

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2012 — 581

[C — 2012/22058]

13 FEBRUARI 2012. — 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 en § 8, eerste lid, ingevoegd bij de wet van 10 augustus 2001 en artikel 72bis, § 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 26, 37bis, 38, 45, 57 en 62, zoals tot op heden gewijzigd;

Gelet op het ministerieel besluit van 18 juni 2004 tot aanduiding van de statines als therapeutische klasse van farmaceutische specialiteiten waarvoor een voorafgaande machtiging niet meer vereist is en tot vaststelling van het percentage van de daling van de vergoedingsbasis van de betrokken specialiteiten om te worden ingeschreven in hoofdstuk I 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;

Gelet op de voorstellen van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, uitgebracht op 7, 13 en 27 september 2011, 5, 7, 10, 13, 18, 25, 26 en 28 oktober 2011 en 4 en 22 november 2011;

Gelet op de voorstellen van het secretariaat van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, uitgebracht op 7, 14 en 28 november 2011;

Gelet op de mededeling aan de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen op 11 januari 2012;

Gelet op de adviezen van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 19 en 27 september 2011, 7, 13, 17, 24 en 26 oktober 2011, 8, 17, 21 en 25 november 2011 en 5, 7 en 19 december 2011;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Staatssecretaris voor Begroting van 22 september 2011, 13 en 27 oktober 2011, 17, 18 en 24 november 2011 en 1 december 2011;

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2012 — 581

[C — 2012/22058]

13 FEVRIER 2012. — 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, 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 et § 8, alinéa 1^{er}, inséré par la loi du 10 août 2001 et l'article 72bis, § 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 26, 37bis, 38, 45, 57 et 62, tel qu'il a été modifié à ce jour;

Vu l'arrêté ministériel du 18 juin 2004 indiquant les statines comme classe thérapeutique des spécialités pharmaceutiques pour lesquelles une autorisation préalable n'est plus requise et fixant le pourcentage minimum de la diminution de la base de remboursement des spécialités concernées pour être inscrites dans le chapitre 1^{er} de 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;

Vu les propositions de la Commission de Remboursement des Médicaments, émises les 7, 13 et 27 septembre 2011, 5, 7, 10, 13, 18, 25, 26 et 28 octobre 2011 et 4 et 22 novembre 2011;

Vu les propositions du secrétariat de la Commission de Remboursement des Médicaments, émises les 7, 14 et 28 novembre 2011;

Vu la communication à la Commission de Remboursement des Médicaments le 11 janvier 2012;

Vu les avis émis par l'Inspecteur des Finances donnés les 19 et 27 septembre 2011, 7, 13, 17, 24 et 26 octobre 2011, 8, 17, 21 et 25 novembre 2011 et 5, 7 et 19 décembre 2011;

Vu les accords de Notre Secrétaire d'Etat au Budget des 22 septembre 2011, 13 et 27 octobre 2011, 17, 18 et 24 novembre 2011 et du 1^{er} décembre 2011;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting van 12 en 21 december 2012;

Overwegende dat, met betrekking tot de specialiteiten ARICEPT 5 mg, 98 filmomhulde tabletten, ARICEPT 5 mg, 98 orodispergeerbare tabletten, ARICEPT 10 mg, ARIMIDEX 1 mg (Impexeco), ATORVASTATIN APOTEX 10 mg, ATORVASTATIN APOTEX 20 mg, ATORVASTATIN APOTEX 40 mg, ATORVASTATIN APOTEX 80 mg, CANDESARTAN MYLAN 8 mg, CANDESARTAN MYLAN 16 mg, CANDESARTAN MYLAN 32 mg, CISATRACURIUM FRESENIUS KABI 2 mg/ml, CISATRACURIUM SANDOZ 2 mg/ml, CO-CANDESARTAN TEVA 8 mg/12,5 mg, CO-CANDESARTAN TEVA 16 mg/12,5 mg, DOCIRENA 20 mg, DOCIRENA 80 mg, DORZOLAMIDE/TIMOLOL EG 20 mg/ml + 5 mg/ml, EPIRUBICINE HYDROCHLORIDE FRESENIUS KABI 2 mg/ml, ERBITUX 5 mg/ml, LEFLUNOMIDE MYLAN 10 mg, LEFLUNOMIDE MYLAN 20 mg, LEVOFLOXACIN HOSPIRA 5 mg/ml, MONTELUKAST HELM 4 mg, MONTELUKAST HELM 5 mg, MONTELUKAST HELM 10 mg, OXYCODON SANDOZ 5 mg, OXYCODON SANDOZ 10 mg, OXYCODON SANDOZ 20 mg, ZOLMITRIPTAN EG 2,5 mg, ZOLMITRIPTAN ODIS MYLAN 2,5 mg, ZOLMITRIPTAN ODIS MYLAN 5 mg en ZOLMITRIPTAN SANDOZ 2,5 mg, door Onze Staatssecretaris 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;

Overwegende dat, met betrekking tot de specialiteit HIZENTRA 200 mg/ml, 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;

Gelet op de notificaties aan de aanvragers van 1, 2, 5, 16, 20, 21 en 23 december 2011;

Gelet op het advies nr. 50.847/2 van de Raad van State, gegeven op 8 februari 2012 met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1^o, 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 :

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget des 12 et 21 décembre 2011;

Considérant qu'en ce qui concerne les spécialités ARICEPT 5 mg, 98 comprimés orodispersibles, ARICEPT 5 mg, 98 comprimés pelliculés, ARICEPT 10 mg, ARIMIDEX 1 mg (Impexeco), ATORVASTATIN APOTEX 10 mg, ATORVASTATIN APOTEX 20 mg, ATORVASTATIN APOTEX 40 mg, ATORVASTATIN APOTEX 80 mg, CANDESARTAN MYLAN 8 mg, CANDESARTAN MYLAN 16 mg, CANDESARTAN MYLAN 32 mg, CISATRACURIUM FRESENIUS KABI 2 mg/ml, CISATRACURIUM SANDOZ 2 mg/ml, CO-CANDESARTAN TEVA 8 mg/12,5 mg, CO-CANDESARTAN TEVA 16 mg/12,5 mg, DOCIRENA 20 mg, DOCIRENA 80 mg, DORZOLAMIDE/TIMOLOL EG 20 mg/ml + 5 mg/ml, EPIRUBICINE HYDROCHLORIDE FRESENIUS KABI 2 mg/ml, ERBITUX 5 mg/ml, LEFLUNOMIDE MYLAN 10 mg, LEFLUNOMIDE MYLAN 20 mg, LEVOFLOXACIN HOSPIRA 5 mg/ml, MONTELUKAST HELM 4 mg, MONTELUKAST HELM 5 mg, MONTELUKAST HELM 10 mg, OXYCODON SANDOZ 5 mg, OXYCODON SANDOZ 10 mg, OXYCODON SANDOZ 20 mg, ZOLMITRIPTAN EG 2,5 mg, ZOLMITRIPTAN ODIS MYLAN 2,5 mg, ZOLMITRIPTAN ODIS MYLAN 5 mg et ZOLMITRIPTAN SANDOZ 2,5 mg, Notre Secrétaire d'Etat au 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;

Considérant qu'en ce qui concerne la spécialité HIZENTRA 200 mg/ml, 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;

Vu les notifications aux demandeurs du 1^{er} et des 2, 5, 16, 20, 21 et 23 décembre 2011;

Vu l'avis n° 50.847/2 du Conseil d'Etat, donné le 8 février 2012, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1^o, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Arrête :

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

1° in hoofdstuk I :

1° au chapitre I :

a) worden de volgende specialiteiten ingevoegd :

a) les spécialités suivantes sont insérées :

- I = Aandeel van de rechthebbenden bedoeld in artikel 37, §1 en §19, van de bij het koninklijk besluit van 14.7.94 gecoördineerde wet, die recht hebben op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming.
 I = Intervention des bénéficiaires visés à l'article 37, §1er et §19, de la loi coordonnée par l'arrêté royal du 14.7.94 qui ont droit à une intervention majorée de l'assurance.
 II = Aandeel van de andere rechthebbenden.
 II = Intervention des autres bénéficiaires.

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)								
Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm Obs	Prijs Prix	Basis v tegemeetk Base de remb.	I	II
		ATORVASTATINE SANDOZ 10 mg SANDOZ		(zie ook hoofdstuk : IV voir aussi chapitre : IV)		ATC : C10AA05		
B-41	2795-979	28 filmomhulde tabletten, 10 mg	28 comprimés pelliculés, 10 mg	G	13,71	13,71	1,97	3,28
	2795-979				7,4300	7,4300		
B-41	2795-987	98 filmomhulde tabletten, 10 mg	98 comprimés pelliculés, 10 mg	G	33,00	33,00	5,25	8,82
	2795-987				23,4100	23,4100		
B-41 *	0756-452	1 filmomhulde tablet, 10 mg	1 comprimé pelliculé, 10 mg	G	0,3083	0,3083		
B-41 **	0756-452	1 filmomhulde tablet, 10 mg	1 comprimé pelliculé, 10 mg	G	0,2532	0,2532		
		ATORVASTATINE SANDOZ 20 mg SANDOZ		(zie ook hoofdstuk : IV voir aussi chapitre : IV)		ATC : C10AA05		
B-41	2795-995	28 filmomhulde tabletten, 20 mg	28 comprimés pelliculés, 20 mg	G	19,11	19,11	3,09	5,14
	2795-995				11,6400	11,6400		
B-41	2796-001	98 filmomhulde tabletten, 20 mg	98 comprimés pelliculés, 20 mg	G	48,01	48,01	7,36	12,40
	2796-001				36,6500	36,6500		
B-41 *	0756-445	1 filmomhulde tablet, 20 mg	1 comprimé pelliculé, 20 mg	G	0,4690	0,4690		
B-41 **	0756-445	1 filmomhulde tablet, 20 mg	1 comprimé pelliculé, 20 mg	G	0,3964	0,3964		
		ATORVASTATINE SANDOZ 40 mg SANDOZ		(zie ook hoofdstuk : IV voir aussi chapitre : IV)		ATC : C10AA05		
B-41	2796-019	98 filmomhulde tabletten, 40 mg	98 comprimés pelliculés, 40 mg	G	76,82	76,82	9,30	14,10
	2796-019				62,1400	62,1400		
B-41 *	0754-986	1 filmomhulde tablet, 40 mg	1 comprimé pelliculé, 40 mg	G	0,7447	0,7447		
B-41 **	0754-986	1 filmomhulde tablet, 40 mg	1 comprimé pelliculé, 40 mg	G	0,6721	0,6721		
		ATORVASTATINE SANDOZ 80 mg SANDOZ		(zie ook hoofdstuk : IV voir aussi chapitre : IV)		ATC : C10AA05		
B-41	2796-027	98 filmomhulde tabletten, 80 mg	98 comprimés pelliculés, 80 mg	G	76,80	76,80	9,30	14,10
	2796-027				62,1200	62,1200		
B-41 *	0756-437	1 filmomhulde tablet, 80 mg	1 comprimé pelliculé, 80 mg	G	0,7445	0,7445		
B-41 **	0756-437	1 filmomhulde tablet, 80 mg	1 comprimé pelliculé, 80 mg	G	0,6719	0,6719		
		ATORVILBITIN 10 mg EUROGENERICS		(zie ook hoofdstuk : IV voir aussi chapitre : IV)		ATC : C10AA05		
B-41	2878-833	28 filmomhulde tabletten, 10 mg	28 comprimés pelliculés, 10 mg	G	11,89	11,89	1,60	2,66
	2878-833				6,0200	6,0200		
B-41	2878-858	84 filmomhulde tabletten, 10 mg	84 comprimés pelliculés, 10 mg	G	24,90	24,90	4,10	6,89
	2878-858				16,2600	16,2600		
B-41	2878-866	100 filmomhulde tabletten, 10 mg	100 comprimés pelliculés, 10 mg	G	28,41	28,41	4,60	7,72
	2878-866				19,3500	19,3500		
B-41 *	0754-606	1 filmomhulde tablet, 10 mg	1 comprimé pelliculé, 10 mg	G	0,2497	0,2497		
B-41 **	0754-606	1 filmomhulde tablet, 10 mg	1 comprimé pelliculé, 10 mg	G	0,2051	0,2051		

ATORVILBITIN 20 mg		EUROGENERICS		(zie ook hoofdstuk : IV voir aussi chapitre : IV)		ATC : C10AA05		
B-41	2878-874	28 filmomhulde tabletten, 20 mg	28 comprimés pelliculés, 20 mg	G	16,27	16,27	2,50	4,17
	2878-874				9,4300	9,4300		
B-41	2878-882	84 filmomhulde tabletten, 20 mg	84 comprimés pelliculés, 20 mg	G	35,32	35,32	5,57	9,37
	2878-882				25,4500	25,4500		
B-41	2878-890	100 filmomhulde tabletten, 20 mg	100 comprimés pelliculés, 20 mg	G	40,80	40,80	6,35	10,68
	2878-890				30,2900	30,2900		
B-41 *	0754-598	1 filmomhulde tablet, 20 mg	1 comprimé pelliculé, 20 mg	G	0,3909	0,3909		
B-41 **	0754-598	1 filmomhulde tablet, 20 mg	1 comprimé pelliculé, 20 mg	G	0,3211	0,3211		
ATORVILBITIN 40 mg		EUROGENERICS		(zie ook hoofdstuk : IV voir aussi chapitre : IV)		ATC : C10AA05		
B-41	2878-908	84 filmomhulde tabletten, 40 mg	84 comprimés pelliculés, 40 mg	G	55,51	55,51	8,42	14,10
	2878-908				43,2700	43,2700		
B-41	2878-916	100 filmomhulde tabletten, 40 mg	100 comprimés pelliculés, 40 mg	G	64,85	64,85	9,30	14,10
	2878-916				51,5000	51,5000		
B-41 *	0754-580	1 filmomhulde tablet, 40 mg	1 comprimé pelliculé, 40 mg	G	0,6170	0,6170		
B-41 **	0754-580	1 filmomhulde tablet, 40 mg	1 comprimé pelliculé, 40 mg	G	0,5459	0,5459		
ATORVILBITIN 80 mg		EUROGENERICS		(zie ook hoofdstuk : IV voir aussi chapitre : IV)		ATC : C10AA05		
B-41	2878-924	98 filmomhulde tabletten, 80 mg	98 comprimés pelliculés, 80 mg	G	63,70	63,70	9,30	14,10
	2878-924				50,4800	50,4800		
B-41	2878-841	100 filmomhulde tabletten, 80 mg	100 comprimés pelliculés, 80 mg	G	64,85	64,85	9,30	14,10
	2878-841				51,5000	51,5000		
B-41 *	0754-572	1 filmomhulde tablet, 80 mg	1 comprimé pelliculé, 80 mg	G	0,6170	0,6170		
B-41 **	0754-572	1 filmomhulde tablet, 80 mg	1 comprimé pelliculé, 80 mg	G	0,5459	0,5459		
CANDESARTAN MYLAN 16 mg		MYLAN				ATC : C09CA06		
B-224	2909-133	28 tabletten, 16 mg	28 comprimés, 16 mg	G	18,35	18,35	2,93	4,88
	2909-133				11,0400	11,0400		
B-224	2909-141	56 tabletten, 16 mg	56 comprimés, 16 mg	G	28,79	28,79	4,65	7,82
	2909-141				19,6900	19,6900		
B-224	2909-158	98 tabletten, 16 mg	98 comprimés, 16 mg	G	45,53	45,53	7,01	11,80
	2909-158				34,4600	34,4600		
B-224 *	0752-691	1 tablet, 16 mg	1 comprimé, 16 mg	G	0,4453	0,4453		
B-224 **	0752-691	1 tablet, 16 mg	1 comprimé, 16 mg	G	0,3728	0,3728		
CANDESARTAN MYLAN 32 mg		MYLAN				ATC : C09CA06		
B-224	2909-166	28 tabletten, 32 mg	28 comprimés, 32 mg	G	18,35	18,35	2,93	4,88
	2909-166				11,0400	11,0400		
B-224	2909-174	56 tabletten, 32 mg	56 comprimés, 32 mg	G	28,79	28,79	4,65	7,82
	2909-174				19,6900	19,6900		
B-224	2909-182	98 tabletten, 32 mg	98 comprimés, 32 mg	G	45,53	45,53	7,01	11,80
	2909-182				34,4600	34,4600		
B-224 *	0752-683	1 tablet, 32 mg	1 comprimé, 32 mg	G	0,4453	0,4453		
B-224 **	0752-683	1 tablet, 32 mg	1 comprimé, 32 mg	G	0,3728	0,3728		
CANDESARTAN MYLAN 8 mg		MYLAN				ATC : C09CA06		
B-224	2909-109	28 tabletten, 8 mg	28 comprimés, 8 mg	G	18,35	18,35	2,93	4,88
	2909-109				11,0400	11,0400		
B-224	2909-117	56 tabletten, 8 mg	56 comprimés, 8 mg	G	28,79	28,79	4,65	7,82
	2909-117				19,6900	19,6900		
B-224	2909-125	98 tabletten, 8 mg	98 comprimés, 8 mg	G	47,80	47,80	7,33	12,34
	2909-125				36,4600	36,4600		
B-224 *	0752-709	1 tablet, 8 mg	1 comprimé, 8 mg	G	0,4669	0,4669		
B-224 **	0752-709	1 tablet, 8 mg	1 comprimé, 8 mg	G	0,3944	0,3944		

CISATRACURIUM FRESENIUS KABI 2 mg/ml		FRESENIUS KABI		ATC : M03AC11				
	0752-519	5 ampullen 5 ml oplossing voor infusie en injectie, 2 mg/ml	5 ampoules 5 ml solution pour perfusion et injection, 2 mg/ml		12,6100	12,6100		
B-140 *	0752-519	1 ampul 5 ml oplossing voor infusie en injectie, 2 mg/ml	1 ampoule 5 ml solution pour perfusion et injection, 2 mg/ml	G	3,2540	3,2540		
B-140 **	0752-519	1 ampul 5 ml oplossing voor infusie en injectie, 2 mg/ml	1 ampoule 5 ml solution pour perfusion et injection, 2 mg/ml	G	2,6740	2,6740		
CISATRACURIUM FRESENIUS KABI 2 mg/ml		FRESENIUS KABI		ATC : M03AC11				
	0752-501	5 ampullen 10 ml oplossing voor infusie en injectie, 2 mg/ml	5 ampoules 10 ml solution pour perfusion et injection, 2 mg/ml		25,2300	25,2300		
B-140 *	0752-501	1 ampul 10 ml oplossing voor infusie en injectie, 2 mg/ml	1 ampoule 10 ml solution pour perfusion et injection, 2 mg/ml	G	6,5120	6,5120		
B-140 **	0752-501	1 ampul 10 ml oplossing voor infusie en injectie, 2 mg/ml	1 ampoule 10 ml solution pour perfusion et injection, 2 mg/ml	G	5,3480	5,3480		
CISATRACURIUM SANDOZ 2 mg/ml		SANDOZ		ATC : M03AC11				
	0752-816	5 ampullen 5 ml oplossing voor infusie en injectie, 2 mg/ml	5 ampoules 5 ml solution pour perfusion et injection, 2 mg/ml		12,6100	12,6100		
B-140 *	0752-816	1 ampul 5 ml oplossing voor infusie en injectie, 2 mg/ml	1 ampoule 5 ml solution pour perfusion et injection, 2 mg/ml	G	3,2540	3,2540		
B-140 **	0752-816	1 ampul 5 ml oplossing voor infusie en injectie, 2 mg/ml	1 ampoule 5 ml solution pour perfusion et injection, 2 mg/ml	G	2,6740	2,6740		
CISATRACURIUM SANDOZ 2 mg/ml		SANDOZ		ATC : M03AC11				
	0752-808	5 ampullen 10 ml oplossing voor infusie en injectie, 2 mg/ml	5 ampoules 10 ml solution pour perfusion et injection, 2 mg/ml		25,2300	25,2300		
B-140 *	0752-808	1 ampul 10 ml oplossing voor infusie en injectie, 2 mg/ml	1 ampoule 10 ml solution pour perfusion et injection, 2 mg/ml	G	6,5120	6,5120		
B-140 **	0752-808	1 ampul 10 ml oplossing voor infusie en injectie, 2 mg/ml	1 ampoule 10 ml solution pour perfusion et injection, 2 mg/ml	G	5,3480	5,3480		
CO-CANDESARTAN TEVA 16 mg/12,5 mg		TEVA PHARMA BELGIUM		ATC : C09DA06				
B-224	2881-027	28 tabletten, 16 mg / 12,5 mg	28 comprimés, 16 mg / 12,5 mg	G	18,35	18,35	2,93	4,88
	2881-027				11,0400	11,0400		
B-224	2881-035	98 tabletten, 16 mg / 12,5 mg	98 comprimés, 16 mg / 12,5 mg	G	45,53	45,53	7,01	11,80
	2881-035				34,4600	34,4600		
B-224 *	0752-931	1 tablet, 16 mg / 12,5 mg	1 comprimé, 16 mg / 12,5 mg	G	0,4453	0,4453		
B-224 **	0752-931	1 tablet, 16 mg / 12,5 mg	1 comprimé, 16 mg / 12,5 mg	G	0,3728	0,3728		
CO-CANDESARTAN TEVA 8 mg/12,5 mg		TEVA PHARMA BELGIUM		ATC : C09DA06				
B-224	2924-405	28 tabletten, 8 mg / 12,5 mg	28 comprimés, 8 mg / 12,5 mg	G	18,35	18,35	2,93	4,88
	2924-405				11,0400	11,0400		
B-224	2909-190	98 tabletten, 8 mg / 12,5 mg	98 comprimés, 8 mg / 12,5 mg	G	45,53	45,53	7,01	11,80
	2909-190				34,4600	34,4600		
B-224 *	0752-949	1 tablet, 8 mg / 12,5 mg	1 comprimé, 8 mg / 12,5 mg	G	0,4453	0,4453		
B-224 **	0752-949	1 tablet, 8 mg / 12,5 mg	1 comprimé, 8 mg / 12,5 mg	G	0,3728	0,3728		
COVERSYL 10 mg		SERVIER BENELUX		ATC : C09AA04				
B-21	2854-396	60 orodispergeerbare tabletten, 10 mg	60 comprimés orodispersibles, 10 mg	R	35,51	35,51	5,60	9,42
	2854-396				25,6200	25,6200		
B-21	2854-404	90 orodispergeerbare tabletten, 10 mg	90 comprimés orodispersibles, 10 mg	R	46,46	46,46	7,14	12,03
	2854-404				35,2800	35,2800		
B-21 *	0752-782	1 orodispergeerbare tablet, 10 mg	1 comprimé orodispersible, 10 mg	R	0,4946	0,4946	+0,0000	+0,0000
B-21 **	0752-782	1 orodispergeerbare tablet, 10 mg	1 comprimé orodispersible, 10 mg	R	0,4156	0,4156		
COVERSYL 5 mg		SERVIER BENELUX		ATC : C09AA04				
B-21	2854-370	30 orodispergeerbare tabletten, 5 mg	30 comprimés orodispersibles, 5 mg	R	13,48	13,48	1,92	3,20
	2854-370				7,2500	7,2500		
B-21 *	0752-840	1 orodispergeerbare tablet, 5 mg	1 comprimé orodispersible, 5 mg	R	0,3120	0,3120	+0,0000	+0,0000
B-21 **	0752-840	1 orodispergeerbare tablet, 5 mg	1 comprimé orodispersible, 5 mg	R	0,2563	0,2563		
DORZOLAMIDE/TIMOLOL EG 20 mg/ml + 5 mg/ml		EUROGENERICS		ATC : S01ED51				
B-168	2903-912	3 containers met druppelpipet 5 ml oogdruppels, oplossing, 20 mg/ml / 5 mg/ml	3 flacons compte-gouttes 5 ml collyre en solution, 20 mg/ml / 5 mg/ml	G	25,37	25,37	4,17	7,00
	2903-912				16,6700	16,6700		

B-168 *	0752-873	1 container met druppelpipet 5 ml oogdruppels, oplossing, 20 mg/ml / 5 mg/ml	1 flacon compte-gouttes 5 ml collyre en solution, 20 mg/ml / 5 mg/ml	G	7,1700	7,1700		
B-168 **	0752-873	1 container met druppelpipet 5 ml oogdruppels, oplossing, 20 mg/ml / 5 mg/ml	1 flacon compte-gouttes 5 ml collyre en solution, 20 mg/ml / 5 mg/ml	G	5,8900	5,8900		
EPIPEN 0,15 mg		MEDA PHARMA		ATC : C01CA24				
B-317	1453-257	1 patroon 0,3 ml oplossing voor injectie, 0,5 mg/ml	1 cartouche 0,3 ml solution injectable, 0,5 mg/ml		47,25	47,25	7,26	11,30
	1453-257				35,9800	35,9800		
B-317 *	0752-766	1 patroon 0,3 ml oplossing voor injectie, 0,5 mg/ml	1 cartouche 0,3 ml solution injectable, 0,5 mg/ml		45,2500	45,2500		
B-317 **	0752-766	1 patroon 0,3 ml oplossing voor injectie, 0,5 mg/ml	1 cartouche 0,3 ml solution injectable, 0,5 mg/ml		38,1400	38,1400		
EPIPEN 0,3 mg		MEDA PHARMA		ATC : C01CA24				
B-317	1466-499	1 patroon 0,3 ml oplossing voor injectie, 1 mg/ml	1 cartouche 0,3 ml solution injectable, 1 mg/ml		47,25	47,25	7,26	11,30
	1466-499				35,9800	35,9800		
B-317 *	0752-758	1 patroon 0,3 ml oplossing voor injectie, 1 mg/ml	1 cartouche 0,3 ml solution injectable, 1 mg/ml		45,2500	45,2500		
B-317 **	0752-758	1 patroon 0,3 ml oplossing voor injectie, 1 mg/ml	1 cartouche 0,3 ml solution injectable, 1 mg/ml		38,1400	38,1400		
EPIRUBICINE HYDROCHLORIDE FRESENIUS KABI 2 mg/ml		FRESENIUS KABI		ATC : L01DB03				
	0752-592	1 injectieflacon 25 ml oplossing voor infusie en injectie, 2 mg/ml	1 flacon injectable 25 ml solution pour perfusion et injection, 2 mg/ml		43,4600	43,4600		
A-25 *	0752-592	1 injectieflacon 25 ml oplossing voor infusie en injectie, 2 mg/ml	1 flacon injectable 25 ml solution pour perfusion et injection, 2 mg/ml	G	53,1800	53,1800		
A-25 **	0752-592	1 injectieflacon 25 ml oplossing voor infusie en injectie, 2 mg/ml	1 flacon injectable 25 ml solution pour perfusion et injection, 2 mg/ml	G	46,0700	46,0700		
EPIRUBICINE HYDROCHLORIDE FRESENIUS KABI 2 mg/ml		FRESENIUS KABI		ATC : L01DB03				
	0752-584	1 injectieflacon 100 ml oplossing voor infusie en injectie, 2 mg/ml	1 flacon injectable 100 ml solution pour perfusion et injection, 2 mg/ml		173,8400	173,8400		
A-25 *	0752-584	1 injectieflacon 100 ml oplossing voor infusie en injectie, 2 mg/ml	1 flacon injectable 100 ml solution pour perfusion et injection, 2 mg/ml	G	191,3800	191,3800		
A-25 **	0752-584	1 injectieflacon 100 ml oplossing voor infusie en injectie, 2 mg/ml	1 flacon injectable 100 ml solution pour perfusion et injection, 2 mg/ml	G	184,2700	184,2700		
LEVOFLOXACIN HOSPIRA 5 mg/ml		HOSPIRA		(zie ook hoofdstuk : IV voir aussi chapitre : IV)		ATC : J01MA12		
	0752-915	1 zak 100 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 5 mg/ml	1 poche 100 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 5 mg/ml		16,0000	16,0000		
B-125 *	0752-915	1 zak 100 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 5 mg/ml	1 poche 100 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 5 mg/ml	G	20,6500	20,6500		
B-125 **	0752-915	1 zak 100 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 5 mg/ml	1 poche 100 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 5 mg/ml	G	16,9600	16,9600		
PACLITAXIN 150 mg/25 ml		TEVA PHARMA BELGIUM		ATC : L01CD01				
	0792-176	1 injectieflacon 25 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 6 mg/ml	1 flacon injectable 25 ml solution à diluer pour perfusion, 6 mg/ml		204,1100	204,1100		
A-28 *	0792-176	1 injectieflacon 25 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 6 mg/ml	1 flacon injectable 25 ml solution à diluer pour perfusion, 6 mg/ml	G	223,4700	223,4700		
A-28 **	0792-176	1 injectieflacon 25 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 6 mg/ml	1 flacon injectable 25 ml solution à diluer pour perfusion, 6 mg/ml	G	216,3600	216,3600		
PACLITAXIN 6 mg/ml		TEVA PHARMA BELGIUM		ATC : L01CD01				
A-28	2275-808	1 injectieflacon 5 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 6 mg/ml	1 flacon injectable 5 ml solution à diluer pour perfusion, 6 mg/ml	G	53,42	53,42	0,00	0,00
	2275-808				41,4300	41,4300		
A-28 *	0783-902	1 injectieflacon 5 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 6 mg/ml	1 flacon injectable 5 ml solution à diluer pour perfusion, 6 mg/ml	G	51,0300	51,0300		
A-28 **	0783-902	1 injectieflacon 5 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 6 mg/ml	1 flacon injectable 5 ml solution à diluer pour perfusion, 6 mg/ml	G	43,9200	43,9200		
PACLITAXIN 6 mg/ml		TEVA PHARMA BELGIUM		ATC : L01CD01				
A-28	2275-816	1 injectieflacon 16,7 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 6 mg/ml	1 flacon injectable 16,7 ml solution à diluer pour perfusion, 6 mg/ml	G	157,74	157,74	0,00	0,00
	2275-816				136,3300	136,3300		
A-28 *	0782-987	1 injectieflacon 16,7 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 6 mg/ml	1 flacon injectable 16,7 ml solution à diluer pour perfusion, 6 mg/ml	G	151,6200	151,6200		

A-28 **	0782-987	1 injectieflacon 16,7 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 6 mg/ml	1 flacon injectable 16,7 ml solution à diluer pour perfusion, 6 mg/ml	G	144,5100	144,5100		
PACLITAXIN 6 mg/ml		TEVA PHARMA BELGIUM		ATC : L01CD01				
A-28	2275-824	1 injectieflacon 50 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 6 mg/ml	1 flacon injectable 50 ml solution à diluer pour perfusion, 6 mg/ml	G	463,18	463,18	0,00	0,00
	2275-824				416,3600	416,3600		
A-28 *	0783-001	1 injectieflacon 50 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 6 mg/ml	1 flacon injectable 50 ml solution à diluer pour perfusion, 6 mg/ml	G	448,4500	448,4500		
A-28 **	0783-001	1 injectieflacon 50 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 6 mg/ml	1 flacon injectable 50 ml solution à diluer pour perfusion, 6 mg/ml	G	441,3400	441,3400		

b) worden de volgende specialiteiten geschrapt :

b) les spécialités suivantes sont supprimées :

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)								
Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm Obs				
AMLODIPINE-RATIOPHARM 10 mg		TEVA PHARMA BELGIUM		ATC : C08CA01				
B-20	2134-682	60 tabletten, 10 mg	60 comprimés, 10 mg	C				
	2134-682							
B-20	2251-999	100 tabletten, 10 mg	100 comprimés, 10 mg	C				
	2251-999							
B-20 *	0778-464	1 tablet, 10 mg	1 comprimé, 10 mg	C				
B-20 **	0778-464	1 tablet, 10 mg	1 comprimé, 10 mg	C				
AMOXICLAV TEVA 2000 mg/200 mg		TEVA PHARMA BELGIUM		ATC : J01CR02				
	0782-540	1 injectieflacon 1 doses poeder voor oplossing voor infusie, 2000 mg / 200 mg	1 flacon injectable 1 doses poudre pour solution pour perfusion, 2000 mg / 200 mg					
B-107 *	0782-540	1 injectieflacon 1 doses poeder voor oplossing voor infusie, 2000 mg / 200 mg	1 flacon injectable 1 doses poudre pour solution pour perfusion, 2000 mg / 200 mg	G				
B-107 **	0782-540	1 injectieflacon 1 doses poeder voor oplossing voor infusie, 2000 mg / 200 mg	1 flacon injectable 1 doses poudre pour solution pour perfusion, 2000 mg / 200 mg	G				
DIAMICRON		SERVIER BENELUX		ATC : A10BB09				
A-12	0109-017	60 tabletten, 80 mg	60 comprimés, 80 mg	R				
	0109-017							
IBANDRONIC ACID TEVA 150 mg		TEVA PHARMA BELGIUM		ATC : M05BA06				
B-230	2833-325	3 filmomhulde tabletten, 150 mg	3 comprimés pelliculés, 150 mg	G				
	2833-325							
B-230 *	0755-793	1 filmomhulde tablet, 150 mg	1 comprimé pelliculé, 150 mg	G				
B-230 **	0755-793	1 filmomhulde tablet, 150 mg	1 comprimé pelliculé, 150 mg	G				
LERCANIDIPINE TEVA 10 mg		TEVA PHARMA BELGIUM		ATC : C08CA13				
B-20	2793-875	56 filmomhulde tabletten, 10 mg	56 comprimés pelliculés, 10 mg	G				
	2793-875							
LERCANIDIPINE TEVA 20 mg		TEVA PHARMA BELGIUM		ATC : C08CA13				
B-20	2793-909	56 filmomhulde tabletten, 20 mg	56 comprimés pelliculés, 20 mg	G				
	2793-909							
LEVOFLOXACINE TEVA 5 mg/ml		TEVA PHARMA BELGIUM		(zie ook hoofdstuk : IV voir aussi chapitre : IV)		ATC : J01MA12		
	0757-112	1 injectieflacon 50 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 5 mg/ml	1 flacon injectable 50 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 5 mg/ml					
B-125 *	0757-112	1 injectieflacon 50 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 5 mg/ml	1 flacon injectable 50 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 5 mg/ml	G				
B-125 **	0757-112	1 injectieflacon 50 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 5 mg/ml	1 flacon injectable 50 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 5 mg/ml	G				

LEVOFLOXACINE TEVA 5 mg/ml		TEVA PHARMA BELGIUM		(zie ook hoofdstuk : IV voir aussi chapitre : IV)	ATC : J01MA12
	0757-104	1 injectieflacon 100 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 5 mg/ml	1 flacon injectable 100 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 5 mg/ml		
B-125 *	0757-104	1 injectieflacon 100 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 5 mg/ml	1 flacon injectable 100 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 5 mg/ml	G	
B-125 **	0757-104	1 injectieflacon 100 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 5 mg/ml	1 flacon injectable 100 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 5 mg/ml	G	
OLANZAPINE-RATIOPHARM 10 mg		TEVA PHARMA BELGIUM			ATC : N05AH03
B-72	2824-555	28 tabletten, 10 mg	28 comprimés, 10 mg	G	
	2824-555				
B-72	2858-389	56 tabletten, 10 mg	56 comprimés, 10 mg	G	
	2858-389				
B-72	2839-413	98 tabletten, 10 mg	98 comprimés, 10 mg	G	
	2839-413				
B-72 *	0757-351	1 tablet, 10 mg	1 comprimé, 10 mg	G	
B-72 **	0757-351	1 tablet, 10 mg	1 comprimé, 10 mg	G	
OLANZAPINE-RATIOPHARM 5 mg		TEVA PHARMA BELGIUM			ATC : N05AH03
B-72	2824-548	28 tabletten, 5 mg	28 comprimés, 5 mg	G	
	2824-548				
B-72	2858-348	56 tabletten, 5 mg	56 comprimés, 5 mg	G	
	2858-348				
B-72	2839-405	98 tabletten, 5 mg	98 comprimés, 5 mg	G	
	2839-405				
B-72 *	0757-369	1 tablet, 5 mg	1 comprimé, 5 mg	G	
B-72 **	0757-369	1 tablet, 5 mg	1 comprimé, 5 mg	G	
PIPERACILLINE/TAZOBACTAM TEVA 2 g/250 mg		TEVA PHARMA BELGIUM		(zie ook hoofdstuk : IV voir aussi chapitre : IV)	ATC : J01CR05
	0758-524	10 injectieflacons 1 doses poeder voor oplossing voor infusie en injectie, 2 g/dosis / 250 mg/dosis	10 flacons injectables 1 doses poudre pour solution pour perfusion et solution injectable, 2 g/dose / 250 mg/dose		
B-108 **	0758-524	1 injectieflacon 1 doses poeder voor oplossing voor infusie en injectie, 2 g/dosis / 250 mg/dosis	1 flacon injectable 1 doses poudre pour solution pour perfusion et solution injectable, 2 g/dose / 250 mg/dose	G	
PIPERACILLINE/TAZOBACTAM TEVA 4 g/500 mg		TEVA PHARMA BELGIUM		(zie ook hoofdstuk : IV voir aussi chapitre : IV)	ATC : J01CR05
	0758-516	10 injectieflacons 1 doses poeder voor oplossing voor infusie en injectie, 4 g/dosis / 500 mg/dosis	10 flacons injectables 1 doses poudre pour solution pour perfusion et solution injectable, 4 g/dose / 500 mg/dose		
B-108 **	0758-516	1 injectieflacon 1 doses poeder voor oplossing voor infusie en injectie, 4 g/dosis / 500 mg/dosis	1 flacon injectable 1 doses poudre pour solution pour perfusion et solution injectable, 4 g/dose / 500 mg/dose	G	
PLATOSIN		TEVA PHARMA BELGIUM			ATC : L01XA01
	0748-368	1 injectieflacon 10 ml oplossing voor injectie, 1 mg/ml	1 flacon injectable 10 ml solution injectable, 1 mg/ml		
A-23 *	0748-368	1 injectieflacon 10 ml oplossing voor injectie, 1 mg/ml	1 flacon injectable 10 ml solution injectable, 1 mg/ml	C	
A-23 **	0748-368	1 injectieflacon 10 ml oplossing voor injectie, 1 mg/ml	1 flacon injectable 10 ml solution injectable, 1 mg/ml	C	
PLATOSIN		TEVA PHARMA BELGIUM			ATC : L01XA01
	0748-376	1 injectieflacon 50 ml oplossing voor injectie, 1 mg/ml	1 flacon injectable 50 ml solution injectable, 1 mg/ml		
A-23 *	0748-376	1 injectieflacon 50 ml oplossing voor injectie, 1 mg/ml	1 flacon injectable 50 ml solution injectable, 1 mg/ml	C	
A-23 **	0748-376	1 injectieflacon 50 ml oplossing voor injectie, 1 mg/ml	1 flacon injectable 50 ml solution injectable, 1 mg/ml	C	
RISPERIDONE-RATIOPHARM 2 mg		TEVA PHARMA BELGIUM			ATC : N05AX08
B-220	2430-452	60 filmomhulde tabletten, 2 mg	60 comprimés pelliculés, 2 mg	G	
	2430-452				

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

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

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)								
Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm Obs	Prijs Prix	Basis v tegemoetk Base de remb.	I	II
					<i>buiten bedrijf / ex-usine</i>	<i>buiten bedrijf / ex-usine</i>		
ACT-HIB			SANOFI PASTEUR MSD			ATC : J07AG01		
B-201	0320-879	1 injectieflacon 1 doses poeder voor oplossing voor injectie, 1 dosis + 1 voorgevulde spuit 0,5 ml oplosmiddel voor oplossing voor injectie, 1 dosis	1 flacon injectable 1 doses poudre pour solution injectable, 1 dose + 1 seringue préremplie 0,5 ml solvant pour solution injectable, 1 dose	M	22,87	22,87	3,83	6,43
	0320-879				14,5700	14,5700		
B-201 *	0739-995	1 injectieflacon 1 doses poeder voor oplossing voor injectie, 1 dosis + 1 voorgevulde spuit 0,5 ml oplosmiddel voor oplossing voor injectie, 1 dosis	1 flacon injectable 1 doses poudre pour solution injectable, 1 dose + 1 seringue préremplie 0,5 ml solvant pour solution injectable, 1 dose		18,8000	18,8000		
B-201 **	0739-995	1 injectieflacon 1 doses poeder voor oplossing voor injectie, 1 dosis + 1 voorgevulde spuit 0,5 ml oplosmiddel voor oplossing voor injectie, 1 dosis	1 flacon injectable 1 doses poudre pour solution injectable, 1 dose + 1 seringue préremplie 0,5 ml solvant pour solution injectable, 1 dose		15,4400	15,4400		
DIAMICRON			SERVIER BENELUX			ATC : A10BB09		
A-12 *	0704-817	1 tablet, 80 mg	1 comprimé, 80 mg	R	0,1605	0,9750	+0,0630	+0,0630
A-12 **	0704-817	1 tablet, 80 mg	1 comprimé, 80 mg	R	0,1320	0,0800		
LATANOPROST SANDOZ 0,05 mg/ml			SANDOZ			ATC : S01EE01		
B-168	2886-463	3 containers met druppelpipet 2,5 ml oordruppels, oplossing, 50 µg/ml	3 flacons compte-gouttes 2,5 ml solution pour instillation auriculaire, 50 µg/ml	G	24,17	24,17	4,00	6,72
	2886-463				15,6200	15,6200		
B-168 *	0754-275	1 container met druppelpipet 2,5 ml oordruppels, oplossing, 50 µg/ml	1 flacon compte-gouttes 2,5 ml solution pour instillation auriculaire, 50 µg/ml	G	6,7200	6,7200		
B-168 **	0754-275	1 container met druppelpipet 2,5 ml oordruppels, oplossing, 50 µg/ml	1 flacon compte-gouttes 2,5 ml solution pour instillation auriculaire, 50 µg/ml	G	5,5200	5,5200		

2° in hoofdstuk II-B :

2° au chapitre II-B :

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

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

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)								
Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm Obs	Prijs Prix	Basis v tegemoetk Base de remb.	I	II
					<i>buiten bedrijf / ex-usine</i>	<i>buiten bedrijf / ex-usine</i>		
ATORVASTATIN APOTEX 10 mg			APOTEX			(zie ook hoofdstuk : IV voir aussi chapitre : IV) ATC : C10AA05		
B-41	2839-165	28 filmomhulde tabletten, 10 mg	28 comprimés pelliculés, 10 mg	G	24,49	24,49	4,04	6,79
	2839-165				15,8900	15,8900		
B-41	2839-181	98 filmomhulde tabletten, 10 mg	98 comprimés pelliculés, 10 mg	G	56,90	56,90	8,62	14,10
	2839-181				44,4900	44,4900		
B-41 *	0752-741	1 filmomhulde tablet, 10 mg	1 comprimé pelliculé, 10 mg	G	0,5538	0,5538		
B-41 **	0752-741	1 filmomhulde tablet, 10 mg	1 comprimé pelliculé, 10 mg	G	0,4812	0,4812		

ATORVASTATIN APOTEX 20 mg		APOTEX		(zie ook hoofdstuk : IV voir aussi chapitre : IV)		ATC : C10AA05		
B-41	2839-199	28 filmomhulde tabletten, 20 mg	28 comprimés pelliculés, 20 mg	G	34,67	34,67	5,48	9,22
	2839-199				24,8800	24,8800		
B-41	2839-207	98 filmomhulde tabletten, 20 mg	98 comprimés pelliculés, 20 mg	G	85,03	85,03	9,30	14,10
	2839-207				69,6700	69,6700		
B-41 *	0752-733	1 filmomhulde tablet, 20 mg	1 comprimé pelliculé, 20 mg	G	0,8261	0,8261		
B-41 **	0752-733	1 filmomhulde tablet, 20 mg	1 comprimé pelliculé, 20 mg	G	0,7536	0,7536		
ATORVASTATIN APOTEX 40 mg		APOTEX		(zie ook hoofdstuk : IV voir aussi chapitre : IV)		ATC : C10AA05		
B-41	2839-223	98 filmomhulde tabletten, 40 mg	98 comprimés pelliculés, 40 mg	G	154,36	154,36	9,30	14,10
	2839-223				133,2300	133,2300		
B-41 *	0752-725	1 filmomhulde tablet, 40 mg	1 comprimé pelliculé, 40 mg	G	1,5136	1,5136		
B-41 **	0752-725	1 filmomhulde tablet, 40 mg	1 comprimé pelliculé, 40 mg	G	1,4410	1,4410		
ATORVASTATIN APOTEX 80 mg		APOTEX		(zie ook hoofdstuk : IV voir aussi chapitre : IV)		ATC : C10AA05		
B-41	2839-249	98 filmomhulde tabletten, 80 mg	98 comprimés pelliculés, 80 mg	G	154,34	154,34	9,30	14,10
	2839-249				133,2100	133,2100		
B-41 *	0752-717	1 filmomhulde tablet, 80 mg	1 comprimé pelliculé, 80 mg	G	1,5134	1,5134		
B-41 **	0752-717	1 filmomhulde tablet, 80 mg	1 comprimé pelliculé, 80 mg	G	1,4408	1,4408		

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

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

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)							
Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm Obs			
ATORVASTATINE SANDOZ 10 mg		SANDOZ		(zie ook hoofdstuk : IV voir aussi chapitre : IV)		ATC : C10AA05	
B-41	2795-979	28 filmomhulde tabletten, 10 mg	28 comprimés pelliculés, 10 mg	G			
	2795-979						
B-41	2795-987	98 filmomhulde tabletten, 10 mg	98 comprimés pelliculés, 10 mg	G			
	2795-987						
B-41 *	0756-452	1 filmomhulde tablet, 10 mg	1 comprimé pelliculé, 10 mg	G			
B-41 **	0756-452	1 filmomhulde tablet, 10 mg	1 comprimé pelliculé, 10 mg	G			
ATORVASTATINE SANDOZ 20 mg		SANDOZ		(zie ook hoofdstuk : IV voir aussi chapitre : IV)		ATC : C10AA05	
B-41	2795-995	28 filmomhulde tabletten, 20 mg	28 comprimés pelliculés, 20 mg	G			
	2795-995						
B-41	2796-001	98 filmomhulde tabletten, 20 mg	98 comprimés pelliculés, 20 mg	G			
	2796-001						
B-41 *	0756-445	1 filmomhulde tablet, 20 mg	1 comprimé pelliculé, 20 mg	G			
B-41 **	0756-445	1 filmomhulde tablet, 20 mg	1 comprimé pelliculé, 20 mg	G			
ATORVASTATINE SANDOZ 40 mg		SANDOZ		(zie ook hoofdstuk : IV voir aussi chapitre : IV)		ATC : C10AA05	
B-41	2796-019	98 filmomhulde tabletten, 40 mg	98 comprimés pelliculés, 40 mg	G			
	2796-019						
B-41 *	0754-986	1 filmomhulde tablet, 40 mg	1 comprimé pelliculé, 40 mg	G			
B-41 **	0754-986	1 filmomhulde tablet, 40 mg	1 comprimé pelliculé, 40 mg	G			
ATORVASTATINE SANDOZ 80 mg		SANDOZ		(zie ook hoofdstuk : IV voir aussi chapitre : IV)		ATC : C10AA05	
B-41	2796-027	98 filmomhulde tabletten, 80 mg	98 comprimés pelliculés, 80 mg	G			
	2796-027						
B-41 *	0756-437	1 filmomhulde tablet, 80 mg	1 comprimé pelliculé, 80 mg	G			
B-41 **	0756-437	1 filmomhulde tablet, 80 mg	1 comprimé pelliculé, 80 mg	G			

ATORVILBITIN 10 mg		EUROGENERICS		(zie ook hoofdstuk : IV voir aussi chapitre : IV)		ATC : C10AA05	
B-41	2878-833 2878-833	28 filmomhulde tabletten, 10 mg	28 comprimés pelliculés, 10 mg	G			
B-41	2878-858 2878-858	84 filmomhulde tabletten, 10 mg	84 comprimés pelliculés, 10 mg	G			
B-41	2878-866 2878-866	100 filmomhulde tabletten, 10 mg	100 comprimés pelliculés, 10 mg	G			
B-41 *	0754-606	1 filmomhulde tablet, 10 mg	1 comprimé pelliculé, 10 mg	G			
B-41 **	0754-606	1 filmomhulde tablet, 10 mg	1 comprimé pelliculé, 10 mg	G			
ATORVILBITIN 20 mg		EUROGENERICS		(zie ook hoofdstuk : IV voir aussi chapitre : IV)		ATC : C10AA05	
B-41	2878-874 2878-874	28 filmomhulde tabletten, 20 mg	28 comprimés pelliculés, 20 mg	G			
B-41	2878-882 2878-882	84 filmomhulde tabletten, 20 mg	84 comprimés pelliculés, 20 mg	G			
B-41	2878-890 2878-890	100 filmomhulde tabletten, 20 mg	100 comprimés pelliculés, 20 mg	G			
B-41 *	0754-598	1 filmomhulde tablet, 20 mg	1 comprimé pelliculé, 20 mg	G			
B-41 **	0754-598	1 filmomhulde tablet, 20 mg	1 comprimé pelliculé, 20 mg	G			
ATORVILBITIN 40 mg		EUROGENERICS		(zie ook hoofdstuk : IV voir aussi chapitre : IV)		ATC : C10AA05	
B-41	2878-908 2878-908	84 filmomhulde tabletten, 40 mg	84 comprimés pelliculés, 40 mg	G			
B-41	2878-916 2878-916	100 filmomhulde tabletten, 40 mg	100 comprimés pelliculés, 40 mg	G			
B-41 *	0754-580	1 filmomhulde tablet, 40 mg	1 comprimé pelliculé, 40 mg	G			
B-41 **	0754-580	1 filmomhulde tablet, 40 mg	1 comprimé pelliculé, 40 mg	G			
ATORVILBITIN 80 mg		EUROGENERICS		(zie ook hoofdstuk : IV voir aussi chapitre : IV)		ATC : C10AA05	
B-41	2878-924 2878-924	98 filmomhulde tabletten, 80 mg	98 comprimés pelliculés, 80 mg	G			
B-41	2878-841 2878-841	100 filmomhulde tabletten, 80 mg	100 comprimés pelliculés, 80 mg	G			
B-41 *	0754-572	1 filmomhulde tablet, 80 mg	1 comprimé pelliculé, 80 mg	G			
B-41 **	0754-572	1 filmomhulde tablet, 80 mg	1 comprimé pelliculé, 80 mg	G			

c) in § 20000, worden de volgende specialiteiten geschrapt :

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

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)					
Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm Obs	
ESOMEPRAZOLE TEVA 20 mg		TEVA PHARMA BELGIUM		ATC : A02BC05	
B-48	2738-524 2738-524	56 maagsapresistente capsules, hard, 20 mg	56 gélules gastro-résistantes, 20 mg	G	

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

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

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)								
Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm Obs	Prijs Prix <i>buiten bedrijf / ex- usine</i>	Basis v tegemeetk Base de remb. <i>buiten bedrijf / ex- usine</i>	I	II
MONTELUKAST HELM 10 mg			ABDI PHARMA		ATC : R03DC03			
B-241	2909-448	28 filmomhulde tabletten, 10 mg	28 comprimés pelliculés, 10 mg	G	26,67	26,67	4,35	7,31
	2909-448				17,8200	17,8200		
B-241	2909-455	50 filmomhulde tabletten, 10 mg	50 comprimés pelliculés, 10 mg	G	36,33	36,33	5,71	9,61
	2909-455				26,3400	26,3400		
B-241 *	0752-980	1 filmomhulde tablet, 10 mg	1 comprimé pelliculé, 10 mg	G	0,6798	0,6798		
B-241 **	0752-980	1 filmomhulde tablet, 10 mg	1 comprimé pelliculé, 10 mg	G	0,5584	0,5584		
MONTELUKAST HELM 4 mg			ABDI PHARMA		ATC : R03DC03			
B-241	2909-406	28 kauwtabletten, 4 mg	28 comprimés à croquer, 4 mg	G	26,67	26,67	4,35	7,31
	2909-406				17,8200	17,8200		
B-241	2909-414	50 kauwtabletten, 4 mg	50 comprimés à croquer, 4 mg	G	36,33	36,33	5,71	9,61
	2909-414				26,3400	26,3400		
B-241 *	0753-004	1 kauwtablet, 4 mg	1 comprimé à croquer, 4 mg	G	0,6798	0,6798		
B-241 **	0753-004	1 kauwtablet, 4 mg	1 comprimé à croquer, 4 mg	G	0,5584	0,5584		
MONTELUKAST HELM 5 mg			ABDI PHARMA		ATC : R03DC03			
B-241	2909-422	28 kauwtabletten, 5 mg	28 comprimés à croquer, 5 mg	G	26,67	26,67	4,35	7,31
	2909-422				17,8200	17,8200		
B-241	2909-430	50 kauwtabletten, 5 mg	50 comprimés à croquer, 5 mg	G	36,33	36,33	5,71	9,61
	2909-430				26,3400	26,3400		
B-241 *	0752-998	1 kauwtablet, 5 mg	1 comprimé à croquer, 5 mg	G	0,6798	0,6798		
B-241 **	0752-998	1 kauwtablet, 5 mg	1 comprimé à croquer, 5 mg	G	0,5584	0,5584		

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

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

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)								
Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm Obs				
CLINIMIX N12G20E			BAXTER		ATC : B05BA10			
B-184	1328-277	1 zak 2000 ml oplossing voor infusie, 2000 ml	1 poche 2000 ml solution pour perfusion, 2000 ml	M				
	1328-277							
B-184 *	0746-198	1 zak 2000 ml oplossing voor infusie, 2000 ml	1 poche 2000 ml solution pour perfusion, 2000 ml					
B-184 **	0746-198	1 zak 2000 ml oplossing voor infusie, 2000 ml	1 poche 2000 ml solution pour perfusion, 2000 ml					
CLINIMIX N12G20E			BAXTER		ATC : B05BA10			
B-184	2125-086	1 zak (PVC poort) 1000 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 1000 ml	1 poche (tubulure PVC) 1000 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 1000 ml	M				
	2125-086							
B-184 *	0776-526	1 zak (PVC poort) 1000 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 1000 ml	1 poche (tubulure PVC) 1000 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 1000 ml					

B-184 **	0776-526	1 zak (PVC poort) 1000 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 1000 ml	1 poche (tubulure PVC) 1000 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 1000 ml		
CLINIMIX N12G20E			BAXTER	ATC : B05BA10	
B-184	2125-094	1 zak (PVC poort) 1500 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 1500 ml	1 poche (tubulure PVC) 1500 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 1500 ml	M	
	2125-094				
B-184 *	0776-542	1 zak (PVC poort) 1500 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 1500 ml	1 poche (tubulure PVC) 1500 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 1500 ml		
B-184 **	0776-542	1 zak (PVC poort) 1500 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 1500 ml	1 poche (tubulure PVC) 1500 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 1500 ml		
CLINIMIX N12G20E			BAXTER	ATC : B05BA10	
B-184	2125-110	1 zak (non-PVC poort) 1000 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 1000 ml	1 poche (tubulure non-PVC) 1000 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 1000 ml	M	
	2125-110				
B-184 *	0776-534	1 zak (non-PVC poort) 1000 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 1000 ml	1 poche (tubulure non-PVC) 1000 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 1000 ml		
B-184 **	0776-534	1 zak (non-PVC poort) 1000 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 1000 ml	1 poche (tubulure non-PVC) 1000 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 1000 ml		
CLINIMIX N12G20E			BAXTER	ATC : B05BA10	
B-184	2125-128	1 zak (non-PVC poort) 1500 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 1500 ml	1 poche (tubulure non-PVC) 1500 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 1500 ml	M	
	2125-128				
B-184 *	0776-559	1 zak (non-PVC poort) 1500 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 1500 ml	1 poche (tubulure non-PVC) 1500 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 1500 ml		
B-184 **	0776-559	1 zak (non-PVC poort) 1500 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 1500 ml	1 poche (tubulure non-PVC) 1500 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 1500 ml		
CLINIMIX N12G20E			BAXTER	ATC : B05BA10	
B-184	2125-136	1 zak (non-PVC poort) 2000 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 2000 ml	1 poche (tubulure non-PVC) 2000 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 2000 ml	M	
	2125-136				
B-184 *	0776-567	1 zak (non-PVC poort) 2000 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 2000 ml	1 poche (tubulure non-PVC) 2000 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 2000 ml		
B-184 **	0776-567	1 zak (non-PVC poort) 2000 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 2000 ml	1 poche (tubulure non-PVC) 2000 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 2000 ml		
CLINIMIX N14G30E			BAXTER	ATC : B05BA10	
B-184	2125-151	1 zak (PVC poort) 1500 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 1500 ml	1 poche (tubulure PVC) 1500 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 1500 ml	M	
	2125-151				
B-184 *	0776-591	1 zak (PVC poort) 1500 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 1500 ml	1 poche (tubulure PVC) 1500 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 1500 ml		
B-184 **	0776-591	1 zak (PVC poort) 1500 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 1500 ml	1 poche (tubulure PVC) 1500 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 1500 ml		
CLINIMIX N14G30E			BAXTER	ATC : B05BA10	
B-184	2125-177	1 zak (non-PVC poort) 1500 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 1500 ml	1 poche (tubulure non-PVC) 1500 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 1500 ml	M	
	2125-177				
B-184 *	0776-609	1 zak (non-PVC poort) 1500 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 1500 ml	1 poche (tubulure non-PVC) 1500 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 1500 ml		
B-184 **	0776-609	1 zak (non-PVC poort) 1500 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 1500 ml	1 poche (tubulure non-PVC) 1500 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 1500 ml		
CLINIMIX N17G35			BAXTER	ATC : B05BA10	
B-184	2125-193	1 zak (PVC poort) 1000 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 1000 ml	1 poche (tubulure PVC) 1000 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 1000 ml	M	
	2125-193				
B-184 *	0776-625	1 zak (PVC poort) 1000 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 1000 ml	1 poche (tubulure PVC) 1000 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 1000 ml		
B-184 **	0776-625	1 zak (PVC poort) 1000 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 1000 ml	1 poche (tubulure PVC) 1000 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 1000 ml		
CLINIMIX N17G35			BAXTER	ATC : B05BA10	
B-184	2125-201	1 zak (PVC poort) 1500 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 1500 ml	1 poche (tubulure PVC) 1500 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 1500 ml	M	

B-184 *	2125-201 0776-641	1 zak (PVC poort) 1500 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 1500 ml	1 poche (tubulure PVC) 1500 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 1500 ml		
B-184 **	0776-641	1 zak (PVC poort) 1500 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 1500 ml	1 poche (tubulure PVC) 1500 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 1500 ml		
CLINIMIX N17G35			BAXTER	ATC : B05BA10	
B-184	2125-219	1 zak (non-PVC poort) 1000 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 1000 ml	1 poche (tubulure non-PVC) 1000 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 1000 ml	M	
	2125-219				
B-184 *	0776-633	1 zak (non-PVC poort) 1000 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 1000 ml	1 poche (tubulure non-PVC) 1000 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 1000 ml		
B-184 **	0776-633	1 zak (non-PVC poort) 1000 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 1000 ml	1 poche (tubulure non-PVC) 1000 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 1000 ml		
CLINIMIX N17G35			BAXTER	ATC : B05BA10	
B-184	2125-227	1 zak (non-PVC poort) 1500 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 1500 ml	1 poche (tubulure non-PVC) 1500 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 1500 ml	M	
	2125-227				
B-184 *	0776-658	1 zak (non-PVC poort) 1500 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 1500 ml	1 poche (tubulure non-PVC) 1500 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 1500 ml		
B-184 **	0776-658	1 zak (non-PVC poort) 1500 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 1500 ml	1 poche (tubulure non-PVC) 1500 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 1500 ml		
CLINIMIX N17G35			BAXTER	ATC : B05BA10	
B-184	2125-235	1 zak (non-PVC poort) 2000 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 2000 ml	1 poche (tubulure non-PVC) 2000 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 2000 ml	M	
	2125-235				
B-184 *	0776-666	1 zak (non-PVC poort) 2000 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 2000 ml	1 poche (tubulure non-PVC) 2000 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 2000 ml		
B-184 **	0776-666	1 zak (non-PVC poort) 2000 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 2000 ml	1 poche (tubulure non-PVC) 2000 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 2000 ml		
CLINIMIX N17G35E			BAXTER	ATC : B05BA10	
B-184	1328-301	1 zak 2000 ml oplossing voor infusie, 2000 ml	1 poche 2000 ml solution pour perfusion, 2000 ml	M	
	1328-301				
B-184 *	0746-222	1 zak 2000 ml oplossing voor infusie, 2000 ml	1 poche 2000 ml solution pour perfusion, 2000 ml		
B-184 **	0746-222	1 zak 2000 ml oplossing voor infusie, 2000 ml	1 poche 2000 ml solution pour perfusion, 2000 ml		
CLINIMIX N17G35E			BAXTER	ATC : B05BA10	
B-184	2125-243	1 zak (PVC poort) 1000 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 1000 ml	1 poche (tubulure PVC) 1000 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 1000 ml	M	
	2125-243				
B-184 *	0776-674	1 zak (PVC poort) 1000 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 1000 ml	1 poche (tubulure PVC) 1000 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 1000 ml		
B-184 **	0776-674	1 zak (PVC poort) 1000 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 1000 ml	1 poche (tubulure PVC) 1000 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 1000 ml		
CLINIMIX N17G35E			BAXTER	ATC : B05BA10	
B-184	2125-284	1 zak (non-PVC poort) 2000 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 2000 ml	1 poche (tubulure non-PVC) 2000 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 2000 ml	M	
	2125-284				
B-184 *	0776-716	1 zak (non-PVC poort) 2000 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 2000 ml	1 poche (tubulure non-PVC) 2000 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 2000 ml		
B-184 **	0776-716	1 zak (non-PVC poort) 2000 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 2000 ml	1 poche (tubulure non-PVC) 2000 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 2000 ml		
CLINIMIX N9G15E			BAXTER	ATC : B05BA10	
B-184	1328-269	1 zak 2000 ml oplossing voor infusie, 2000 ml	1 poche 2000 ml solution pour perfusion, 2000 ml	M	
	1328-269				
B-184 *	0746-180	1 zak 2000 ml oplossing voor infusie, 2000 ml	1 poche 2000 ml solution pour perfusion, 2000 ml		
B-184 **	0746-180	1 zak 2000 ml oplossing voor infusie, 2000 ml	1 poche 2000 ml solution pour perfusion, 2000 ml		

CLINIMIX N9G15E		BAXTER		ATC : B05BA10	
B-184	2125-078	1 zak (non-PVC poort) 2000 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 2000 ml	1 poche (tubulure non-PVC) 2000 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 2000 ml	M	
	2125-078				
B-184 *	0776-518	1 zak (non-PVC poort) 2000 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 2000 ml	1 poche (tubulure non-PVC) 2000 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 2000 ml		
B-184 **	0776-518	1 zak (non-PVC poort) 2000 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 2000 ml	1 poche (tubulure non-PVC) 2000 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 2000 ml		

4° in hoofdstuk IV-B :

4° au chapitre IV-B :

a) in § 440100, wordt de volgende specialiteit toegevoegd :

a) au § 440100, la spécialité suivante est insérée :

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)								
Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm Obs	Prijs Prix	Basis v tegemeetk Base de remb.	I	II
		LEVOFLOXACIN HOSPIRA 5 mg/ml	HOSPIRA	(zie ook hoofdstuk : I voir aussi chapitre : I)		ATC : J01MA12		
	0752-915	1 zak 100 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 5 mg/ml	1 poche 100 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 5 mg/ml		16,0000	16,0000		
A-16 *	0752-915	1 zak 100 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 5 mg/ml	1 poche 100 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 5 mg/ml	G	20,6500	20,6500		
A-16 **	0752-915	1 zak 100 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 5 mg/ml	1 poche 100 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 5 mg/ml	G	16,9600	16,9600		

b) in § 440100, worden de volgende specialiteiten geschrapt :

b) au § 440100, les spécialités suivantes sont supprimées :

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)								
Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm Obs				
		LEVOFLOXACINE TEVA 5 mg/ml	TEVA PHARMA BELGIUM	(zie ook hoofdstuk : I voir aussi chapitre : I)		ATC : J01MA12		
	0757-112	1 injectieflacon 50 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 5 mg/ml	1 flacon injectable 50 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 5 mg/ml					
A-16 *	0757-112	1 injectieflacon 50 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 5 mg/ml	1 flacon injectable 50 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 5 mg/ml	G				
		LEVOFLOXACINE TEVA 5 mg/ml	TEVA PHARMA BELGIUM	(zie ook hoofdstuk : I voir aussi chapitre : I)		ATC : J01MA12		
	0757-104	1 injectieflacon 100 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 5 mg/ml	1 flacon injectable 100 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 5 mg/ml					
A-16 *	0757-104	1 injectieflacon 100 ml oplossing voor intraveneuze infusie, 5 mg/ml	1 flacon injectable 100 ml solution pour perfusion (intraveineuse), 5 mg/ml	G				
		PIPERACILLINE/TAZOBACTAM TEVA 2 g/250 mg	TEVA PHARMA BELGIUM	(zie ook hoofdstuk : I voir aussi chapitre : I)		ATC : J01CR05		
A-16	2786-242	10 injectieflacons 1 doses poeder voor oplossing voor infusie en injectie, 2 g/dosis / 250 mg/dosis	10 flacons injectables 1 doses poudre pour solution pour perfusion et solution injectable, 2 g/dose / 250 mg/dose	G/M				
	2786-242							
A-16 *	0758-524	1 injectieflacon 1 doses poeder voor oplossing voor infusie en injectie, 2 g/dosis / 250 mg/dosis	1 flacon injectable 1 doses poudre pour solution pour perfusion et solution injectable, 2 g/dose / 250 mg/dose	G				

PIPERACILLINE/TAZOBACTAM TEVA 4 g/500 mg TEVA PHARMA BELGIUM		(zie ook hoofdstuk : I voir aussi chapitre : I)		ATC : J01CR05	
A-16	2768-570	10 injectieflacons 1 doses poeder voor oplossing voor infusie en injectie, 4 g/dosis / 500 mg/dosis	10 flacons injectables 1 doses poudre pour solution pour perfusion et solution injectable, 4 g/dose / 500 mg/dose	G/M	
	2768-570				
A-16 *	0758-516	1 injectieflacon 1 doses poeder voor oplossing voor infusie en injectie, 4 g/dosis / 500 mg/dosis	1 flacon injectable 1 doses poudre pour solution pour perfusion et solution injectable, 4 g/dose / 500 mg/dose	G	

c) in § 440201, worden de volgende specialiteiten geschrapt :

c) au § 440201, les spécialités suivantes sont supprimées :

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)					
Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm	Obs
PIPERACILLINE/TAZOBACTAM TEVA 2 g/250 mg TEVA PHARMA BELGIUM		(zie ook hoofdstuk : I voir aussi chapitre : I)		ATC : J01CR05	
B-108	2786-242	10 injectieflacons 1 doses poeder voor oplossing voor infusie en injectie, 2 g/dosis / 250 mg/dosis	10 flacons injectables 1 doses poudre pour solution pour perfusion et solution injectable, 2 g/dose / 250 mg/dose	G	
	2786-242				
B-108 *	0758-524	1 injectieflacon 1 doses poeder voor oplossing voor infusie en injectie, 2 g/dosis / 250 mg/dosis	1 flacon injectable 1 doses poudre pour solution pour perfusion et solution injectable, 2 g/dose / 250 mg/dose	G	
PIPERACILLINE/TAZOBACTAM TEVA 4 g/500 mg TEVA PHARMA BELGIUM		(zie ook hoofdstuk : I voir aussi chapitre : I)		ATC : J01CR05	
B-108	2768-570	10 injectieflacons 1 doses poeder voor oplossing voor infusie en injectie, 4 g/dosis / 500 mg/dosis	10 flacons injectables 1 doses poudre pour solution pour perfusion et solution injectable, 4 g/dose / 500 mg/dose	G	
	2768-570				
B-108 *	0758-516	1 injectieflacon 1 doses poeder voor oplossing voor infusie en injectie, 4 g/dosis / 500 mg/dosis	1 flacon injectable 1 doses poudre pour solution pour perfusion et solution injectable, 4 g/dose / 500 mg/dose	G	

d) in §§ 870100 en 870200, wordt de volgende specialiteit geschrapt :

d) aux §§ 870100 et 870200, la spécialité suivante est supprimée :

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)					
Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm	Obs
ONDANSETRON HIKMA FARMACEUTICA 8 mg/4 ml HIKMA PHARMA BENELUX				ATC : A04AA01	
	0786-632	5 ampullen 4 ml oplossing voor injectie, 2 mg/ml	5 ampoules 4 ml solution injectable, 2 mg/ml		
B-200 *	0786-632	1 ampul 4 ml oplossing voor injectie, 2 mg/ml (Conform de bepalingen van artikel 95 van dit besluit is het door de verzekering verschuldigde bedrag berekend per 5 ampullen)	1 ampoule 4 ml solution injectable, 2 mg/ml (Conformément aux dispositions de l'article 95 du présent arrêté, le montant dû par l'assurance est calculé par 5 ampoules)	G	
B-200 **	0786-632	1 ampul 4 ml oplossing voor injectie, 2 mg/ml (Conform de bepalingen van artikel 95 van dit besluit is het door de verzekering verschuldigde bedrag berekend per 5 ampullen)	1 ampoule 4 ml solution injectable, 2 mg/ml (Conformément aux dispositions de l'article 95 du présent arrêté, le montant dû par l'assurance est calculé par 5 ampoules)	G	

e) in §§ 1190100 en 1190200, worden de volgende specialiteiten geschrappt :

e) aux §§ 1190100 et 1190200, les spécialités suivantes sont supprimées :

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)								
Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm Obs				
PACLITAXIN 150 mg/25 ml		TEVA PHARMA BELGIUM			ATC : L01CD01			
	0792-176	1 injectieflacon 25 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 6 mg/ml	1 flacon injectable 25 ml solution à diluer pour perfusion, 6 mg/ml					
A-28 *	0792-176	1 injectieflacon 25 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 6 mg/ml	1 flacon injectable 25 ml solution à diluer pour perfusion, 6 mg/ml	G				
A-28 **	0792-176	1 injectieflacon 25 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 6 mg/ml	1 flacon injectable 25 ml solution à diluer pour perfusion, 6 mg/ml	G				
PACLITAXIN 6 mg/ml		TEVA PHARMA BELGIUM			ATC : L01CD01			
A-28	2275-808	1 injectieflacon 5 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 6 mg/ml	1 flacon injectable 5 ml solution à diluer pour perfusion, 6 mg/ml	G				
A-28 *	0783-902	1 injectieflacon 5 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 6 mg/ml	1 flacon injectable 5 ml solution à diluer pour perfusion, 6 mg/ml	G				
A-28 **	0783-902	1 injectieflacon 5 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 6 mg/ml	1 flacon injectable 5 ml solution à diluer pour perfusion, 6 mg/ml	G				
PACLITAXIN 6 mg/ml		TEVA PHARMA BELGIUM			ATC : L01CD01			
A-28	2275-816	1 injectieflacon 16,7 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 6 mg/ml	1 flacon injectable 16,7 ml solution à diluer pour perfusion, 6 mg/ml	G				
A-28 *	0782-987	1 injectieflacon 16,7 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 6 mg/ml	1 flacon injectable 16,7 ml solution à diluer pour perfusion, 6 mg/ml	G				
A-28 **	0782-987	1 injectieflacon 16,7 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 6 mg/ml	1 flacon injectable 16,7 ml solution à diluer pour perfusion, 6 mg/ml	G				
PACLITAXIN 6 mg/ml		TEVA PHARMA BELGIUM			ATC : L01CD01			
A-28	2275-824	1 injectieflacon 50 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 6 mg/ml	1 flacon injectable 50 ml solution à diluer pour perfusion, 6 mg/ml	G				
A-28 *	0783-001	1 injectieflacon 50 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 6 mg/ml	1 flacon injectable 50 ml solution à diluer pour perfusion, 6 mg/ml	G				
A-28 **	0783-001	1 injectieflacon 50 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 6 mg/ml	1 flacon injectable 50 ml solution à diluer pour perfusion, 6 mg/ml	G				

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

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

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)								
Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm Obs	Prijs Prix	Basis v tegemeotk Base de remb.	I	II
DOCIRENA 20 mg/1 ml		FRESENIUS KABI			ATC : L01CD02			
	0752-535	1 injectieflacon 1 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 20 mg	1 flacon injectable 1 ml solution à diluer pour perfusion, 20 mg		80,0200	80,0200		
A-28 *	0752-535	1 injectieflacon 1 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 20 mg	1 flacon injectable 1 ml solution à diluer pour perfusion, 20 mg	G	91,9300	91,9300		
A-28 **	0752-535	1 injectieflacon 1 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 20 mg	1 flacon injectable 1 ml solution à diluer pour perfusion, 20 mg	G	84,8200	84,8200		

DOCIRENA 80 mg/4 ml		FRESENIUS KABI		ATC : L01CD02			
	0752-527	1 injectieflacon 4 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 20 mg/ml	1 flacon injectable 4 ml solution à diluer pour perfusion, 20 mg/ml		320,0400	320,0400	
A-28 *	0752-527	1 injectieflacon 4 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 20 mg/ml	1 flacon injectable 4 ml solution à diluer pour perfusion, 20 mg/ml	G	346,3500	346,3500	
A-28 **	0752-527	1 injectieflacon 4 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 20 mg/ml	1 flacon injectable 4 ml solution à diluer pour perfusion, 20 mg/ml	G	339,2400	339,2400	

g) in § 1960000, wordt de volgende specialiteit geschrapt :

g) au § 1960000, la spécialité suivante est supprimée :

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)							
Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm	Obs		
ONDANSETRON HIKMA FARMACEUTICA 8 mg/4 ml		HIKMA PHARMA BENELUX		ATC : A04AA01			
	0786-632	5 ampullen 4 ml oplossing voor injectie, 2 mg/ml	5 ampoules 4 ml solution injectable, 2 mg/ml				
B-200 *	0786-632	1 ampul 4 ml oplossing voor injectie, 2 mg/ml (Conform de bepalingen van artikel 95 van dit besluit is het door de verzekering verschuldigde bedrag berekend per 5 ampullen)	1 ampoule 4 ml solution injectable, 2 mg/ml (Conformément aux dispositions de l'article 95 du présent arrêté, le montant dû par l'assurance est calculé par 5 ampoules)	G			
B-200 **	0786-632	1 ampul 4 ml oplossing voor injectie, 2 mg/ml (Conform de bepalingen van artikel 95 van dit besluit is het door de verzekering verschuldigde bedrag berekend per 5 ampullen)	1 ampoule 4 ml solution injectable, 2 mg/ml (Conformément aux dispositions de l'article 95 du présent arrêté, le montant dû par l'assurance est calculé par 5 ampoules)	G			

h) in § 2190000, worden de volgende specialiteiten toegevoegd :

h) au § 2190000, les spécialités suivantes sont insérées :

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)								
Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm	Prijs	Basis v tegemoetk	I	II
				Obs	Prix	Base de remb.		
					<i>buiten bedrijf / ex-usine</i>	<i>buiten bedrijf / ex-usine</i>		
LEFLUNOMIDE MYLAN 10 mg		MYLAN		ATC : L04AA13				
B-255	2909-323	30 filmomhulde tabletten, 10 mg	30 comprimés pelliculés, 10 mg	G	42,82	42,82	6,63	11,16
	2909-323				32,0700	32,0700		
B-255	2909-331	100 filmomhulde tabletten, 10 mg	100 comprimés pelliculés, 10 mg	G	102,31	102,31	9,30	14,10
	2909-331				85,5200	85,5200		
B-255 *	0752-659	1 filmomhulde tablet, 10 mg	1 comprimé pelliculé, 10 mg	G	0,9776	0,9776		
B-255 **	0752-659	1 filmomhulde tablet, 10 mg	1 comprimé pelliculé, 10 mg	G	0,9065	0,9065		
LEFLUNOMIDE MYLAN 20 mg		MYLAN		ATC : L04AA13				
B-255	2909-349	30 filmomhulde tabletten, 20 mg	30 comprimés pelliculés, 20 mg	G	48,38	48,38	7,42	11,30
	2909-349				36,9800	36,9800		
B-255	2909-356	100 filmomhulde tabletten, 20 mg	100 comprimés pelliculés, 20 mg	G	116,63	116,63	9,30	14,10
	2909-356				98,6400	98,6400		
B-255 *	0752-642	1 filmomhulde tablet, 20 mg	1 comprimé pelliculé, 20 mg	G	1,1167	1,1167		
B-255 **	0752-642	1 filmomhulde tablet, 20 mg	1 comprimé pelliculé, 20 mg	G	1,0456	1,0456		

i) in § 2230000, worden de volgende specialiteiten toegevoegd : i) au § 2230000, les spécialités suivantes sont insérées :

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)								
Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm Obs	Prijs Prix <i>buiten bedrijf / ex- usine</i>	Basis v tegemeetk Base de remb. <i>buiten bedrijf / ex-usine</i>	I	II
ARICEPT 10 mg			PFIZER		ATC : N06DA02			
B-254	2889-681 2889-681	98 orodispergeerbare tabletten, 10 mg	98 comprimés orodispersibles, 10 mg		251,53 222,3200	251,53 222,3200	9,30	14,10
B-254 *	0792-036	1 orodispergeerbare tablet, 10 mg	1 comprimé orodispersible, 10 mg		2,4772	2,4772		
B-254 **	0792-036	1 orodispergeerbare tablet, 10 mg	1 comprimé orodispersible, 10 mg		2,4047	2,4047		
ARICEPT 10 mg			PFIZER		ATC : N06DA02			
B-254	2839-785 2839-785	98 filmomhulde tabletten, 10 mg	98 comprimés pelliculés, 10 mg		251,53 222,3200	251,53 222,3200	9,30	14,10
B-254 *	0769-646	1 filmomhulde tablet, 10 mg	1 comprimé pelliculé, 10 mg		2,4772	2,4772		
B-254 **	0769-646	1 filmomhulde tablet, 10 mg	1 comprimé pelliculé, 10 mg		2,4047	2,4047		
ARICEPT 5 mg			PFIZER		ATC : N06DA02			
B-254	2553-170 2553-170	28 orodispergeerbare tabletten, 5 mg	28 comprimés orodispersibles, 5 mg		83,52 68,2800	83,52 68,2800	7,50	11,30
B-254	2889-699 2889-699	98 orodispergeerbare tabletten, 5 mg	98 comprimés orodispersibles, 5 mg		217,57 191,1800	217,57 191,1800	9,30	14,10
B-254 *	0752-774	1 orodispergeerbare tablet, 5 mg	1 comprimé orodispersible, 5 mg		2,1404	2,1404		
B-254 **	0752-774	1 orodispergeerbare tablet, 5 mg	1 comprimé orodispersible, 5 mg		2,0679	2,0679		
ARICEPT 5 mg			PFIZER		ATC : N06DA02			
B-254	2883-793 2883-793	98 filmomhulde tabletten, 5 mg	98 comprimés pelliculés, 5 mg		217,57 191,1800	217,57 191,1800	9,30	14,10
B-254 *	0769-638	1 filmomhulde tablet, 5 mg	1 comprimé pelliculé, 5 mg		2,1404	2,1404		
B-254 **	0769-638	1 filmomhulde tablet, 5 mg	1 comprimé pelliculé, 5 mg		2,0679	2,0679		

j) in § 2720000, worden de volgende specialiteiten toegevoegd : j) au § 2720000, les spécialités suivantes sont insérées :

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)								
Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm Obs	Prijs Prix <i>buiten bedrijf / ex- usine</i>	Basis v tegemeetk Base de remb. <i>buiten bedrijf / ex-usine</i>	I	II
ATORVASTATIN APOTEX 10 mg			APOTEX		(zie ook hoofdstuk : II voir aussi chapitre : II) ATC : C10AA05			
A-45	2839-165 2839-165	28 filmomhulde tabletten, 10 mg	28 comprimés pelliculés, 10 mg	G	24,49 15,8900	24,49 15,8900	0,00	0,00
A-45	2839-181 2839-181	98 filmomhulde tabletten, 10 mg	98 comprimés pelliculés, 10 mg	G	56,90 44,4900	56,90 44,4900	0,00	0,00
A-45 *	0752-741	1 filmomhulde tablet, 10 mg	1 comprimé pelliculé, 10 mg	G	0,5538	0,5538		
A-45 **	0752-741	1 filmomhulde tablet, 10 mg	1 comprimé pelliculé, 10 mg	G	0,4812	0,4812		

ATORVASTATIN APOTEX 20 mg		APOTEX		(zie ook hoofdstuk : II voir aussi chapitre : II)		ATC : C10AA05		
A-45	2839-199	28 filmomhulde tabletten, 20 mg	28 comprimés pelliculés, 20 mg	G	34,67	34,67	0,00	0,00
	2839-199				24,8800	24,8800		
A-45	2839-207	98 filmomhulde tabletten, 20 mg	98 comprimés pelliculés, 20 mg	G	85,03	85,03	0,00	0,00
	2839-207				69,6700	69,6700		
A-45 *	0752-733	1 filmomhulde tablet, 20 mg	1 comprimé pelliculé, 20 mg	G	0,8261	0,8261		
A-45 **	0752-733	1 filmomhulde tablet, 20 mg	1 comprimé pelliculé, 20 mg	G	0,7536	0,7536		
ATORVASTATIN APOTEX 40 mg		APOTEX		(zie ook hoofdstuk : II voir aussi chapitre : II)		ATC : C10AA05		
A-45	2839-223	98 filmomhulde tabletten, 40 mg	98 comprimés pelliculés, 40 mg	G	154,36	154,36	0,00	0,00
	2839-223				133,2300	133,2300		
A-45 *	0752-725	1 filmomhulde tablet, 40 mg	1 comprimé pelliculé, 40 mg	G	1,5136	1,5136		
A-45 **	0752-725	1 filmomhulde tablet, 40 mg	1 comprimé pelliculé, 40 mg	G	1,4410	1,4410		
ATORVASTATIN APOTEX 80 mg		APOTEX		(zie ook hoofdstuk : II voir aussi chapitre : II)		ATC : C10AA05		
A-45	2839-249	98 filmomhulde tabletten, 80 mg	98 comprimés pelliculés, 80 mg	G	154,34	154,34	0,00	0,00
	2839-249				133,2100	133,2100		
A-45 *	0752-717	1 filmomhulde tablet, 80 mg	1 comprimé pelliculé, 80 mg	G	1,5134	1,5134		
A-45 **	0752-717	1 filmomhulde tablet, 80 mg	1 comprimé pelliculé, 80 mg	G	1,4408	1,4408		

k) in § 2720000, wordt de inschrijving van de volgende specialiteiten vervangen als volgt :

k) au § 2720000, l'inscription des spécialités suivantes est remplacée comme suit :

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)								
Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm Obs	Prijs Prix	Basis v tegemeotk Base de remb.	I	II
					<i>buiten bedrijf / ex- usine</i>	<i>buiten bedrijf / ex-usine</i>		
ATORVASTATINE SANDOZ 10 mg		SANDOZ		(zie ook hoofdstuk : I voir aussi chapitre : I)		ATC : C10AA05		
A-45	2795-979	28 filmomhulde tabletten, 10 mg	28 comprimés pelliculés, 10 mg	G	13,71	13,71	0,00	0,00
	2795-979				7,4300	7,4300		
A-45	2795-987	98 filmomhulde tabletten, 10 mg	98 comprimés pelliculés, 10 mg	G	33,00	33,00	0,00	0,00
	2795-987				23,4100	23,4100		
A-45 *	0756-452	1 filmomhulde tablet, 10 mg	1 comprimé pelliculé, 10 mg	G	0,3083	0,3083		
A-45 **	0756-452	1 filmomhulde tablet, 10 mg	1 comprimé pelliculé, 10 mg	G	0,2532	0,2532		
ATORVASTATINE SANDOZ 20 mg		SANDOZ		(zie ook hoofdstuk : I voir aussi chapitre : I)		ATC : C10AA05		
A-45	2795-995	28 filmomhulde tabletten, 20 mg	28 comprimés pelliculés, 20 mg	G	19,11	19,11	0,00	0,00
	2795-995				11,6400	11,6400		
A-45	2796-001	98 filmomhulde tabletten, 20 mg	98 comprimés pelliculés, 20 mg	G	48,01	48,01	0,00	0,00
	2796-001				36,6500	36,6500		
A-45 *	0756-445	1 filmomhulde tablet, 20 mg	1 comprimé pelliculé, 20 mg	G	0,4690	0,4690		
A-45 **	0756-445	1 filmomhulde tablet, 20 mg	1 comprimé pelliculé, 20 mg	G	0,3964	0,3964		
ATORVASTATINE SANDOZ 40 mg		SANDOZ		(zie ook hoofdstuk : I voir aussi chapitre : I)		ATC : C10AA05		
A-45	2796-019	98 filmomhulde tabletten, 40 mg	98 comprimés pelliculés, 40 mg	G	76,82	76,82	0,00	0,00
	2796-019				62,1400	62,1400		
A-45 *	0754-986	1 filmomhulde tablet, 40 mg	1 comprimé pelliculé, 40 mg	G	0,7447	0,7447		
A-45 **	0754-986	1 filmomhulde tablet, 40 mg	1 comprimé pelliculé, 40 mg	G	0,6721	0,6721		

ATORVASTATINE SANDOZ 80 mg		SANDOZ		(zie ook hoofdstuk : I voir aussi chapitre : I)		ATC : C10AA05		
A-45	2796-027	98 filmomhulde tabletten, 80 mg	98 comprimés pelliculés, 80 mg	G	76,80	76,80	0,00	0,00
	2796-027				62,1200	62,1200		
A-45 *	0756-437	1 filmomhulde tablet, 80 mg	1 comprimé pelliculé, 80 mg	G	0,7445	0,7445		
A-45 **	0756-437	1 filmomhulde tablet, 80 mg	1 comprimé pelliculé, 80 mg	G	0,6719	0,6719		
ATORVILBITIN 10 mg		EUROGENERICS		(zie ook hoofdstuk : I voir aussi chapitre : I)		ATC : C10AA05		
A-45	2878-833	28 filmomhulde tabletten, 10 mg	28 comprimés pelliculés, 10 mg	G	11,89	11,89	0,00	0,00
	2878-833				6,0200	6,0200		
A-45	2878-858	84 filmomhulde tabletten, 10 mg	84 comprimés pelliculés, 10 mg	G	24,90	24,90	0,00	0,00
	2878-858				16,2600	16,2600		
A-45	2878-866	100 filmomhulde tabletten, 10 mg	100 comprimés pelliculés, 10 mg	G	28,41	28,41	0,00	0,00
	2878-866				19,3500	19,3500		
A-45 *	0754-606	1 filmomhulde tablet, 10 mg	1 comprimé pelliculé, 10 mg	G	0,2497	0,2497		
A-45 **	0754-606	1 filmomhulde tablet, 10 mg	1 comprimé pelliculé, 10 mg	G	0,2051	0,2051		
ATORVILBITIN 20 mg		EUROGENERICS		(zie ook hoofdstuk : I voir aussi chapitre : I)		ATC : C10AA05		
A-45	2878-874	28 filmomhulde tabletten, 20 mg	28 comprimés pelliculés, 20 mg	G	16,27	16,27	0,00	0,00
	2878-874				9,4300	9,4300		
A-45	2878-882	84 filmomhulde tabletten, 20 mg	84 comprimés pelliculés, 20 mg	G	35,32	35,32	0,00	0,00
	2878-882				25,4500	25,4500		
A-45	2878-890	100 filmomhulde tabletten, 20 mg	100 comprimés pelliculés, 20 mg	G	40,80	40,80	0,00	0,00
	2878-890				30,2900	30,2900		
A-45 *	0754-598	1 filmomhulde tablet, 20 mg	1 comprimé pelliculé, 20 mg	G	0,3909	0,3909		
A-45 **	0754-598	1 filmomhulde tablet, 20 mg	1 comprimé pelliculé, 20 mg	G	0,3211	0,3211		
ATORVILBITIN 40 mg		EUROGENERICS		(zie ook hoofdstuk : I voir aussi chapitre : I)		ATC : C10AA05		
A-45	2878-908	84 filmomhulde tabletten, 40 mg	84 comprimés pelliculés, 40 mg	G	55,51	55,51	0,00	0,00
	2878-908				43,2700	43,2700		
A-45	2878-916	100 filmomhulde tabletten, 40 mg	100 comprimés pelliculés, 40 mg	G	64,85	64,85	0,00	0,00
	2878-916				51,5000	51,5000		
A-45 *	0754-580	1 filmomhulde tablet, 40 mg	1 comprimé pelliculé, 40 mg	G	0,6170	0,6170		
A-45 **	0754-580	1 filmomhulde tablet, 40 mg	1 comprimé pelliculé, 40 mg	G	0,5459	0,5459		
ATORVILBITIN 80 mg		EUROGENERICS		(zie ook hoofdstuk : I voir aussi chapitre : I)		ATC : C10AA05		
A-45	2878-924	98 filmomhulde tabletten, 80 mg	98 comprimés pelliculés, 80 mg	G	63,70	63,70	0,00	0,00
	2878-924				50,4800	50,4800		
A-45	2878-841	100 filmomhulde tabletten, 80 mg	100 comprimés pelliculés, 80 mg	G	64,85	64,85	0,00	0,00
	2878-841				51,5000	51,5000		
A-45 *	0754-572	1 filmomhulde tablet, 80 mg	1 comprimé pelliculé, 80 mg	G	0,6170	0,6170		
A-45 **	0754-572	1 filmomhulde tablet, 80 mg	1 comprimé pelliculé, 80 mg	G	0,5459	0,5459		

l) § 2930000 wordt geschrapt (SUSTANON 250);

l) le § 2930000 est supprimé (SUSTANON 250);

m) in § 3330000, worden de volgende specialiteiten toegevoegd :

m) au § 3330000, les spécialités suivantes sont insérées :

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)								
Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm Obs	Prijs Prix	Basis v tegemeotk Base de remb.	I	II
					<i>buiten bedrijf / ex- usine</i>	<i>buiten bedrijf / ex-usine</i>		

LEFLUNOMIDE MYLAN 10 mg		MYLAN		ATC : L04AA13				
B-255	2909-323	30 filmomhulde tabletten, 10 mg	30 comprimés pelliculés, 10 mg	G	42,82	42,82	6,63	11,16
	2909-323				32,0700	32,0700		
B-255	2909-331	100 filmomhulde tabletten, 10 mg	100 comprimés pelliculés, 10 mg	G	102,31	102,31	9,30	14,10
	2909-331				85,5200	85,5200		
B-255 *	0752-659	1 filmomhulde tablet, 10 mg	1 comprimé pelliculé, 10 mg	G	0,9776	0,9776		
B-255 **	0752-659	1 filmomhulde tablet, 10 mg	1 comprimé pelliculé, 10 mg	G	0,9065	0,9065		
LEFLUNOMIDE MYLAN 20 mg		MYLAN		ATC : L04AA13				
B-255	2909-349	30 filmomhulde tabletten, 20 mg	30 comprimés pelliculés, 20 mg	G	48,38	48,38	7,42	11,30
	2909-349				36,9800	36,9800		
B-255	2909-356	100 filmomhulde tabletten, 20 mg	100 comprimés pelliculés, 20 mg	G	116,63	116,63	9,30	14,10
	2909-356				98,6400	98,6400		
B-255 *	0752-642	1 filmomhulde tablet, 20 mg	1 comprimé pelliculé, 20 mg	G	1,1167	1,1167		
B-255 **	0752-642	1 filmomhulde tablet, 20 mg	1 comprimé pelliculé, 20 mg	G	1,0456	1,0456		

n) in § 3410000, worden de volgende specialiteiten toegevoegd : n) au § 3410000, les spécialités suivantes sont insérées :

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)								
Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm Obs	Prijs Prix	Basis v tegemeetk Base de remb.	I	II
					<i>buiten bedrijf / ex- usine</i>	<i>buiten bedrijf / ex-usine</i>		
HIZENTRA 200 mg/ml		CSL BEHRING		ATC : J06BA01				
A-78	2844-017	1 injectieflacon 5 ml oplossing voor injectie, 200 mg/ml	1 flacon injectable 5 ml solution injectable, 200 mg/ml		54,12	54,12	0,00	0,00
	2844-017				42,0400	42,0400		
A-78 *	0752-634	1 injectieflacon 5 ml oplossing voor injectie, 200 mg/ml	1 flacon injectable 5 ml solution injectable, 200 mg/ml		51,6700	51,6700		
A-78 **	0752-634	1 injectieflacon 5 ml oplossing voor injectie, 200 mg/ml	1 flacon injectable 5 ml solution injectable, 200 mg/ml		44,5600	44,5600		
HIZENTRA 200 mg/ml		CSL BEHRING		ATC : J06BA01				
A-78	2844-009	1 injectieflacon 10 ml oplossing voor injectie, 200 mg/ml	1 flacon injectable 10 ml solution injectable, 200 mg/ml		100,75	100,75	0,00	0,00
	2844-009				84,0800	84,0800		
A-78 *	0752-626	1 injectieflacon 10 ml oplossing voor injectie, 200 mg/ml	1 flacon injectable 10 ml solution injectable, 200 mg/ml		96,2300	96,2300		
A-78 **	0752-626	1 injectieflacon 10 ml oplossing voor injectie, 200 mg/ml	1 flacon injectable 10 ml solution injectable, 200 mg/ml		89,1200	89,1200		
HIZENTRA 200 mg/ml		CSL BEHRING		ATC : J06BA01				
A-78	2843-993	1 injectieflacon 20 ml oplossing voor injectie, 200 mg/ml	1 flacon injectable 20 ml solution injectable, 200 mg/ml		192,46	192,46	0,00	0,00
	2843-993				168,1600	168,1600		
A-78 *	0752-618	1 injectieflacon 20 ml oplossing voor injectie, 200 mg/ml	1 flacon injectable 20 ml solution injectable, 200 mg/ml		185,3600	185,3600		
A-78 **	0752-618	1 injectieflacon 20 ml oplossing voor injectie, 200 mg/ml	1 flacon injectable 20 ml solution injectable, 200 mg/ml		178,2500	178,2500		

o) in § 3490000, wordt de ATC code van de volgende specialiteit vervangen als volgt :

o) au §, le code ATC de la spécialité suivante est remplacé comme suit :

KALINOX 170 bar B5

AIR LIQUIDE MEDICAL

ATC : N01AX63

p) in § 3530000, worden de vergoedingsvoorwaarden vervangen als volgt :

p) au § 3530000, les modalités de remboursement sont remplacées par les modalités suivantes :

Paragraaf 3530000

a) De specialiteit wordt vergoed als ze wordt voorgeschreven door een geneesheer-specialist die voor de behandeling verantwoordelijk is en ze gebruikt wordt voor de preventie van de acute afstoting bij volwassenen patiënten die een nier-transplantatie hebben ondergaan, en die zich in een van de volgende klinische situaties bevinden :

Patiënten behandeld met mycofenolaat mofetil met ernstige diarree met minstens 3 losse stoelgangen/dag gedurende minstens 7 opeenvolgende dagen, waarbij volgende onderzoeken en/of therapeutische opties geen of onvoldoende therapeutisch effect hadden :

1. stoppen van niet-noodzakelijke, niet-immunosuppressieve medicatie met diarree als gekende mogelijke bijwerking;
2. diagnostiek en behandeling (indien nodig) van intestinale infecties, met inbegrip van intestinale CMV-infectie;
3. dosisadaptaties van de actueel gebruikte immunosuppressiva.

De machtiging tot vergoeding op basis van de in 1) vermelde voorwaarden wordt verleend voor hernieuwbare periodes van 12 maanden en wordt beperkt tot de nodige verpakkingen die een behandelingsduur van 12 maanden toelaten aan een maximale dosering van 1.440 mg/dag. Het vaststellen van de nodige verpakkingen voor een behandelingsduur van 12 maanden moet gebeuren met een combinatie van een minimum aantal verpakkingen, zo goedkoop mogelijk voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

b) De machtiging tot vergoeding wordt verleend door de adviserend geneesheer op basis van een aanvraagformulier, waarvan het model is opgenomen in bijlage A van deze paragraaf, en waarop de geneesheer specialist verantwoordelijk voor de behandeling, door de vakjes aan te kruisen die overeenstemmen met de klinische situatie bedoeld in punt a), attesteert dat de betrokken patiënt zich op het moment van de aanvraag in de hierboven vermelde situatie bevindt, en zich bovendien ertoe verbindt de bewijsstukken die de geattesteerde situatie bevestigen ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer.

c) Op basis van het hieronder vermelde aanvraagformulier, ondertekend en behoorlijk ingevuld door de geneesheer-specialist die voor de

Paragraphe 3530000

a) La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle est prescrite par un médecin-spécialiste responsable du traitement et utilisée pour la prévention des rejets aigus chez les patients adultes ayant bénéficié d'une allogreffe de rein qui se trouvent dans au moins une des situations cliniques suivantes :

Patients sous traitement par mycophénolate mophétile qui souffrent de diarrhée sévère avec au moins 3 selles diarrhéiques/jour pendant au moins 7 jours consécutifs, et chez qui les examens et/ou les options thérapeutiques suivantes n'avaient pas ou pas assez d'effet thérapeutique :

1. arrêt des médicaments non-nécessaires, non-immunosuppresseurs avec diarrhée comme effet indésirable connu;
2. diagnostique et traitement (si nécessaire) des infections intestinales, y compris une infection intestinale à CMV;
3. adaptations des doses des immunosuppresseurs actuellement utilisés.

L'autorisation de remboursement sur base des conditions figurant au présent point 1) sera délivrée par périodes renouvelables de 12 mois, et sera limitée aux nombres de conditionnements nécessaires pour garantir un traitement de 12 mois à une dose maximale de 1.440 mg/jour. Les conditionnements nécessaires pour une durée de traitement de 12 mois doivent être déterminés au moyen d'une combinaison d'un nombre minimal de conditionnements la moins chère pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

b) 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-spécialiste responsable du traitement, en cochant 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 en outre à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve confirmant la situation attestée.

c) Sur base du formulaire de demande visé ci-dessus, dûment complété et signé par le médecin-spécialiste responsable du traitement, le médecin-conseil délivre

3.2 Het betreft een periode tot verlenging van de machtiging.

Ik vraag voor mijn patiënt de terugbetaling aan van het vereiste aantal verpakkingen, welke een behandelingsduur van 12 maanden aan een maximale posologie van 1.440 mg/dag verzekert.

Dit aantal verpakkingen dient te bestaan uit een combinatie van een zo klein mogelijk aantal verpakkingen, die zo goedkoop mogelijk is voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

III – Identificatie van de behandelende geneesheer-specialist (naam, voornaam, adres, RIZIV-nr.):

_____ (naam)

_____ (voornaam)

1 - _____ - _____ - _____ (n° RIZIV)

____ / ____ / _____ (datum)



(stempel)

..... (handtekening van de geneesheer-specialist)

ANNEXE A : Modèle de formulaire de demande

Formulaire de demande de remboursement d'une spécialité inscrite au § 3530000 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-spécialiste traitant :

Je soussigné, médecin-spécialiste responsable du traitement, certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit les conditions nécessaires pour obtenir le remboursement de la spécialité MYFORTIC 180mg / MYFORTIC 360mg, telles que ces conditions figurent au point a) du § 3530000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

1. Pour le traitement des patients sous traitement par mycophénolate mophétil qui souffrent de diarrhée sévère avec au moins 3 selles diarrhéiques/jour pendant au moins 7 jours consécutifs, et chez qui les examens et/ou les options thérapeutiques suivantes n'avaient pas ou pas assez d'effet thérapeutique :

1.1 Arrêt des médicaments non-nécessaires, non-immunosuppresseurs avec diarrhée comme effet indésirable connu;

1.2 Diagnostique et traitement (si nécessaire) des infections intestinales, y compris une infection intestinale à CMV;

1.3 Adaptations des doses des immunosuppresseurs actuellement utilisés.

2. Pour le traitement des patients pour qui l'autorisation de remboursement de la spécialité MYFORTIC a été délivrée avant l'entrée en vigueur de la présente réglementation du § 3530000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001, et pour qui le médecin-spécialiste peut justifier la nécessité clinique.

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, pendant une période de 12 mois, le remboursement de la spécialité (nom de la spécialité inscrite au § 3530000).

3. Il s'agit d'une :

3.1 Première période d'autorisation;

Je demande pour mon patient le remboursement du nombre de conditionnements nécessaire pour garantir un traitement de 12 mois à une dose maximale de 1.440 mg/jour.

Ce nombre de conditionnements doit consister en une combinaison d'un nombre minimal de conditionnements la moins chère pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

3.2 Période de prolongation d'autorisation.

Je demande pour mon patient le remboursement du nombre de conditionnements nécessaire pour garantir un traitement de 12 mois à une dose maximale de 1.440 mg/jour.

Ce nombre de conditionnements doit consister en une combinaison d'un nombre minimal de conditionnements la moins chère pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

III – Identification du médecin-spécialiste traitant (nom, prénom, adresse, N° INAMI) :

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin-spécialiste)

q) in § 3760200, wordt de bijlage A vervangen als volgt :

q) au § 3760200, l'annexe A est remplacé comme suit :

BIJLAGE A : model van gestandaardiseerd aanvraagformulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker :

Formulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker voorafgaand aan de facturatie van de specialiteit ERBITUX (§ 3760200 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

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

II - Elementen te bevestigen door een gastro-enteroloog met een bijzondere bekwaamheid in oncologie of een geneesheer-specialist in de medische oncologie :

Ik ondergetekende, doctor in de geneeskunde, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt aan een gemetastaseerde colorectale kanker lijdt en aan alle voorwaarden gesteld in § 3760200 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001 voldoet :

- Voorwaarde met betrekking de aanwezigheid van een niet gemuteerde K-RAS gen (Wild Type) (Bij de eerste aanvraag voeg ik het resultaat van de genetische analyse toe);
- Voorwaarde met betrekking tot eerdere behandelingen en / of de vereiste concomitante therapie (**aankruisen wat van toepassing is**):

1) in eerste lijn : de patiënt zal ERBITUX in combinatie met FOLFIRI / FOLFOX toegediend krijgen (de combinatie schrappen die niet toegepast zal worden);

2) in tweede lijn : de patiënt werd eerder al behandeld met de combinatie FOLFOX en zal ERBITUX in combinatie met irinotecan toegediend krijgen;

3) in derde lijn : de patiënt werd eerder al behandeld met oxaliplatin en irinotecan en zijn tumor is refractair of resistent aan irinotecan gebleken (resistent wordt gedefinieerd als recidief binnen de maand na stopzetting van de behandeling) en zal ERBITUX in combinatie met irinotecan krijgen op bijkomende voorwaarde dat, bij aanvang van de behandeling met cetuximab, de patiënt zich in volgende toestand bevindt :

- Karnofsky Performance Status \geq 80;
- totaal bilirubine \leq 1.5 x ULN (Upper Limit of Normal);
- goede tolerantie op irinotecan met een minimumdosis van 110mg/m² (om de 2 weken) tijdens de vorige behandeling;

- 4) in derde lijn in geval de toestand van de patiënt de toediening van irinotecan niet toelaat : de patiënt werd eerder al behandeld met oxaliplatin en irinotecan. De patiënt zal ERBITUX in monotherapie toegediend krijgen op voorwaarde dat de patiënt een gedocumenteerde contra-indicatie heeft tot het opnieuw toedienen van irinotecan :
 - totaal bilirubine > 1.5 x ULN (Upper Limit of Normal);
 - of
 - tijdens de vorige behandeling is de dosis irinotecan moeten aangepast worden tot minder dan 110mg/m² (om de 2 weken);
 - of
 - tijdens de vorige behandeling heeft de patiënt een graad 4 neveneffect ontwikkeld.

III - Situatie van de patiënt die momenteel de toediening van ERBITUX nodig heeft (aankruisen wat van toepassing is) :

1. Ik attesteer dat het gaat om een patiënt bij wie een initiële behandeling met ERBITUX en..... heeft gekregen gedurende 6 weken. De patiënt werd na een 1^{ste} dosis van 400 mg/m² ERBITUX, behandeld met een posologie die per 4 weken overeen komt met maximum 1.000 mg/m².

2. Ik attesteer dat het gaat om een patiënt bij wie het tumorale proces geen progressie vertoont na een initiële behandeling met ERBITUX en gedurende 6 weken en bij wie de behandeling ERBITUX en zal verdergezet worden of wordt verdergezet voor een nieuwe periode van 6 weken à rato van een posologie die per 4 weken overeen komt met maximum 1.000 mg/m².

(RECIST definitie van progressieve ziekte : een toename van 20% of meer van de som van al de grootste diameters van de referentieletsels in vergelijking met deze som vóór het starten van de behandeling).

3. Ik attesteer dat het gaat om een patiënt van wie de medische beeldvorming geen progressie toont en bij wie de behandeling met ERBITUX en zal verdergezet worden (of wordt verdergezet) tot er progressie van het tumorale proces optreedt.

Datum voorlaatste beeldvorming : / /

Datum laatste beeldvorming : / /

Ik verbind mij ertoe aan de adviserend-geneesheer de bewijsstukken ter beschikking te stellen die aantonen dat mijn patiënt zich in de geattesteerde situatie bevindt en in het bijzonder het bewijs van de vorige behandelingen, de resultaten van de genetische analyse en de elementen van de initiële medische beeldvorming en de laatste medische beeldvorming die geen tumorprogressie aantoonde.

Ik verbind mij ertoe om de behandeling met cetuximab te stoppen wanneer ik vaststel dat er progressie is van de aandoening ondanks de lopende behandeling.

Er kan slechts één vial van 500 mg per toediening worden terugbetaald.

Op basis van de hierboven vermelde elementen, getuig ik, dat de toestand van deze patiënt de vergoeding van de specialiteit ERBITUX vereist.

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

(naam)

(voornaam)

- - - (n° RIZIV)

/ / (datum)



(stempel)

..... (handtekening van de geneesheer)

Annexe A : Modèle de formulaire de demande standardisé destiné au pharmacien hospitalier :

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité ERBITUX (§ 3760200 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

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

--	--	--	--

II - Eléments à attester par le gastro-entérologue possédant une compétence particulière en oncologie ou par le médecin spécialiste en oncologie clinique :

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'un cancer colorectal métastasé et qu'il remplit toutes les conditions figurant au § 3760200 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 :

- Condition relative à la présence d'un gène K-RAS non muté (Wild Type) (Pour la première demande, je joins en annexe le résultat de l'analyse génétique);
 - Condition relative aux traitements antérieurs et/ou à la thérapie concomitante requise (**cochez ce qui est d'application**) :
- 1) **en première ligne** : le patient va recevoir ERBITUX en combinaison avec FOLFIRI / FOLFOX (barrer la combinaison qui n'est pas d'application);
- 2) **en deuxième ligne** : le patient a déjà été traité auparavant avec la combinaison FOLFOX et va recevoir ERBITUX en combinaison avec l'irinotécan;
- 3) **en troisième ligne** : le patient doit déjà avoir été traité et avec de l'oxaliplatine et avec de l'irinotécan, et la tumeur doit s'être avérée réfractaire ou résistante à l'irinotécan (résistant étant défini comme une reprise de la progression dans le mois qui a suivi l'arrêt du traitement), et il va recevoir ERBITUX en combinaison avec l'irinotécan, à la condition supplémentaire qu'à l'initiation du traitement par cetuximab, le patient se trouve dans la situation suivante :
- Karnofsky Performance Status \geq 80;
 - bilirubine totale \leq 1.5 x ULN (Upper Limit of Normal);
 - bonne tolérance à l'irinotécan à une dose minimum de 110mg/m² (toutes les 2 semaines) pendant le traitement précédent ;
- 4) **en troisième ligne** lorsque la situation du patient ne permet pas l'administration d'irinotécan : le patient a déjà été traité avec de l'oxaliplatine et avec de l'irinotécan. Le patient va recevoir ERBITUX en monothérapie à condition que le patient présente une contre-indication documentée à une nouvelle administration d'irinotécan :
- bilirubine totale $>$ 1.5 x ULN (Upper Limit of Normal);
 - ou
 - lors du traitement précédent, la dose d'irinotécan a dû être ajustée à une dose inférieure à 110mg/m² (toutes les 2 semaines);
 - ou
 - lors du traitement précédent, le patient a développé un effet secondaire de grade 4.

III – Situation du patient nécessitant actuellement l'administration d'ERBITUX (cochez la case appropriée) :

1. J'atteste qu'il s'agit d'un patient qui a reçu un traitement initial par ERBITUX et..... pendant 6 semaines. Le patient après avoir reçu une 1^{ère} dose de 400 mg/m² d'ERBITUX a ensuite été traité sur base d'une posologie correspondant à maximum 1000 mg/m² par période de 4 semaines.
2. J'atteste qu'il s'agit d'un patient dont la masse tumorale ne présente pas de progression après les 6 semaines du traitement initial avec ERBITUX et et chez qui le traitement par ERBITUX et sera/a été poursuivi, sur base d'une posologie correspondant à maximum 1000 mg/m² par période de 4 semaines.

(définition selon les critères RECIST d'une maladie en progression : augmentation de 20 % ou plus de la somme des plus grands diamètres de toutes les lésions de référence par rapport à la valeur de cette somme avant traitement.)

3. J'atteste qu'il s'agit d'un patient dont l'imagerie médicale ne montre pas de progression et chez qui le traitement par ERBITUX et sera (ou a été) poursuivi jusqu'à ce qu'une progression de la masse tumorale survienne.

Date de l'avant-dernière imagerie : / / Date de la dernière imagerie : / /

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, et plus particulièrement la preuve des traitements précédents, les résultats de l'analyse génétique et les éléments de l'imagerie médicale initiale et de la dernière imagerie médicale qui démontrent l'absence de progression.

Je m'engage à arrêter le traitement par cetuximab en cas de constatation de progression de l'affection en dépit du traitement en cours.

Le nombre remboursable de vials de 500 mg est limité à un par administration.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité ERBITUX avec l'irinotecan.

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

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / ____ (date)



(cachet)

..... (signature du médecin)

r) in § 4080000, worden de volgende specialiteiten toegevoegd : r) au § 4080000, les spécialités suivantes sont insérées :

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)								
Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm Obs	Prijs Prix <i>buiten bedrijf / ex- usine</i>	Basis v tegemeetk Base de remb. <i>buiten bedrijf / ex-usine</i>	I	II
OXYCODON SANDOZ 10 mg		SANDOZ		ATC : N02AA05				
B-56	2614-956	60 tabletten met verlengde afgifte, 10 mg	60 comprimés à libération prolongée, 10 mg	G	19,05	19,05	3,07	5,12
	2614-956				11,5900	11,5900		
B-56 *	0794-115	1 tablet met verlengde afgifte, 10 mg	1 comprimé à libération prolongée, 10 mg	G	0,2493	0,2493		
B-56 **	0794-115	1 tablet met verlengde afgifte, 10 mg	1 comprimé à libération prolongée, 10 mg	G	0,2048	0,2048		
OXYCODON SANDOZ 20 mg		SANDOZ		ATC : N02AA05				
B-56	2614-931	60 tabletten met verlengde afgifte, 20 mg	60 comprimés à libération prolongée, 20 mg	G	31,62	31,62	5,05	8,49
	2614-931				22,1900	22,1900		
B-56 *	0794-123	1 tablet met verlengde afgifte, 20 mg	1 comprimé à libération prolongée, 20 mg	G	0,4773	0,4773		
B-56 **	0794-123	1 tablet met verlengde afgifte, 20 mg	1 comprimé à libération prolongée, 20 mg	G	0,3920	0,3920		
OXYCODON SANDOZ 5 mg		SANDOZ		ATC : N02AA05				
B-56	2614-915	60 tabletten met verlengde afgifte, 5 mg	60 comprimés à libération prolongée, 5 mg	G	12,16	12,16	1,65	2,75
	2614-915				6,2200	6,2200		
B-56 *	0793-588	1 tablet met verlengde afgifte, 5 mg	1 comprimé à libération prolongée, 5 mg	G	0,1338	0,1338		
B-56 **	0793-588	1 tablet met verlengde afgifte, 5 mg	1 comprimé à libération prolongée, 5 mg	G	0,1098	0,1098		

s) in § 4770000, worden de vergoedingsvoorwaarden vervangen als volgt :

Paragraaf 4770000

- a) De specialiteit komt in aanmerking voor vergoeding indien ze gebruikt wordt voor de behandeling van patiënten met een gevorderd hepatocellulair carcinoom (HCC) met een een Child-Pugh A-cirrose. De diagnose van hepatocellulair carcinoom is vastgesteld aan de hand van medische beeldvorming (dynamische NMR of CT-scan met contrast en geanalyseerd over de 4 fazen (« first pass », de arteriële, de veneuze en de late fase) of een biopsie.
- b) Alle patiënten moeten na elke periode van 12 weken behandelen of vroeger indien de klinische toestand het vereist geëvalueerd worden. Indien patiënt een radiologische, biochemische en/of klinisch symptomatische progressie vertoont, moet de behandeling stopgezet worden.
- c) De vergoeding hangt af van de aflevering aan de betrokken ziekenhuisapotheker van het aanvraagformulier, waarvan het model in bijlage A van de huidige paragraaf is overgenomen, ingevuld en ondertekend door de geneesheer-specialist verantwoordelijk voor de behandeling die ofwel houder is van de bijzondere beroepstitel in de medische oncologie of die een gastroenteroloog is met een bijzondere beroepsbekwaamheid in de oncologie (M.B. van 26.09.2007 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesherenspecialisten, houders van de bijzondere beroepstitel in de medische oncologie en van de bijzondere beroepsbekwaamheid in de oncologie evenals van stagemeeesters en stagediensten voor deze discipline en deze bijzondere beroepsbekwaamheid).

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

- de elementen die betrekking hebben op de toestand van de patiënt, de elementen met betrekking tot de evolutie van de patiënt meer bepaald na week 12 met de bevestiging van overtuigende medische beeldvorming die het ontbreken van een progressie sinds het begin van de behandeling aantoont en met de aanwezigheid van biochemische testen die wijzen op een stabiele en/of niet-progressieve HCC-aandoening;
- dat hij bevestigt dat de patiënt geen tekenen van een klinische, symptomatische progressie vertoont;
- dat hij bevestigt dat hij over het rapport van het multidisciplinair oncologisch consult (MOC) beschikt dat het akkoord voor behandeling geeft voor de behandeling die wordt toegepast;
- dat hij zich engageert om ten behoeve van de geneesheer-adviseur de bewijsstukken ter beschikking te stellen die de geattesteerde gegevens bevestigen;
- dat hij zich ertoe verbindt om de behandeling te stoppen wanneer hij vaststelt dat er progressie is van de van de aandoening ondanks de lopende behandeling.

s) au § 4770000, les modalités de remboursement sont remplacées par les modalités suivantes :

Paragraphe 4770000

- a) La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle est utilisée pour le traitement de patients atteints d'un carcinome hépatocellulaire avancé (CHC) présentant une cirrhose A à l'index de Child-Pugh. Le diagnostic de carcinome hépatocellulaire est établi au moyen d'imagerie médicale (RMN ou CT-scan dynamique au contraste, analysée sur les 4 phases (« first pass », phase artérielle, phase veineuse et phase tardive) ou d'une biopsie.
- b) Tous les patients doivent être évalués après chaque période de 12 semaines de traitement ou plus tôt si la situation clinique l'exige. Le traitement doit être arrêté si le patient présente une progression radiologique, biochimique et/ou cliniquement symptomatique.
- c) Le remboursement est subordonné à la remise au pharmacien hospitalier d'un formulaire de demande, dont le modèle est reproduit à l'annexe A du présent paragraphe, complété et signé par le médecin spécialiste responsable du traitement et qui soit est porteur du titre professionnel particulier en oncologie médicale, soit est un gastro-entérologue porteur de la qualification professionnelle particulière en oncologie (A.M. du 26.09.2007 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en oncologie médicale et de la qualification professionnelle particulière en oncologie ainsi que des maîtres de stage et des services de stage pour cette spécialité et cette qualification professionnelle particulière).

En complétant de la sorte les rubriques ad hoc de ce formulaire, le médecin spécialiste dont il est question ci-dessus mentionne également :

- les éléments relatifs à l'état du patient, les éléments se rapportant à l'évolution du patient et plus particulièrement que l'imagerie médicale réalisée après 12 semaines montre de manière démonstrative, l'absence de progression par rapport à l'évaluation faite au départ du traitement, accompagnés des tests biochimiques démontrant une affection CHC stable et/ou non progressive ;
- qu'il atteste que le patient ne présente pas de signes d'une progression clinique, symptomatique;
- qu'il atteste disposer du rapport de la consultation oncologique multidisciplinaire (COM) marquant l'accord du traitement pour le traitement administré;
- qu'il s'engage à tenir à la disposition du médecin conseil les éléments de preuve qui attestent de la situation décrite;
- qu'il s'engage à arrêter le traitement lorsqu'il constate que la maladie progresse malgré le traitement.

- d) Het aantal vergoedbare verpakkingen zal rekening houden met een maximale posologie die de 800mg per dag niet mag overschrijden (4 tabletten per dag).
 e) Het aanvraagformulier overgenomen van bijlage A zal moeten ter beschikking gehouden worden van de adviserend geneesheer.
- d) Le nombre de conditionnements remboursables tiendra compte d'une posologie maximale qui ne peut dépasser 800 mg par jour (4 comprimés par jour).
 e) Le formulaire repris à l'annexe A devra être tenu à la disposition du médecin conseil.

BIJLAGE A : model van aanvraagformulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker :

Aanvraagformulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker als noodzakelijke voorwaarde voor facturatie van de specialiteit NEXAVAR (§ 4770000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

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

--	--	--	--

II - Elementen te bevestigen door een geneesheer-specialist in de medische oncologie of geneesheer-gastroenteroloog met bijzondere beroepsbekwaamheid in de oncologie :

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, specialist

in de medische oncologie

(of)

in de gastroenterologie met een speciale bekwaamheid in de oncologie,

verklaar dat de voorwaarden gesteld in punt a) en punt b) van § 4770000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001 voor de terugbetaling van de toediening van NEXAVAR bij deze patiënt allen voldaan zijn, gezien deze toediening werd uitgevoerd voor de situatie geattesteerd in het punt III hieronder :

III - Toestand van de patiënt die de toediening van NEXAVAR momenteel nodig maakt (vul de passende vakjes in) :

Ik verklaar dat het om een patiënt gaat die lijdt aan een gevorderd hepatocellulair carcinoom met een Child-Pugh A cirrose-status en dat de diagnose van hepatocellulair carcinoom is vastgesteld door medische beeldvorming (dynamische NMR of CT- scan met contrast en geanalyseerd over de 4 fazen ("first pass", de arteriële, de veneuze en de late fase) (beeldvorming uitgevoerd op of een biopsie (biopsie uitgevoerd op .

Ik beschik in mijn dossier over het rapport van het Medisch Oncologisch Consult (MOC), daterend van (datum) bij de welke de behandeling met NEXAVAR beslist werd.

Ik weet dat de terugbetaling van deze specialiteit afhangt van het uitvoeren, om de 12 behandelingsweken of vroeger indien de klinische situatie dit vereist van een klinische evaluatie met onder andere een medische beeldvorming door middel van een CT-scan, NMR of echografie, biochemische testen die wijzen op een stabiele en/of niet-progressieve-HCC aandoening.

Ik verklaar dat het om een eerste periode van 12 weken behandeling gaat die op gestart werd met een klinische evaluatie met een CT-scan of een MRI die dus een eerste keer op werd/zal worden uitgevoerd.

Op basis van de hierboven vermelde elementen, verklaar ik dat deze patiënt de terugbetaling van de specialiteit NEXAVAR nodig heeft voor een reeds lopende behandeling met een posologie van 400 mg 2 maal per dag, met maximaal 4 tabletten per dag, wat voor 12 weken 3 verpakkingen van 112 x 200 mg betekent.

Ik verklaar dat deze patiënt al één of meerdere periode(s) van 12 weken behandeling heeft gekregen en dat de vorige klinische evaluatie, met name met een CT-scan, echografie of een MRI, die op werd uitgevoerd, aantoont dat de behandeling dient verder gezet te worden gezien de patiënt er een klinisch voordeel mee ervaart. Aangezien de behandeling verder gezet wordt, is de volgende klinische evaluatie voorzien ten laatste op .

Daarenboven, verbind ik mij ertoe om de behandeling met NEXAVAR te stoppen in geval er zich, ondanks de behandeling, een progressie van de ziekte voordoet en om de bewijsstukken die bevestigen dat mijn patiënt zich in de geattesteerde situatie bevindt ter beschikking te stellen van de adviserend geneesheer, met name het evolutierapport (minstens om de 12 weken opgesteld en die, op medisch vlak, de voortzetting van de behandeling verantwoordt), de protocollen van de medische beeldvorming evenals het hierboven vermelde rapport van het Medisch Oncologisch Consult (MOC).

Op basis van de hierboven vermelde elementen, verklaar ik dat deze patiënt de terugbetaling van de specialiteit NEXAVAR nodig heeft voor een reeds lopende behandeling met een posologie van 400 mg 2 maal per dag, met maximaal 4 tabletten per dag, wat voor 12 weken 3 verpakkingen van 112 x 200 mg betekent.

IV - Identificatie van de geneesheer-specialist in medische oncologie of geneesheer-gastroenteroloog met bijzondere beroepsbekwaamheid in de oncologie (naam, voornaam, adres, RIZIV nummer) :

(naam)

(voornaam)

- - - (n° RIZIV)

/ / (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de geneesheer)

ANNEXE A : Modèle du formulaire destiné au pharmacien hospitalier :

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité NEXAVAR (§ 4770000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

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

II – Eléments à attester par un médecin spécialiste en oncologie médicale ou un gastroentérologue porteur de la qualification professionnelle particulière en oncologie :

Je soussigné, docteur en médecine, médecin spécialiste

en oncologie médicale

(ou)

en gastroentérologie avec une qualification particulière en oncologie,

certifie que les conditions figurant au point a) et au point b) du § 4770000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité NEXAVAR chez ce patient sont toutes remplies, car cette administration a été réalisée pour la situation attestée au point III ci-dessous :

III – Situation du patient nécessitant actuellement l'administration de NEXAVAR (cochez les cases appropriées) :

J'atteste qu'il s'agit d'un patient souffrant d'un carcinome hépatocellulaire avancé, présentant une cirrhose de grade A selon l'index Child-Pugh, et que le diagnostic de carcinome hépatocellulaire a été établi au moyen d'imagerie médicale (RMN ou CT-scan dynamique au contraste, analysée sur les 4 phases (« first pass », phase artérielle, phase veineuse et phase tardive) (imagerie effectuée le / /) ou d'une biopsie (biopsie effectuée le / /

Je dispose dans mon dossier d'un rapport de la Consultation Oncologique Médicale (COM) datée du / / (date), au cours de laquelle a été décidé le traitement par NEXAVAR.

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 clinique avec notamment une imagerie médicale par CT-scan, par RMN ou échographie, par des tests biochimiques qui démontrent une affection CHC stable et/ou non progressive.

J'atteste qu'il s'agit de la première période de 12 semaines de traitement qui a débuté le / / , avec une évaluation clinique par CT-scan ou par RMN qui a donc été/sera effectuée pour la première fois le / / .

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité NEXAVAR pour le traitement actuellement en cours, à la posologie de 400 mg 2 fois par jour, soit un maximum de 4 comprimés par jour, ce qui correspond à un maximum de 3 conditionnements de 112 x 200 mg par période de 12 semaines de traitement.

J'atteste que ce patient a déjà reçu une ou plusieurs période(s) de traitement de 12 semaines, et que la précédente évaluation clinique, notamment par CT-scan, échographie ou RMN, qui a été effectuée le / / , démontre que le traitement doit être poursuivi car le patient en retire un bénéfice sur le plan clinique. Du fait de la poursuite du traitement, la prochaine évaluation clinique est donc prévue au plus tard pour le / / .

En outre, je m'engage à arrêter le traitement par NEXAVAR en cas de constatation de progression de l'affection en dépit du traitement en cours, et à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que mon patient se trouve dans la situation attestée, notamment le rapport d'évolution (rédigé au moins toutes les 12 semaines de traitement, et qui justifie, sur le plan médical, la poursuite du traitement), les protocoles d'imagerie médicale, ainsi que le rapport de la Consultation Oncologique Médicale (COM) mentionné ci-dessus.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir le remboursement de la spécialité NEXAVAR pour le traitement actuellement en cours, à la posologie de 400 mg 2 fois par jour, soit un maximum de 4 comprimés par jour, ce qui correspond à un maximum de 3 conditionnements de 112 x 200 mg par période de 12 semaines de traitement.

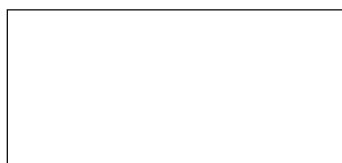
IV – Identification du médecin spécialiste en oncologie médicale ou du gastroentérologue porteur de la qualification professionnelle particulière en oncologie (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

_____ (nom)

_____ (prénom)

1 - _____ - _____ - _____ (n° INAMI)

____ / ____ / _____ (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)

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

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

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)								
Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm Obs	Prijs Prix	Basis v tegemeetk Base de remb.	I	II
ZOLMITRIPTAN EG 2,5 mg EUROGENERICS ATC : N02CC03								
B-221	2888-956	2 orodispergeerbare tabletten, 2,5 mg	2 comprimés orodispersibles, 2,5 mg	G	10,94	10,94	1,40	2,33
	2888-956				5,2700	5,2700		
B-221	2888-964	6 orodispergeerbare tabletten, 2,5 mg	6 comprimés orodispersibles, 2,5 mg	G	15,44	15,44	2,33	3,88
	2888-964				8,7800	8,7800		
B-221	2888-972	12 orodispergeerbare tabletten, 2,5 mg	12 comprimés orodispersibles, 2,5 mg	G	20,33	20,33	3,34	5,56
	2888-972				12,5900	12,5900		
B-221	2888-949	24 orodispergeerbare tabletten, 2,5 mg	24 comprimés orodispersibles, 2,5 mg	G	35,01	35,01	5,53	9,30
	2888-949				25,1800	25,1800		
B-221 *	0752-881	1 orodispergeerbare tablet, 2,5 mg	1 comprimé orodispersible, 2,5 mg	G	1,3538	1,3538		
B-221 **	0752-881	1 orodispergeerbare tablet, 2,5 mg	1 comprimé orodispersible, 2,5 mg	G	1,1121	1,1121		
ZOLMITRIPTAN ODIS MYLAN 2,5 mg MYLAN ATC : N02CC03								
B-221	2893-691	2 orodispergeerbare tabletten, 2,5 mg	2 comprimés orodispersibles, 2,5 mg	G	10,94	10,94	1,40	2,33
	2893-691				5,2700	5,2700		
B-221	2893-709	6 orodispergeerbare tabletten, 2,5 mg	6 comprimés orodispersibles, 2,5 mg	G	15,44	15,44	2,33	3,88
	2893-709				8,7800	8,7800		
B-221	2893-717	12 orodispergeerbare tabletten, 2,5 mg	12 comprimés orodispersibles, 2,5 mg	G	20,33	20,33	3,34	5,56
	2893-717				12,5900	12,5900		
B-221 *	0752-907	1 orodispergeerbare tablet, 2,5 mg	1 comprimé orodispersible, 2,5 mg	G	1,3542	1,3542		
B-221 **	0752-907	1 orodispergeerbare tablet, 2,5 mg	1 comprimé orodispersible, 2,5 mg	G	1,1125	1,1125		

ZOLMITRIPTAN ODIS MYLAN 5 mg		MYLAN		ATC : N02CC03				
B-221	2893-725	2 orodispergeerbare tabletten, 5 mg	2 comprimés orodispersibles, 5 mg	G	10,94	10,94	1,40	2,33
	2893-725				5,2700	5,2700		
B-221	2893-733	6 orodispergeerbare tabletten, 5 mg	6 comprimés orodispersibles, 5 mg	G	15,44	15,44	2,33	3,88
	2893-733				8,7800	8,7800		
B-221	2893-741	12 orodispergeerbare tabletten, 5 mg	12 comprimés orodispersibles, 5 mg	G	20,33	20,33	3,34	5,56
	2893-741				12,5900	12,5900		
B-221 *	0752-899	1 orodispergeerbare tablet, 5 mg	1 comprimé orodispersible, 5 mg	G	1,3542	1,3542		
B-221 **	0752-899	1 orodispergeerbare tablet, 5 mg	1 comprimé orodispersible, 5 mg	G	1,1125	1,1125		
ZOLMITRIPTAN SANDOZ 2,5 mg		SANDOZ		ATC : N02CC03				
B-221	2889-657	2 orodispergeerbare tabletten, 2,5 mg	2 comprimés orodispersibles, 2,5 mg	G	11,03	11,03	1,42	2,36
	2889-657				5,3500	5,3500		
B-221	2889-665	6 orodispergeerbare tabletten, 2,5 mg	6 comprimés orodispersibles, 2,5 mg	G	15,30	15,30	2,30	3,83
	2889-665				8,6700	8,6700		
B-221	2889-673	12 orodispergeerbare tabletten, 2,5 mg	12 comprimés orodispersibles, 2,5 mg	G	20,17	20,17	3,31	5,51
	2889-673				12,4700	12,4700		
B-221 *	0752-600	1 orodispergeerbare tablet, 2,5 mg	1 comprimé orodispersible, 2,5 mg	G	1,3408	1,3408		
B-221 **	0752-600	1 orodispergeerbare tablet, 2,5 mg	1 comprimé orodispersible, 2,5 mg	G	1,1017	1,1017		

u) in § 5240000, wordt de inschrijving van de volgende specialiteit vervangen als volgt :

u) au § 5240000, l'inscription de la spécialité suivante est remplacée comme suit :

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)								
Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm Obs	Prijs Prix	Basis v tegemeetk Base de remb.	I	II
BARACLUDE		BRISTOL-MYERS SQUIBB BELGIUM		ATC : J05AF10				
A-73	2473-957	30 filmomhulde tabletten, 0,5 mg	30 comprimés pelliculés, 0,5 mg		411,06	411,06	0,00	0,00
	2473-957				368,5700	368,5700		
A-73 *	0794-529	1 filmomhulde tablet, 0,5 mg	1 comprimé pelliculé, 0,5 mg		13,2597	13,2597		
A-73 **	0794-529	1 filmomhulde tablet, 0,5 mg	1 comprimé pelliculé, 0,5 mg		13,0227	13,0227		

v) in §§ 5670100, 5670200 en 5670300, wordt de volgende specialiteit toegevoegd :

v) aux §§ 5670100, 5670200 et 5670300, la spécialité suivante est insérée :

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)								
Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm Obs	Prijs Prix	Basis v tegemeetk Base de remb.	I	II
ARIMIDEX 1 mg (Impexeco)		IMPEXECO		ATC : L02BG03				
A-28	2909-372	84 filmomhulde tabletten, 1 mg	84 comprimés pelliculés, 1 mg	R	164,44	164,44	0,00	0,00
	2909-372				142,4800	142,4800		
A-28 *	0752-790	1 filmomhulde tablet, 1 mg	1 comprimé pelliculé, 1 mg	R	1,8826	1,8826	+0,0000	+0,0000
A-28 **	0752-790	1 filmomhulde tablet, 1 mg	1 comprimé pelliculé, 1 mg	R	1,7980	1,7980		

w) er wordt een § 6070000 toegevoegd, luidende :

w) il est inséré un § 6070000, rédigé comme suit :

Paragraaf 6070000

De specialiteit geeft aanleiding tot terugbetaling indien ze werd voorgeschreven ter behandeling van stromale herpetische keratitis.

Met het oog hierop levert de adviserend geneesheer aan de rechthebbende een attest af, waarvan het model is bepaald onder "b" van bijlage III van dit besluit, en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 6 maanden is beperkt.

De toelating tot terugbetaling mag worden verlengd voor nieuwe perioden van maximum 6 maanden op gemotiveerd verzoek van de behandelende arts.

Paragraphe 6070000

La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle a été prescrite pour traiter la kératite herpétique stromale.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire, l'attestation dont le modèle est fixé sous "b" de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 6 mois.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 6 mois maximum sur demande motivée du médecin traitant.

BIJLAGE A : Model van aanvraagformulier :

Aanvraagformulier voor vergoeding van de specialiteit Zovirax, oogzalf (§ 6070000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

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

Grid of 34 empty boxes for identification data.

II – Elementen te bevestigen door een arts voor een eerste aanvraag :

Ik ondergetekende, doctor in de geneeskunde, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt voldoet aan alle voorwaarden, noodzakelijk om de terugbetaling van de specialiteit ZOVIRAX, oogzalf, te verkrijgen, zoals beschreven in § 6070000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001 :

Deze patiënt lijdt aan

een stromale herpetische keratitis

II .1

Ik verklaar dat het betreft een eerste aanvraag tot toelating van vergoeding :

voor een periode van 6 maanden voor een stromale herpetische keratitis

II .2

Ik verklaar dat het gaat om een aanvraag tot verlenging van de vergoeding :

voor een periode van 6 maanden voor een stromale herpetische keratitis

Ik verbind me ertoe aan de adviserend geneesheer de bewijsstukken ter beschikking te stellen, die aantonen dat mijn patiënt zich in de geattesteerde situatie bevindt.

III – Identificatie van de behandelende geneesheer (naam, voornaam, adres, RIZIVnummer) :

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(naam)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(voornaam)

1-XXXXXXXX-XX-XXXX

(RIZIV nummer)

XX / XX / XXXX

(DATUM)

(STEMPEL)

..... (HANDTEKENING VAN DE ARTS)

x) er wordt een § 6080000 toegevoegd, luidende :

Paragraaf 6080000

- a) De specialiteit RELIVOPAN komt in aanmerking voor terugbetaling indien ze toegediend wordt in hospitaalmilieu aan patiënten ouder dan 2 jaar, voor de behandeling van acute pijn van lichte tot matige intensiteit tijdens een pijnlijke ingreep van korte duur wanneer snelle analgetische inwerking en uitwerking noodzakelijk zijn.

Een maximale behandelingsduur van 45 minuten dient gerespecteerd te worden.

De specialiteit RELIVOPAN komt slechts in aanmerking voor terugbetaling in ASA I en ASA II patiënten indien de behandelend arts of tandarts voorafgaand aan de eerste toediening de afwezigheid van de volgende contra-indicaties bevestigd heeft :

- Pijnlijke procedure van hoge intensiteit,
- Procedure van lange duur (> 45 minuten),
- Moeilijke aansluiting masker (maxillofaciaal letsel of anatomische afwijkingen),
- Psychose,
- Gestoord bewustzijn,
- Chronisch longlijden,
- Hemoglobinopathie,
- Hypoxie,
- Pneumothorax,
- Darmobstructie,
- Duikongeval (caissonziekte),
- Neurotrauma,
- Faciaal trauma of anatomische afwijkingen,
- Zwangerschap,
- Oculaire risicofactoren (intraoculaire gasinjectie),
- Biochemische risicofactoren (Vitamine B12 of foliumzuurdeficiëntie).

Toediening dient te gebeuren in fysieke aanwezigheid van de behandelend arts of tandarts én onder continue meting van perifere zuurstofsaturatie, door goed opgeleid personeel en in overeenstemming met de goedgekeurde voorschriften van het ziekenhuis.

De toediening van RELIVOPAN mag maximaal 15 keer herhaald worden in eenzelfde patiënt op jaarbasis.

- b) De terugbetaling van het gelijktijdig of achtereenvolgend gebruik van RELIVOPAN met andere distikstofoxide-bevattende gasmengsels wordt nooit toegelaten.

x) il est inséré un § 6080000, rédigé comme suit :

Paragraphe 6080000

- a) La spécialité RELIVOPAN fait l'objet d'un remboursement si elle est administrée à des patients âgés de plus de 2 ans, en milieu hospitalier, pour le traitement de la douleur aiguë d'intensité légère à modérée lors d'une intervention douloureuse de courte durée, lorsqu'une action et un effet analgésique rapide sont nécessaires.

Une durée de traitement maximale de 45 minutes doit être respectée.

La spécialité RELIVOPAN ne fait l'objet d'un remboursement chez les patients de classe ASA I et ASA II que si le médecin ou dentiste traitant a confirmé, avant la première administration, l'absence des contre-indications suivantes :

- Procédure d'une douleur intense,
- Procédure de longue durée (> 45 minutes),
- Connexion masque difficile (blessure maxillo-faciale ou des anomalies anatomiques),
- Psychose,
- Troubles de la conscience,
- Maladie pulmonaire chronique,
- Hémoglobinopathie,
- Hypoxie,
- Pneumothorax,
- Occlusion intestinale,
- Accident de plongée (maladie des caissons),
- Neurotraumatisme,
- Traumatisme facial ou anomalies anatomiques,
- Grossesse,
- Facteurs de risque oculaire (injection intraoculaire de gaz),
- Facteurs de risque biochimiques (carence en Vitamine B12 ou en folates).

L'administration doit être faite en présence physique du médecin traitant ou dentiste et sous mesure continue de la saturation en oxygène périphérique, par un personnel qualifié et en conformité avec les règles adoptées de l'hôpital.

L'administration de RELIVOPAN ne peut être répétée chez le même patient qu'au maximum 15 fois par an.

- b) Le remboursement de l'utilisation concomitante ou séquentielle de RELIVOPAN avec d'autres gaz contenant de l'oxyde nitreux n'est jamais autorisé.

- c) In de forfaitaire prijs zijn ook alle kosten verbonden aan de gebruikte uitrusting en huur van de gascontainer opgenomen.
- c) Le forfait comprend tous les coûts associés à l'équipement utilisé ainsi que la location du conteneur de gaz.
- d) De voorschrijvende geneesheer of tandarts moet de bewijsstukken waaruit blijkt dat aan alle voornoemde voorwaarden wordt voldaan, desgevraagd kunnen bezorgen aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling.
- d) Le médecin ou le dentiste prescripteur doit pouvoir fournir au médecin-conseil de l'organisme assureur, à la demande de celui-ci, les pièces justificatives qui montrent que toutes les conditions ci-dessus sont remplies.

Cat.	Code		Forfait		Forfait
B-276 *	0752-568	Normaal gebruik (0 tot 15 minuten)	25,87 €	Usage normal (0 à 15 minutes)	25,87 €
B-276 *	0752-550	Verlengd gebruik (15 tot 30 minuten)	44,50 €	Usage prolongé (15 à 30 minutes)	44,50 €
B-276 *	0752-543	Langdurig gebruik (30 tot 45 minuten)	63,13 €	Usage de longue durée (30 à 45 minutes)	63,13 €

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)									
Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm Obs	Prijs Prix	Basis v tegemoeftk Base de remb.	I	II	
RELIVOPAN 50 %/50 %		LINDE GAS BELGIUM					ATC : N01AX63		
	2924-439	2 l inhalatiegas, 50 % / 50 %	2 l gaz pour inhalation, 50 % / 50 %		150,0000	150,0000			
	2924-447	5 l inhalatiegas, 50 % / 50 %	5 l gaz pour inhalation, 50 % / 50 %		210,0000	210,0000			
	2924-454	10 l inhalatiegas, 50 % / 50 %	10 l gaz pour inhalation, 50 % / 50 %		310,0000	310,0000			

5° in § 2 van hoofdstuk VI, worden de vergoedingsvoorwaarden vervangen als volgt :

5° au § 2 du chapitre VI, les modalités de remboursement sont remplacées par les modalités suivantes :

§ 2. Voorwaarden voor de vergoeding van de therapeutisch aangewende radio-isotopen die zijn aangenomen krachtens de vergoedingsgroep A-37

§ 2. Conditions de remboursement des radio-isotopes utilisés à titre thérapeutique, admis en vertu du groupe de remboursement A-37

De tegemoetkoming van de ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt toegestaan in de kosten van de therapeutisch aangewende geneeskundige radio-isotopen waarvan de lijst volgt.

L'intervention de l'assurance maladie-invalidité est accordée dans le coût des radio-isotopes utilisés à titre thérapeutique dont la liste suit.

2.1 Deze producten worden individueel gefactureerd per behandelende rechthebbende onder referte naar de factuur van de voortbrenger.

2.1 Ces produits sont facturés individuellement par bénéficiaire traité en se référant à la facture du producteur.

Indien het gebruikte radio-isotoop een oplossing is van Yttrium 90 chloride (Ytracis), wordt de tussenkomst van de ziekte- en invaliditeitsverzekering enkel toegestaan indien ze gebruikt wordt voor de radioactieve labeling van de specialiteit Zevalin waarvoor simultaan een aanvraag voor vergoeding moet ingediend worden, voor de behandeling in 3de lijn of meer, van volwassen patiënten met een CD20+ folliculair B-cel non-Hodgkinlymfoom (NHL) stadium III of IV, die in recidief zijn na, of refractair zijn aan een behandeling met rituximab.

Lorsque le radio-isotope utilisé est une solution de chlorure d'Yttrium 90 (Ytracis), l'intervention de l'assurance maladie invalidité n'est accordée que s'il est administré pour le radiomarquage de la spécialité Zevalin pour laquelle doit être introduite simultanément une demande de remboursement pour le traitement en 3ème ligne ou plus, de patients adultes atteints d'un lymphome non hodgkinien (LNH) de type folliculaire à cellules B CD20+, stade III ou IV, en rechute ou réfractaire après un traitement par rituximab.

Indien dit nog niet is gebeurd bij de facturering, moet hiertoe bij de staat P een vertrouwelijk attest worden gevoegd voor de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling, opgesteld door de geneesheer-specialist in de radiotherapie, verantwoordelijk voor de behandeling, waarin hij de behandeling van de voornoemde indicatie bevestigt.

A cet effet, et dans la mesure où cette démarche n'a pas encore été accomplie au moment de la facture, il y a lieu de joindre au relevé P, une attestation rédigée confidentiellement à l'intention du médecin-conseil de l'organisme assureur par le médecin spécialiste en radiothérapie, responsable du traitement, confirmant que cette indication est rencontrée.

De gefactureerde prijs is de basis van tegemoetkoming, bedrag dat volledig door de verzekering wordt vergoed.

A. Ingekapselde bronnen :

Fosfor 32 (P 32)
Goud 198, korrels (Au 198)
Iridium 192, korrels (Ir 192)
Tantalium 182, korrels (Ta 182)
Yttrium 90, korrels, bolletjes en naalden (Y 90)
Tantalium 182, Iridium 192 en goud 198-draad

B. Radio-elementen en gemerkte moleculen :

Oplossing van Na-iodide I 125
Oplossing van Na-iodide I 131
Capsules Na-iodide I 131
Oplossing van colloïdaal goud Au 198
Oplossing van colloïdaal goud Au 198, kleine deeltjes
Oplossing van fosforzuur P 32
Oplossing van Na-fosfaat P 32
Suspensie van chroomfosfaat P 32
Colloïdaal complex van chroomfosfaat P 32, kleine micellen
Colloïdaal complex van chroomfosfaat P 32, grote micellen
Colloïdaal complex P 32 + Cr 51
Met I 131 gemerkte Lipiodol F.
Met I 131 gemerkte lipiodol U.F.
Yttrium 90 in suspensie
Zirconiumfosfaat P 32 in suspensie
Serum Albumine I 131
Strontium 85 of 85 + 89, in oplossing of poeder
Samarium 153 in oplossing.
Oplossing van Yttrium 90 chloride

2.2 De basis waarop de verzekeringstegemoetkoming wordt berekend, is voor producten opgenomen in deze paragraaf forfaitair vastgesteld en wordt berekend aan de per eenheid opgegeven bedragen.

a) De tegemoetkoming van de ziekte- en invaliditeitsverzekering in de kost van radiofarmaceutische producten wordt uitsluitend toegestaan indien toegediend in het kader van een behandeling van patiënten met een prostaatcarcinoom stadium T1-T2 met een gehalte prostaat specifiek antigeen (PSA) lager dan 20, een Gleason-score lager dan 8 en een prostaatvolume lager dan 50 ml. Het aantal terugbetaalbare eenheden wordt als volgt berekend : [volume van de prostaat (in ml) x 2] + 10, het maximaal aantal terugbetaalbare eenheden bedraagt evenwel 100. Het prostaatvolume gebruikt voor deze berekening mag niet langer dan twee maanden voor de feitelijke implantatie bepaald worden. De basis van tegemoetkoming stemt overeen met een forfaitair bedrag en dekt het geheel van de kosten van deze therapeutisch aangewende radio-isotopen, inclusief transportkost en de kost van het toedieningsmateriaal en is ongeacht de wijze van verpakking (individuele zaaadjes vs. strain). Aan de patiënt kan er geen enkel supplement ten laste gelegd worden.

b) De vergoeding is gebaseerd op de aflevering aan de betrokken ziekenhuisapothekeer vooraleer aan de derde betaler gefactureerd wordt, van een formulier waarvan het model is opgenomen in bijlage A van deze paragraaf

Le prix facturé est la base de remboursement, montant qui est entièrement remboursé par l'assurance.

A. Sources scellées :

Phosphore 32 (P 32)
Grains d'or (Au 198)
Grains d'iridium 192 (Ir 192)
Grains de tantale 182 (Ta 182)
Grains, sphères et aiguilles d'yttrium 90 (Y 90)
Fils de tantale 182, d'iridium 192 et or 198

B. Radio-éléments et molécules marquées :

Solution iodure de Na I 125
Solution iodure de Na I 131
Capsules iodure de Na I 131
Soluté or colloïdal Au 198
Soluté or colloïdal Au 198 à petites particules
Soluté acide phosphorique P 32
Soluté phosphate de Na P 32
Suspension phosphate de chrome P 32
Complexe colloïdal phosphate de chrome P 32 à petites micelles
Complexe colloïdal phosphate de chrome P 32 à grosses micelles
Complexe colloïdal P 32 + Cr 51
Lipiodol F. marqué à l'I 131.
Lipiodol U.F. marqué à l'I 131
Yttrium 90 en suspension
Phosphate de zirconium P 32 en suspension
Sérum albumine I 131
Strontium 85 ou 85 + 89, en solution ou poudre
Samarium 153 en solution
Solution de chlorure d'Yttrium 90

2.2 La base sur laquelle est calculée l'intervention de l'assurance pour les produits du présent paragraphe est fixée forfaitairement, et est calculée à partir des montants donnés par unité :

a) L' intervention de l'assurance maladie-invalidité est accordée dans le coût des produits radio-pharmaceutiques uniquement s'ils sont administrés dans le cadre d'un traitement de patients atteints d'un carcinome de la prostate de stade T1-T2 avec un taux d'Antigènes prostatiques spécifiques (PSA) inférieur à 20, un Gleason-score inférieur à 8, et un volume prostatique inférieur à 50 ml. Le nombre d'unités remboursables est calculé comme suit : [volume de la prostate (en ml) x 2] + 10, le nombre maximal d'unités remboursables s'élevant toutefois à 100. Le volume prostatique utilisé pour ce calcul ne pas avoir été déterminé plus longtemps que deux mois avant l'implantation effective. La base de remboursement correspond à un montant forfaitaire, et couvre tous les coûts de ces produits radio-pharmaceutiques utilisés à titre thérapeutique, y compris les coûts de transport et de matériel d'administration, et ce indépendamment du type de conditionnement (grains individuels vs chaîne). Aucun supplément ne peut être porté en compte au patient.

b) Le remboursement est conditionné par la fourniture au pharmacien hospitalier concerné, préalablement à chaque facturation en tiers payant, d'un formulaire, dont le modèle est repris à l'annexe A du présent paragraphe,

III – Situation du patient :

Stade	(T1-T2 tumor)
PSA	(inférieur à 20)
Gleason	(inférieur à 20)
Volume prostatique	(inférieur à 50 ml)
Nombre de grains commandés	(maximum 100)

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

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (nom)
 UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (prénom)
 1-UUUUUUU-UUU-UUUUU (N° INAMI)
 UU / UU / UUUUU (Date)



(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)

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

— het punt I.6.5. wordt toegevoegd, luidende : « de injecteerbare vormen bestemd voor de spoedbehandeling van een anafylactische shock of een anafylactische reactie. - Vergoedingsgroep : B-317 ».

Art. 3. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de maand die volgt op het verstrijken van een termijn van tien dagen die ingaat de dag na de bekendmaking ervan in het *Belgisch Staatsblad*.

Brussel, 13 februari 2012.

Mevr. L. ONKELINX

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 I.6.5. est inséré, rédigé comme suit : « les formes injectables destinées au traitement d'urgence d'un choc anaphylactique ou d'une réaction allergique. - Groupe de remboursement : B-317 ».

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du mois qui suit l'expiration d'un délai de dix jours prenant cours le jour suivant sa publication au *Moniteur belge*.

Bruxelles, le 13 février 2012.

Mme L. ONKELINX