par CAPRELSA, dans lequel le chirurgien confirme que le carcinome médullaire n'est pas résécable.

Nom et numéro INAMI du chirurgien :

Motivation :

Signature :



(cachet)

..... (signature du chirurgien)

Ou

- J'atteste que ce patient a déjà reçu un traitement par CAPRELSA pour au moins une période de 12 semaines et que la précédente évaluation clinique, notamment par CT-scan ou par IRM, qui a été effectué le / a démontré que la maladie n'a pas progressé et que le patient en retire un bénéfice sur le plan clinique. La prochaine évaluation clinique par CT-scan ou par IRM est prévue au plus tard pour le / .

En outre, je m'engage à arrêter le traitement par CAPRELSA en cas de constatation de progression de la maladie et à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée, notamment un rapport médical décrivant chronologiquement l'évolution de l'affection, les résultats des examens du laboratoire et de l'imagerie médicale, ainsi que les éléments d'imagerie médicale démontrant l'absence de progression de la maladie.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir un traitement avec la spécialité CAPRELSA en monothérapie avec une posologie de mg par jour (en tenant compte d'une posologie journalière maximale de 300 mg).

IV – Identification du médecin-spécialiste mentionné ci-dessus au point II:

Nom :

Prénom :

Numéro INAMI : 1- -

Date :



(cachet)

..... (signature du médecin)

BIJLAGE A: model van formulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker

Formulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker voorafgaandelijk aan de facturatie van de specialiteit CAPRELSA (§ 6500000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001)

I – Identificatie van de begunstigde (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling):

--	--	--	--

II – Elementen te bevestigen door de geneesheer specialist in de medische oncologie

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, geneesheer specialist in de medische oncologie, verklaar bij boven genoemde patiënt aan alle voorwaarden vermeld onder punt a) van § 6500000. van hoofdstuk IV van het KB van 21 december wordt voldaan

III – Situatie van de patiënt die momenteel de toediening van CAPRELSA nodig heeft:

Ik verklaar dat het gaat om een patiënt met een agressief, symptomatisch lokaal gevorderd of gemetastaseerd niet reseceerbaar medullair schildkliercarcinoom, bij wie de verdubbelingstijd van het CEA en/of calcitonine in het serum korter is dan 24 maanden en bij wie door middel van medische beeldvorming met CAT of MRI tumorprogressie volgens de RECIST 1.1 criteria werd aangetoond binnen de 12 maanden voorafgaand aan het starten van de behandeling met CAPRELSA.

Ik weet dat de terugbetaling van deze specialiteit afhankelijk is van de uitvoering van een klinische evaluatie om de 12 weken door middel van de gepaste medische beeldvorming (CT-scan of MRI)

- Ik attesteer dat het gaat om een eerste periode van 12 weken die gestart is op / na een klinische evaluatie met CT-scan of MRI die tumorprogressie had aangetoond in vergelijking met de medische beeldvorming van / .

Volgende klinische evaluatie met CT-scan of MRI zal ten laatste op / worden uitgevoerd. Ik beschik in mijn dossier over het rapport van het multidisciplinair oncologisch consult (MOC), daterend van / dat het akkoord geeft voor de behandeling waarbij de chirurg bevestigt dat het medullair schildklier carcinoom niet reseceerbaar is.

Naam en RIZIV-nummer van de chirurg :

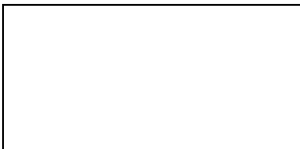
Motivering:.....

.....

.....

.....

Handtekening:



(stempel)

..... (handtekening van de chirurg)

Of

- Ik attesteer dat deze patiënt reeds een behandeling met CAPRELSA heeft gekregen gedurende minstens één periode van 12 weken en dat vorige klinische evaluatie met CT-scan of MRI, die werd uitgevoerd op / , heeft aangetoond dat de ziekte niet is toegenomen en dat de patiënt klinisch voordeel haalt uit de behandeling. De volgende klinische evaluatie met CT-scan of MRI is voorzien ten laatste op / .

Bovendien verbind ik er mij toe de behandeling met CAPRELSA te staken in geval ziekteprogressie wordt vastgesteld en de elementen die aantonen dat de patiënt zich in de geattesteerde toestand bevindt ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer, in het bijzonder een medisch rapport dat chronologisch de evolutie van de aandoening beschrijft, de resultaten van de laboratoriumonderzoeken en van de medische beeldvorming, alsook de elementen betreffende de medische beeldvorming die de afwezigheid van tumorprogressie aantonen.

Op basis van bovenvermelde elementen bevestig ik dat deze patiënt een behandeling met CAPRELSA in monotherapie nodig heeft aan een dosis van mg per dag, rekening houdende met een met een maximale posologie van 300 mg per dag.

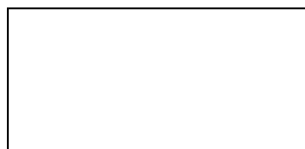
IV – Identificatie van de geneesheer-specialist in punt II hierboven vermeld:

Naam :

Voornaam :

RIZIV nummer : 1- -

Datum :



(stempel)

..... (handtekening van de geneesheer)

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm	Prijs Prijs	Base de remb. Basis van tegemeetk	I	II
					<i>ex- usine / buiten bedrijf</i>	<i>ex- usine / buiten bedrijf</i>		
CAPRELSA 100 mg		ASTRAZENECA					ATC: L01XE12	
	7702-087	30 comprimés pelliculés, 100 mg	30 filmomhulde tabletten, 100 mg	T	2000,0000	2000,0000		
A-65 *	7702-087	1 comprimé pelliculé, 100 mg	1 filmomhulde tablet, 100 mg	T	70,9037	70,9037		
A-65 **	7702-087	1 comprimé pelliculé, 100 mg	1 filmomhulde tablet, 100 mg	T	70,6667	70,6667		

CAPRELSA 300 mg		ASTRAZENECA		ATC: L01XE12		
	7702-095	30 comprimés pelliculés, 300 mg	30 filmomhulde tabletten, 300 mg	T	4800,0000	4800,0000
A-65 *	7702-095	1 comprimé pelliculé, 300 mg	1 filmomhulde tablet, 300 mg	T	169,8370	169,8370
A-65 **	7702-095	1 comprimé pelliculé, 300 mg	1 filmomhulde tablet, 300 mg	T	169,6000	169,6000

bh) il est inséré un § 6510000, rédigé comme suit:

Paragraphe 6510000

La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle est utilisée dans la situation suivante:

Traitement des saignements aigus chez les patients présentant une hypo- ou une afibrinogénémie congénitale avec une tendance aux saignements.

bh) er wordt een § 6510000 toegevoegd, luidende:

Paragraaf 6510000

De specialiteit wordt vergoed als ze wordt gebruikt in volgende situatie:

Behandeling van acute bloedingen bij patiënten met congenitale hypo-, of afibrinogenemie met bloedingsneiging.

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm	Prix Prijs	Base de remb. Basis van tegemeetk <i>ex-usine / buiten bedrijf</i>	I	II
RIASTAP 1 g		CSL BEHRING		ATC: B02BB01				
	0754-135	1 flacon injectable 1 g poudre pour solution pour perfusion et solution injectable, 1 g	1 injectieflacon 1 g poeder voor oplossing voor infusie en injectie, 1 g		395,0000	395,0000		
A-3 *	0754-135	1 flacon injectable 1 g poudre pour solution pour perfusion et solution injectable, 1 g	1 injectieflacon 1 g poeder voor oplossing voor infusie en injectie, 1 g		425,8100	425,8100		

Art. 2. A l'annexe II du même arrêté, tel qu'il a été modifié à ce jour, est apportée la modification suivante :

— le point XXII.8 est inséré, rédigé comme suit : « Succedanes et derives du sang : Les préparations destinées à la prévention pré-procédure d'angio-oedème héréditaire de type I et II. Groupe de remboursement : B-323 ».

— le point XXII.9 est inséré, rédigé comme suit : « Succedanes et derives du sang : Les préparations destinées à la prévention de routine d'angio-oedème héréditaire de type I et II. - Groupe de remboursement : A-106 ».

Art. 3. A l'annexe IV du même arrêté, tel qu'il a été modifié à ce jour, le code ATC libellés comme suit est ajouté :

L01XE12 -vandétanib.

Art. 4. 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*.

Bruxelles, le 16 avril 2013.

Mme L. ONKELINX

Art. 2. In bijlage II van hetzelfde besluit, zoals tot op heden gewijzigd, wordt de volgende wijziging aangebracht :

— het punt XXII.8 wordt toegevoegd, luidende : « Bloedvervangingsmiddelen en derivaten : Preparaten bestemd voor de behandeling van hereditair angio-oedema types I en II. - Vergoedingsgroep : B-323 ».

— het punt XXII.9 wordt toegevoegd, luidende : « Bloedvervangingsmiddelen en derivaten : Preparaten bestemd voor routinepreventie van hereditair angio-oedema types I en II. - Vergoedingsgroep : A-106 ».

Art. 3. In bijlage IV van hetzelfde besluit, zoals tot op heden gewijzigd, wordt de als volgt opgestelde ATC code toegevoegd :

L01XE12 -vandétanib;

Art. 4. 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*.

Brussel, 16 april 2013.

Mevr. L. ONKELINX