

**MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT**

F. 99 — 426

[C - 99/22136]

**15 FEVRIER 1999. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 2 septembre 1980 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité intervient dans le coût des spécialités pharmaceutiques et produits assimilés**

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 35, modifié par les lois des 20 décembre 1995 et 22 février 1998 et par les arrêtés royaux des 23 décembre 1996 et 25 avril 1997;

Vu l'arrêté royal du 2 septembre 1980 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité intervient dans le coût des spécialités pharmaceutiques et produits assimilés tel qu'il a été modifié jusqu'à ce jour;

Vu les propositions du Conseil technique des spécialités pharmaceutiques, émises les 3 juillet 1997, 12 mars, 15 avril, 14 mai, 11 juin, 2 et 9 juillet, 17 septembre et 8 octobre 1998;

Vu les avis du Service du contrôle médical des 20 février, 23 avril, 18 juin, 28 septembre et 9 décembre 1998;

Vu les avis de la Commission de conventions pharmaciens - organismes assureurs, émis les 13 mars, 30 avril, 25 juin, 15 octobre et 15 décembre 1998;

Vu les avis du Comité de l'assurance des soins de santé, émis les 27 avril, 8 juin, 13 juillet, 30 novembre et 21 décembre 1998;

Vu l'urgence motivée par la circonstance que l'arrêté doit respecter les délais prévus à l'arrêté royal du 2 septembre 1980. Ces délais ont été fixés en application de la directive 89/105/CEE du 21 décembre 1988 du Conseil des Communautés européennes concernant la transparence des mesures régissant la fixation des prix des médicaments à usage humain et leur inclusion dans le champ d'application des systèmes nationaux d'assurance maladie :

Vu l'avis du Conseil d'Etat, donné le 2 février 1999, en application de l'article 84, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** A l'annexe I de l'arrêté royal du 2 septembre 1980 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité intervient dans le coût des spécialités pharmaceutiques et produits assimilés, sont apportées les modifications suivantes :

1<sup>o</sup> au chapitre I :

1) insérer les spécialités suivantes :

**MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,  
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU**

N. 99 — 426

[C - 99/22136]

**15 FEBRUARI 1999. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 2 september 1980 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische specialiteiten en daarmee gelijkgestelde producten**

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 35, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995 en 22 februari 1998 en bij de koninklijke besluiten van 23 december 1996 en 25 april 1997;

Gelet op het koninklijk besluit van 2 september 1980 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische specialiteiten en daarmee gelijkgestelde producten zoals tot op heden gewijzigd;

Gelet op de voorstellen, uitgebracht op 3 juli 1997, 12 maart, 15 april, 14 mei, 11 juni, 2 en 9 juli, 17 september en 8 oktober 1998 door de Technische Raad voor farmaceutische specialiteiten;

Gelet op de adviezen van de Dienst voor geneeskundige controle van 20 februari, 23 april, 18 juni, 28 september 1998 en 9 december 1998;

Gelet op de adviezen uitgebracht op 13 maart, 30 april, 25 juni, 15 oktober en 15 december 1998 door de Overeenkomstencommissie apothekers - verzekeringsinstellingen;

Gelet op de adviezen uitgebracht op 27 april, 8 juni, 13 juli, 30 november en 21 december 1998 door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging;

Gelet op het verzoek om spoedbehandeling, gemotiveerd door de omstandigheid dat het besluit de termijnen bepaald in het koninklijk besluit van 2 september 1980 moet naleven. Deze termijnen werden bepaald in toepassing van de richtlijn 89/105/EEG van 21 december 1988 van de Raad van de Europese Gemeenschappen betreffende de doorzichtigheid van de maatregelen ter regeling van de prijsstelling van geneesmiddelen voor menselijk gebruik en de opnemings daarvan in de nationale stelsels van gezondheidszorg;

Gelet op het advies van de Raad van State, gegeven op 2 februari 1999, met toepassing van artikel 84, eerste lid, 2<sup>o</sup>, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** In bijlage I van het koninklijk besluit van 2 september 1980 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische specialiteiten en daarmee gelijkgestelde producten, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1<sup>o</sup> in hoofdstuk I :

1) de volgende specialiteiten invoegen :

Criterion	Code	Benaming en verpakkingen	Opmerkingen	Basis van tegemoetkoming	I	II
---	---	-----	---	---	I	II
Critère	Code	Dénomination et conditionnements	Observations	Base de remboursement	I	II
B-116	0749-614	AMIKACINE FAULDING Faulding ** pr. fl. inj. 1 x 500 mg/2 ml	G	341,80		
B-15	1334-697	ATENOLOL EG 25 mg Eurogenerics compr. 28 x 25 mg	G	184,-	28	46
	1334-705	compr. 56 x 25 mg	G	350,-	52	87
	0749-382	* pr. compr. 1 x 25 mg	G	4,55		
	0749-382	** pr. compr. 1 x 25 mg	G	3,75		

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

I = Intervention des bénéficiaires visés à l'article 37, §1er et §19 de la loi du 14.7.94 qui ont droit à un remboursement augmenté de l'assurance.

II = Aandeel van de andere rechthebbenden.

II = Intervention des autres bénéficiaires.

Criterion	Code	Benaming en verpakkingen	Opmerkingen	Basis van tegemoetkoming	I	II
---	---	-----	---	----	I	II
Critère	Code	Dénomination et conditionnements	Observations	Base de remboursement		
B-15	1334-713	ATENOLOL EG 50 mg Eurogenerics compr. 28 x 50 mg	G	350,-	52	87
	1334-721	compr. 56 x 50 mg	G	627,-	94	157
	0747-121	* pr. compr. 1 x 50 mg	G	8,18		
	0747-121	** pr. compr. 1 x 50 mg	G	6,71		
B-15	1396-472	ATENOLOL EG 100 mg Eurogenerics compr. 28 x 100 mg	G	630,-	94	157
	1384-353	compr. 56 x 100 mg	G	1.053,-	158	263
	0749-390	* pr. compr. 1 x 100 mg	G	13,95		
	0749-390	** pr. compr. 1 x 100 mg	G	11,46		
Cx-11	1430-628	BETASERC 16 Solvay Pharma compr. 84 x 16 mg		925,-	740	740
	0736-140	* pr. compr. 1 x 16 mg		8,04		
	0736-140	** pr. compr. 1 x 16 mg		6,61		
B-119	1321-397	BICLAR Uno 500 Abbott compr. 5 x 500 mg		683,-	102	171
	1321-405	compr. 10 x 500 mg		1.148,-	172	287
	0749-622	* pr. compr. 1 x 500 mg		89,70		
	0749-622	** pr. compr. 1 x 500 mg		73,70		
B-56	1360-130	CONTRAMAL Retard 100 Continental Pharma compr. 30 x 100 mg		799,-	120	200
	0749-408	* pr. compr. 1 x 100 mg		19,43		
	0749-408	** pr. compr. 1 x 100 mg		15,97		
B-56	1360-148	CONTRAMAL Retard 150 Continental Pharma compr. 20 x 150 mg		799,-	120	200
	0749-416	* pr. compr. 1 x 150 mg		29,15		
	0749-416	** pr. compr. 1 x 150 mg		23,95		
B-56	1360-155	CONTRAMAL Retard 200 Continental Pharma compr. 20 x 200 mg		959,-	144	240
	0749-424	* pr. compr. 1 x 200 mg		35,-		
	0749-424	** pr. compr. 1 x 200 mg		28,75		
B-222	1313-253	CURATODERM Boots Healthcare pom. - zalf 20 g 4 µg/g		734,-	110	183
	1313-261	compr. - zalf 60 g 4 µg/g		1.586,-	238	375
	1313-279	compr. - zalf 150 g 4 µg/g		3.054,-	250	375
	0749-432	* pr. pom. - zalf 1 x 4 µg/g		19,53		
	0749-432	** pr. pom. - zalf 1 x 4 µg/g		17,62		
B-56	1414-937	DOLZAM Zambon gtt. 5 x 10 ml 100 mg/ml		1.121,-	168	280
	0743-823	* pr. gtt. 1 x 1 ml 100 mg/ml		17,28		
	0743-823	** pr. gtt. 1 x 1 ml 100 mg/ml		14,20		
A-27	1356-658	FARESTON Orion compr. 100 x 60 mg		3.504,-	-	-
	0749-572	* pr. compr. 1 x 60 mg		33,80		
	0749-572	** pr. compr. 1 x 60 mg		30,93		
B-60	1430-636	IBUPROFENE EG 600 mg Eurogenerics compr. 50 x 600 mg	G	360,-	54	90
	0748-814	* pr. compr. 1 x 600 mg	G	5,26		
	0748-814	** pr. compr. 1 x 600 mg	G	4,32		
		- INSULINES HM 100 I.U./ml Lilly				
A-11	1437-805	HUMAJECT 20/80 Lilly Humaject 5 x 300 I.U./3 ml		1.520,-	-	-
	0749-259	* pr. Humaject 1 x 300 I.U./3 ml		270,-		
	0749-259	** pr. Humaject 1 x 300 I.U./3 ml		221,80		

Criterion	Code	Benaming en verpakkingen	Opmerkingen	Basis van tegenwoordiging	I	II
---	---	-----	---	----	I	II
Critère	Code	Dénomination et conditionnements	Observations	Base de remboursement		
A-11	1437-813 0749-267 0749-267	HUMAJECT 30/70 Lilly Humaject 5 x 300 I.U./3 ml * pr. Humaject 1 x 300 I.U./3 ml ** pr. Humaject 1 x 300 I.U./3 ml		1.520,- 270,- 221,80	-	-
A-11	1437-821 0749-283 0749-283	HUMAJECT 40/60 Lilly Humaject 5 x 300 I.U./3 ml * pr. Humaject 1 x 300 I.U./3 ml ** pr. Humaject 1 x 300 I.U./3 ml		1.520,- 270,- 221,80	-	-
A-11	1437-847 0749-275 0749-275	HUMAJECT 50/50 Lilly Humaject 5 x 300 I.U./3 ml * pr. Humaject 1 x 300 I.U./3 ml ** pr. Humaject 1 x 300 I.U./3 ml		1.520,- 270,- 221,80	-	-
A-11	1437-789 0749-291 0749-291	HUMAJECT NPH Lilly Humaject 5 x 300 I.U./3 ml * pr. Humaject 1 x 300 I.U./3 ml ** pr. Humaject 1 x 300 I.U./3 ml		1.520,- 270,- 221,80	-	-
A-11	1437-797 0749-333 0749-333	HUMAJECT REGULAR Lilly Humaject 5 x 300 I.U./3 ml * pr. Humaject 1 x 300 I.U./3 ml ** pr. Humaject 1 x 300 I.U./3 ml		1.520,- 270,- 221,80	-	-
		- INSULINES HM 100 I.U./ml Novo Nordisk				
A-11	1432-723 0749-309 0749-309	ACTRAPID HM NOVOLET Novo Nordisk Novolet 5 x 300 I.U./3 ml * pr. Novolet 1 x 300 I.U./3 ml ** pr. Novolet 1 x 300 I.U./3 ml		1.520,- 270,- 221,80	-	-
A-11	1432-715 0749-325 0749-325	INSULATARD HM NOVOLET Novo Nordisk Novolet 5 x 300 I.U./3 ml * pr. Novolet 1 x 300 I.U./3 ml ** pr. Novolet 1 x 300 I.U./3 ml		1.520,- 270,- 221,80	-	-
A-11	1432-665 0749-341 0749-341	MIXTARD 10/90 HM NOVOLET Novo Nordisk Novolet 5 x 300 I.U./3 ml * pr. Novolet 1 x 300 I.U./3 ml ** pr. Novolet 1 x 300 I.U./3 ml		1.520,- 270,- 221,80	-	-
A-11	1432-673 0749-358 0749-358	MIXTARD 20/80 HM NOVOLET Novo Nordisk Novolet 5 x 300 I.U./3 ml * pr. Novolet 1 x 300 I.U./3 ml ** pr. Novolet 1 x 300 I.U./3 ml		1.520,- 270,- 221,80	-	-
A-11	1432-681 0749-317 0749-317	MIXTARD 30/70 HM NOVOLET Novo Nordisk Novolet 5 x 300 I.U./3 ml * pr. Novolet 1 x 300 I.U./3 ml ** pr. Novolet 1 x 300 I.U./3 ml		1.520,- 270,- 221,80	-	-
A-11	1432-699 0749-366 0749-366	MIXTARD 40/60 HM NOVOLET Novo Nordisk Novolet 5 x 300 I.U./3 ml * pr. Novolet 1 x 300 I.U./3 ml ** pr. Novolet 1 x 300 I.U./3 ml		1.520,- 270,- 221,80	-	-
A-11	1432-707 0749-374 0749-374	MIXTARD 50/50 HM NOVOLET Novo Nordisk Novolet 5 x 300 I.U./3 ml * pr. Novolet 1 x 300 I.U./3 ml ** pr. Novolet 1 x 300 I.U./3 ml		1.520,- 270,- 221,80	-	-
B-56	1224-211 1400-308 0749-440 0749-440	KAPANOL 20 mg Glaxo Wellcome compr. 20 x 20 mg compr. 60 x 20 mg * pr. compr. 1 x 20 mg ** pr. compr. 1 x 20 mg		537,- 1.184,- 15,68 12,88	81 178	134 296

Criterion	Code	Benaming en verpakkingen	Opmerkingen	Basis van tegemoetkoming	I	II
---	---	-----	---	----	I	II
Critère	Code	Dénomination et conditionnements	Observations	Base de remboursement		
B-56	1224-229 1400-316 0749-440 0749-440	KAPANOL 50 mg Glaxo Wellcome compr. 20 x 50 mg compr. 60 x 50 mg * pr. compr. 1 x 50 mg ** pr. compr. 1 x 50 mg		1.136,- 2.151,- 33,78 29,-	170 250	284 375
B-56	1224-237 0749-457 0749-457	KAPANOL 100 mg Glaxo Wellcome compr. 20 x 100 mg * pr. compr. 1 x 100 mg ** pr. compr. 1 x 100 mg		1.716,- 79,40 65,25	250	375
B-119	1430-057 1430-065 0749-630 0749-630	MONAXIN Therabel Pharma compr. 5 x 500 mg compr. 10 x 500 mg * pr. compr. 1 x 500 mg ** pr. compr. 1 x 500 mg		683,- 1.148,- 89,70 73,70	102 172	171 287
B-201	1358-167 0749-465 0749-465	PRIORIX SK Beecham Biologicals fl. lyoph. + solv. * pr. fl. lyoph. + solv. ** pr. fl. lyoph. + solv.		758,- 553,- 454,-	114	189
B-96	1437-839 1437-854 0749-481 0749-481	SALBUPHAR 200 CYCLOCAPS OPG Pharmachemie caps. pr. inh. 60 x 200 µg caps. pr. inh. 120 x 200 µg * pr. caps. pr. inh. 1 x 200 µg ** pr. caps. pr. inh. 1 x 200 µg		181,- 290,- 1,77 1,45	27 43	45 72
B-96	1437-862 1437-870 0749-473 0749-473	SALBUPHAR 400 CYCLOCAPS OPG Pharmachemie caps. pr. inh. 60 x 400 µg caps. pr. inh. 120 x 400 µg * pr. caps. pr. inh. 1 x 400 µg ** pr. caps. pr. inh. 1 x 400 µg		290,- 464,- 2,83 2,32	43 70	72 116
B-109	0815-746 0716-878 0716-878	SELEXID Leo compr. 20 x 200 mg * pr. compr. 1 x 200 mg ** pr. compr. 1 x 200 mg		444,- 16,20 13,30	67	111
B-15	1359-934 1408-863 0749-499 0749-499	SELOKEN 10 mg Astra compr. 14 x 10 mg compr. 56 x 10 mg * pr. compr. 1 x 10 mg ** pr. compr. 1 x 10 mg		120,- 341,- 4,45 3,64	18 51	30 85
B-6	1304-245 1304-252 0749-507 0749-507	SULAR-10 Zeneca compr. 28 x 10 mg compr. 56 x 10 mg * pr. compr. 1 x 10 mg ** pr. compr. 1 x 10 mg		921,- 1.295,- 19,21 15,79	138 194	230 324
B-6	1304-260 1304-278 0749-523 0749-523	SULAR-20 Zeneca compr. 28 x 20 mg compr. 56 x 20 mg * pr. compr. 1 x 20 mg ** pr. compr. 1 x 20 mg		1.295,- 2.089,- 35,09 29,96	194 250	324 375
B-6	1383-694 0734-400 0734-400	SYSCOR 10 Bayer compr. 28 x 10 mg * pr. compr. 1 x 10 mg ** pr. compr. 1 x 10 mg		921,- 24,- 19,71	138	230
B-6	1383-702 0749-515 0749-515	SYSCOR 20 Bayer compr. 28 x 20 mg * pr. compr. 1 x 20 mg ** pr. compr. 1 x 20 mg		1.295,- 38,43 31,57	194	324

Criterium	Code	Benaming en verpakkingen	Opmerkingen	Basis van tegemoetkoming	I	II
Critère	Code	Dénomination et conditionnements	Observations	Base de remboursement		
B-56	1430-594 1430-594 0749-531 0749-549 0749-531 0749-549	TRAMALGIC Christiaens amp. inj. 10 x 100 mg/2 ml gtt. 3 x 10 ml 100 mg/ml * pr. amp. inj. 1 x 100 mg/2 ml * pr. gtt. 1 x 1 ml 100 mg/ml ** pr. amp. inj. 1 x 100 mg/2 ml ** pr. gtt. 1 x 1 ml 100 mg/ml	G G G G G G	486,- 639,- 35,50 15,53 29,10 12,77	73 96	121 160
B-124	0749-648	VANCOMYCINE 500 mg FAULDING Faulding ** pr. fl. l.v. lyoph. 1 x 500 mg	G	552,-		

2) ajouter une note en bas de page renvoyant à la spécialité VANCOMYCINE 500 mg FAULDING Faulding, libellée comme suit :

« Conformément aux dispositions de l'article 15 du présent arrêté, le montant dû par l'assurance est calculé par flacon. »;

3) supprimer la spécialité HYTRIN Abbott qui est transférée au chapitre IV- § 151 du même arrêté;

2° au chapitre IV-B) :

1) au § 3, ajouter un point 9 libellé comme suit :

« 9. Syndrome néphrotique. »;

2) le § 13, 3°, est remplacé par le texte suivant :

« 3° - Le remboursement simultané de cette spécialité et des spécialités CYTOTEC, DAKAR, DENOL, LOGASTRIC, LOSEC, PANAXID, PANTOZOL, PEPCIDINE, PYLORID, RANITIDINE EG, ULCOGANT, ZANTAC ou ZURCALE n'est jamais autorisé. »;

3) au § 19, ajouter au traitement des affections donnant lieu au remboursement, « l'ostéodystrophie rénale »;

4) le § 25, 3°, est remplacé par le texte suivant :

« 3° - Le remboursement simultané de cette spécialité et des spécialités CYTOTEC, DAKAR, LOGASTRIC, LOSEC, PANAXID, PANTOZOL, PEPCIDINE, PYLORID, RANITIDINE EG, TAGAMET, ULCOGANT, ZANTAC ou ZURCALE n'est jamais autorisé. »;

5) le § 32, 3°, est remplacé par le texte suivant :

« 3° - Le remboursement simultané de cette spécialité et des spécialités CYTOTEC, DAKAR, DENOL, LOGASTRIC, LOSEC, PANAXID, PANTOZOL, PEPCIDINE, PYLORID, RANITIDINE EG, TAGAMET, ULCOGANT, ZANTAC ou ZURCALE n'est jamais autorisé. »;

6) au § 34 :

— remplacer le point 3° par le suivant :

« 3° - Le remboursement simultané des spécialités reprises sous 4° n'est jamais autorisé. »

Il en est de même du remboursement simultané de ces spécialités et des spécialités CYTOTEC, DAKAR, DENOL, LOGASTRIC, LOSEC, PANAXID, PANTOZOL, PEPCIDINE, PYLORID, TAGAMET, ULCOGANT ou ZURCALE.

Si le médecin traitant, ayant instauré un traitement avec l'une des spécialités RANITIDINE EG ou ZANTAC, veut poursuivre le traitement avec l'autre, une nouvelle autorisation peut être accordée jusqu'à la fin de la période qui avait été initialement autorisée. »;

— au point 4°, insérer la spécialité suivante :

2) een naar de specialiteit VANCOMYCINE 500 mg FAULDING Faulding verwijzende voetnoot, luidend als volgt, toevoegen :

« Conform de bepalingen van artikel 15 van dit besluit is het door de verzekering verschuldigde bedrag berekend per flacon. »;

3) de specialiteit HYTRIN Abbott schrappen, daar ze overgebracht wordt naar hoofdstuk IV- § 151 van hetzelfde besluit;

2° in hoofdstuk IV-B) :

1) in § 3, een als volgt opgesteld punt 9 toevoegen :

« 9. Nefrotisch syndroom. »;

2) § 13, 3°, wordt vervangen als volgt :

« 3° - De gelijktijdige vergoeding van die specialiteit en van de specialiteiten CYTOTEC, DAKAR, DENOL, LOGASTRIC, LOSEC, PANAXID, PANTOZOL, PEPCIDINE, PYLORID, RANITIDINE EG, ULCOGANT, ZANTAC of ZURCALE wordt nooit toegestaan. »;

3) in § 19, « renale osteodystrofie » toe te voegen bij de vergoedbare behandelingen;

4) § 25, 3°, wordt vervangen als volgt :

« 3° - De gelijktijdige vergoeding van die specialiteit en van de specialiteiten CYTOTEC, DAKAR, LOGASTRIC, LOSEC, PANAXID, PANTOZOL, PEPCIDINE, PYLORID, RANITIDINE EG, TAGAMET, ULCOGANT, ZANTAC of ZURCALE wordt nooit toegestaan. »;

5) § 32, 3°, wordt vervangen als volgt :

« 3° - De gelijktijdige vergoeding van die specialiteit en van de specialiteiten CYTOTEC, DAKAR, DENOL, LOGASTRIC, LOSEC, PANAXID, PANTOZOL, PEPCIDINE, PYLORID, RANITIDINE EG, TAGAMET, ZANTAC of ZURCALE wordt nooit toegestaan. »;

6) in § 34 :

— punt 3° door de volgende vervangen :

« 3° - De gelijktijdige vergoeding van de onder 4° vermelde specialiteiten wordt nooit toegestaan. »

Dat geldt ook voor de gelijktijdige vergoeding van die specialiteiten en van de specialiteiten CYTOTEC, DAKAR, DENOL, LOGASTRIC, LOSEC, PANAXID, PANTOZOL, PEPCIDINE, PYLORID, TAGAMET, ULCOGANT of ZURCALE.

Als de behandelende geneesheer die een behandeling is begonnen met één van de specialiteiten RANITIDINE EG of ZANTAC de behandeling met de andere wil voortzetten, mag een nieuwe machtiging worden verleend tot het einde van de aanvankelijk toegestane periode. »;

— in punt 4°, de volgende specialiteit invoegen :

Criterium	Code	Benaming en verpakkingen	Opmerkingen	Basis van tegemoetkoming	I	II
Critère	Code	Dénomination et conditionnements	Observations	Base de remboursement		
B-45	1414-390 1414-408 0748-970 0748-988 0748-970 0748-988	RANITIDINE EG Eurogenerics compr. 56 x 150 mg compr. 28 x 300 mg * pr. compr. 1 x 150 mg * pr. compr. 1 x 300 mg ** pr. compr. 1 x 150 mg ** pr. compr. 1 x 300 mg	G G G G G G	1.439,- 1.439,- 22,34 44,68 18,36 36,71	216 216	360 360

7) au § 44, insérer les spécialités suivantes :

1) sous a) :

7) in § 44, de volgende specialiteiten invoegen :

1) sub a) :

Code	Benaming en verpakkingen	Opmerkingen	Basis van tegemoetkoming		
Code	Dénomination et conditionnements	Observations	Base de remboursement		
A-16	AMIKACINE FAULDING Faulding fl. inj. 5 x 500 mg/2 ml * pr. fl. inj. 1 x 500 mg/2 ml	G G	2.120,- 399,20	-	-

2) sous b) :

2) sub b) :

Code	Benaming en verpakkingen	Opmerkingen	Basis van tegemoetkoming		
Code	Dénomination et conditionnements	Observations	Base de remboursement		
B-116	AMIKACINE FAULDING Faulding fl. inj. 5 x 500 mg/2 ml * pr. fl. inj. 1 x 500 mg/2 ml	G G	2.120,- 399,20	250	375
B-124	VANCOMICINE 500 mg FAULDING Faulding * pr. fl. I.V. lyoph. 1 x 500 mg	G	672,-		

8) au § 45, remplacer le point 3° par le suivant :

« 3° - Le remboursement simultané de cette spécialité et des spécialités DAKAR, DENOL, LOGASTRIC, LOSEC, PANAXID, PANTOZOL, PEPCIDINE, PYLORID, RANITIDINE EG, TAGAMET, ULCOGANT, ZANTAC ou ZURCALE n'est jamais autorisé. »;

9) au § 47-1°, supprimer la spécialité GYNO-LUCRIN DEPOT Abbott;

10) au § 47-2° et 4°, supprimer la spécialité LUCRIN DEPOT Abbott;

11) le § 57, 3°, est remplacé par le texte suivant :

« 3° - Le remboursement simultané de cette spécialité et des spécialités CYTOTEC, DAKAR, DENOL, LOGASTRIC, LOSEC, PANAXID, PANTOZOL, PYLORID, RANITIDINE EG, TAGAMET, ULCOGANT, ZANTAC ou ZURCALE n'est jamais autorisé. »;

12) au § 64 :

1) sous 1° :

— insérer la spécialité suivante :

8) in § 45, punt 3° door de volgende vervangen :

« 3° - De gelijktijdige vergoeding van die specialiteit en van de specialiteiten DAKAR, DENOL, LOGASTRIC, LOSEC, PANAXID, PANTOZOL, PEPCIDINE, PYLORID, RANITIDINE EG, TAGAMET, ULCOGANT, ZANTAC of ZURCALE wordt nooit toegestaan. »;

9) in § 47-1°, de specialiteit GYNO-LUCRIN DEPOT Abbott schrappen;

10) in § 47-2° et 4°, de specialiteit LUCRIN DEPOT Abbott schrappen;

11) § 57, 3°, wordt vervangen als volgt :

« 3° - De gelijktijdige vergoeding van die specialiteit en van de specialiteiten CYTOTEC, DAKAR, DENOL, LOGASTRIC, LOSEC, PANAXID, PANTOZOL, PYLORID, RANITIDINE EG, TAGAMET, ULCOGANT, ZANTAC of ZURCALE wordt nooit toegestaan. »;

12) in § 64 :

1) sub 1° :

— de volgende specialiteit invoegen :

A-28	ROFERON A Roche				
1170-679	fl. amp. I.M./S.C. 1 x 6.000.000 I.U.		2.121,-	-	-
1170-687	fl. amp. I.M./S.C. 6 x 6.000.000 I.U.		10.670,-	-	-
0749-580	* pr. fl. amp. I.M./S.C. 1 x 6.000.000 I.U.		1.757,67		
0749-580	** pr. fl. amp. I.M./S.C. 1 x 6.000.000 I.U.		1.709,83		

2) sous 2° :

2) sub 2° :

Criterion	Code	Benaming en verpakkingen	Opmerkingen	Basis van tegemoetkoming		
---	---	-----	---	----	I	II
Critère	Code	Dénomination et conditionnements	Observations	Base de remboursement		
B-203	1170-679 1170-687 0749-580 0749-580	ROFERON A Roche fl. amp. I.M./S.C. 1 x 6.000.000 I.U. fl. amp. I.M./S.C. 6 x 6.000.000 I.U. * pr. fl. amp. I.M./S.C. 1 x 6.000.000 I.U. ** pr. fl. amp. I.M./S.C. 1 x 6.000.000 I.U.		2.121,- 10.670,- 1.757,67 1.709,83	250 250	375 375

13) au § 67 :

— remplacer le point 3° par le suivant :

« 3° - Le remboursement simultané de cette spécialité et des spécialités CYTOTEC, DAKAR, DENOL, LOGASTRIC, LOSEC, PANTOZOL, PEPCIDINE, PYLORID, RANITIDINE EG, TAGAMET, ULCOGANT, ZANTAC ou ZURCALE n'est jamais autorisé. »;

14) au § 71, insérer la spécialité suivante :

13) in § 67 :

— punt 3° door de volgende vervangen :

« 3° - De gelijktijdige vergoeding van die specialiteit en van de specialiteiten CYTOTEC, DAKAR, DENOL, LOGASTRIC, LOSEC, PANTOZOL, PEPCIDINE, PYLORID, RANITIDINE EG, TAGAMET, ULCOGANT, ZANTAC of ZURCALE wordt nooit toegestaan. »;

14) in § 71, de volgende specialiteit invoegen :

Criterion	Code	Benaming en verpakkingen	Opmerkingen	Basis van tegemoetkoming		
---	---	-----	---	----	I	II
Critère	Code	Dénomination et conditionnements	Observations	Base de remboursement		
B-179	1430-586 0749-556 0749-556	MAGNEVIST Schering fl. I.V. 30 ml * pr. fl. I.V. 30 ml ** pr. fl. I.V. 30 ml		4.560,- 4.436,- 4.149,-	250	375

15) au § 72, remplacer le point 3° par le suivant :

« 3° - Le remboursement simultané des spécialités reprises sous 4° n'est jamais autorisé.

Il en est de même du remboursement simultané de ces spécialités et des spécialités CYTOTEC, DAKAR, DENOL, PANAXID, PEPCIDINE, PYLORID, RANITIDINE EG, TAGAMET, ULCOGANT, ZANTAC, PANTOZOL ou ZURCALE.

Si le médecin traitant, ayant instauré un traitement avec l'une des spécialités DAKAR, LOGASTRIC, LOSEC, PANTOZOL ou ZURCALE veut poursuivre le traitement avec l'autre, une nouvelle autorisation peut être accordée jusqu'à la fin de la période qui avait été initialement autorisée. »;

16) au § 83, remplacer le point 1° -d) par le suivant :

« d) Les autorisations visées ci-dessus ne peuvent être accordées que s'il n'y a pas, pour l'indication susvisée, administration simultanée de produits admis en vertu des critères B-45 (PANAXID, RANITIDINE EG, TAGAMET, ZANTAC) ou B-48 (DAKAR, LOGASTRIC, LOSEC, PANTOZOL, ZURCALE).

Si le médecin traitant désire poursuivre avec la spécialité PREPULSID, un traitement commencé avec les spécialités DAKAR, PANAXID, LOGASTRIC, LOSEC, PANTOZOL, RANITIDINE EG, TAGAMET, ZANTAC ou ZURCALE, une nouvelle autorisation peut être accordée jusqu'à la fin de la période qui avait été initialement autorisée. »;

15) in § 72, punt 3° door de volgende vervangen :

« 3° - De gelijktijdige vergoeding van de onder 4° vermelde specialiteiten wordt nooit toegestaan.

Dat geldt ook voor de gelijktijdige vergoeding van die specialiteiten en van de specialiteiten CYTOTEC, DAKAR, DENOL, PANAXID, PEPCIDINE, PYLORID, RANITIDINE EG, TAGAMET, ULCOGANT, ZANTAC, PANTOZOL of ZURCALE.

Als de behandelende geneesheer die een behandeling is begonnen met een van de specialiteiten DAKAR, LOGASTRIC, LOSEC, PANTOZOL ou ZURCALE de behandeling met de andere wil voortzetten, mag een nieuwe machtiging worden verleend tot het einde van de aanvankelijk toegestane periode. »;

16) in § 83, punt 1° -d) door de volgende vervangen :

« d) De voornoemde machtigingen mogen alleen worden verleend indien er voor vorenvermelde indicatie niet gelijktijdig producten worden toegediend die zijn aangenomen krachtens de criteria B-45 (PANAXID, RANITIDINE EG, TAGAMET, ZANTAC) of B-48 (DAKAR, LOGASTRIC, LOSEC, PANTOZOL, ZURCALE).

Indien de behandelende geneesheer een behandeling die is aangevat met de specialiteiten DAKAR, PANAXID, LOGASTRIC, LOSEC, PANTOZOL, RANITIDINE EG, TAGAMET, ZANTAC of ZURCALE, wenst voort te zetten met de specialiteit PREPULSID, mag een nieuwe machtiging worden verleend tot het einde van de aanvankelijk toegestane periode. »;

17) au § 92, insérer la spécialité suivante :

17) in § 92, de volgende specialiteit invoegen :

Criterium	Code	Benaming en verpakkingen	Opmerkingen	Basis van tegemoetkoming		
---	---	-----	---	----	I	II
Critère	Code	Dénomination et conditionnements	Observations	Base de remboursement		
A-25	1414-986 0749-564 0749-564	ZAVEDOS Pharmacia & Upjohn caps. 1 x 5 mg * pr. caps. 1 x 5 mg ** pr. caps. 1 x 5 mg		1.969,- 1.845,- 1.558,-	-	-

18) au § 95 :

— remplacer le 1<sup>er</sup> alinéa par le suivant :

« § 95. - 1°. - Les spécialités suivantes ne font l'objet d'un remboursement en catégorie A que s'il est démontré sur base d'un rapport d'un médecin spécialiste qu'elles ont été utilisées pour le traitement du diabète insipide d'origine centrale. »;

— modifier comme suit l'inscription de la spécialité suivante :

18) in § 95 :

— het eerste lid door de volgende vervangen :

« § 95. - 1°. - De volgende specialiteiten worden alleen terugbetaald in categorie A indien op basis van een verslag van een geneesheer-specialist wordt aangetoond dat ze zijn gebruikt in de behandeling van diabetes insipidus van centrale oorsprong. »;

— als volgt de inschrijving wijzigen van de volgende specialiteit :

Criterium	Code	Benaming en verpakkingen	Opmerkingen	Basis van tegemoetkoming		
---	---	-----	---	----	I	II
Critère	Code	Dénomination et conditionnements	Observations	Base de remboursement		
A-9	1087-030 0741-850 0741-850	MINIRIN SPRAY Ferring spray nasal 25 x 0,01 mg/dos. * pr. spray nasal 25 x 0,01 mg/dos. ** pr. spray nasal 25 x 0,01 mg/dos.		1.076,- 809,- 665,-	-	-

— ajouter un point 2° rédigé comme suit :

2° - La spécialité suivante est remboursée en catégorie B si elle est utilisée chez des enfants à partir de 7 ans et pour des adolescents, en cas d'énurésie nocturne de type I (profil de concentration urinaire de 24 heures anormal), et IV (énurésie idiopathique de type cognitif).

L'autorisation de remboursement est accordée à condition que le médecin traitant dispose dans son dossier médical des éléments nécessaires pour confirmer le diagnostic spécifique et pour démontrer la persistance d'une énurésie nocturne minimum de 2 à 3 fois par semaine malgré un training de rééducation (schéma d'hydratation, méthode calendrier, alarme) d'au moins trois mois.

Sur base d'une attestation du médecin traitant mentionnant le diagnostic et stipulant que les éléments de preuve étayant le respect des critères sont tenus à la disposition du médecin-conseil, celui-ci délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous « b » de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à six mois maximum.

Sur base d'une nouvelle évaluation, l'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de douze mois.

— een als volgt opgesteld punt 2° toevoegen :

2° - De volgende specialiteit wordt vergoed in categorie B als ze wordt gebruikt bij kinderen vanaf 7 jaar en voor adolescenten, in geval van nachtelijk bedwateren van het type I (abnormaal 24 uurs-urineconcentratieprofiel), en IV (idiopatische enuresie van het cognitieve type).

De machtiging tot vergoeding wordt verleend op voorwaarde dat de behandelende geneesheer in zijn medisch dossier beschikt over de nodige bewijsstukken om de specifieke diagnose te bevestigen en, om aan te tonen dat er een nachtelijk bedwateren bestaat minstens 2 tot 3 maal per week ondanks een leerproces (mictie op vaste uren, kalendermethode, plaswekker) gedurende minstens drie maanden.

Op grond van het verslag waarin de behandelende arts de diagnose vermeldt en aanduidt dat de bewijzen waaruit blijkt dat aan de criteria werd voldaan ter beschikking worden gehouden van de adviserend geneesheer, reikt deze laatste aan de rechthebbende een machtiging uit waarvan het model is bepaald onder « b » van bijlage III van dit besluit, en waarvan de geldigheidsduur is beperkt tot 6 maanden maximum.

De machtiging tot vergoeding kan worden verlengd voor nieuwe perioden van twaalf maanden op basis van een nieuwe evaluatie.

Criterium	Code	Benaming en verpakkingen	Opmerkingen	Basis van tegemoetkoming		
---	---	-----	---	----	I	II
Critère	Code	Dénomination et conditionnements	Observations	Base de remboursement		
B-236	1087-030 0741-850 0741-850	MINIRIN SPRAY Ferring spray nasal 25 x 0,01 mg/dos. * pr. spray nasal 25 x 0,01 mg/dos. ** pr. spray nasal 25 x 0,01 mg/dos.		1.076,- 809,- 665,-	161	269



19) le § 107, 3°, est remplacé par le texte suivant :  
 « 3° - Le remboursement simultané de cette spécialité et des spécialités CYTOTEC, DENOL, LOGASTRIC, LOSEC, PANAXID, PANTOZOL, PEPCIDINE, PYLORID, RANITIDINE EG, TAGAMET, ULCOGANT, ZANTAC ou ZURCALE n'est jamais autorisé.  
 Si le médecin traitant, ayant instauré un traitement avec l'une des spécialités DAKAR, LOGASTRIC, LOSEC, PANTOZOL ou ZURCALE veut poursuivre le traitement avec l'autre, une nouvelle autorisation peut être accordée jusqu'à la fin de la période qui avait été initialement autorisée. »;  
 20) au § 125 :  
 — remplacer le 2ème alinéa du point 1° -d) par le suivant :  
 « En cas d'efficacité clinique, le remboursement peut être accordé pour une période de 12 mois de traitement à base d'un antiulcéreux antagoniste des récepteurs H2 (PANAXID, RANITIDINE EG, TAGAMET, ZANTAC) ou de cisapride (PREPULSID) à concurrence du nombre de conditionnements maximum prévus dans les réglementations qui s'y rapportent. »;  
 — remplacer le point 3° par le suivant :  
 « 3° - Le remboursement simultané des spécialités reprises sous 4° n'est jamais autorisé.  
 Il en est de même du remboursement simultané de ces spécialités et des spécialités CYTOTEC, DAKAR, DENOL, LOGASTRIC, LOSEC, PANAXID, PEPCIDINE, PYLORID, RANITIDINE EG, TAGAMET, ULCOGANT ou ZANTAC.  
 Si le médecin traitant, ayant instauré un traitement avec l'une des spécialités DAKAR, LOGASTRIC, LOSEC, PANTOZOL ou ZURCALE, veut poursuivre le traitement avec l'autre, une nouvelle autorisation peut être accordée jusqu'à la fin de la période qui avait été initialement autorisée. »;  
 21) au § 140, insérer la spécialité suivante :

19) § 107, 3°, wordt vervangen als volgt :  
 « 3° - De gelijktijdige vergoeding van die specialiteit en van de specialiteiten CYTOTEC, DENOL, LOGASTRIC, LOSEC, PANAXID, PANTOZOL, PEPCIDINE, PYLORID, RANITIDINE EG, TAGAMET, ULCOGANT, ZANTAC of ZURCALE wordt nooit toegestaan.  
 Als de behandelende geneesheer die een behandeling is begonnen met een van de specialiteiten DAKAR, LOGASTRIC, LOSEC, PANTOZOL of ZURCALE de behandeling met de andere wil voortzetten, mag een nieuwe machtiging worden verleend tot het einde van de aanvankelijk toegestane periode. »;  
 20) in § 125 :  
 — het tweede lid van punt 1° -d) door het volgende vervangen :  
 « In geval van klinische doeltreffendheid mag de vergoeding worden toegekend voor een periode van 12 maanden behandeling op basis van een H2-receptorenantagonist (PANAXID, RANITIDINE EG, TAGAMET, ZANTAC) of op basis van cisapride (PREPULSID) naar rata van het maximum aantal verpakkingen dat is vastgesteld in de reglementeringen die daarop betrekking hebben. »;  
 — punt 3° door de volgende vervangen :  
 « 3° - De gelijktijdige vergoeding van de onder 4° vermelde specialiteiten wordt nooit toegestaan.  
 Dat geldt ook voor de gelijktijdige vergoeding van die specialiteiten en van de specialiteiten CYTOTEC, DAKAR, DENOL, LOGASTRIC, LOSEC, PANAXID, PEPCIDINE, PYLORID, RANITIDINE EG, TAGAMET, ULCOGANT of ZANTAC.  
 Als de behandelende geneesheer die een behandeling is begonnen met een van de specialiteiten DAKAR, LOGASTRIC, LOSEC, PANTOZOL of ZURCALE de behandeling met de andere wil voortzetten, mag een nieuwe machtiging worden verleend tot het einde van de aanvankelijk toegestane periode. »;  
 21) in § 140, de volgende specialiteit invoegen :

Critérium	Code	Benaming en verpakkingen	Opmerkingen	Basis van tegemoetkoming		
---	---	-----	---	----	I	II
Critère	Code	Dénomination et conditionnements	Observations	Base de remboursement		
C-27	1286-293 0748-327 0748-327	ACETYLCYSTEINE EG Eurogenerics compr. eff. 30 x 600 mg * pr. compr. eff. 1 x 600 mg ** pr. compr. eff. 1 x 600 mg	G G G	525,- 12,77 10,50	262	262

22) au § 143, remplacer le point 3° par le suivant :  
 « 3° - Le remboursement simultané de cette spécialité et d'autres antiulcéreux antagonistes des récepteurs H2 (PANAXID, PEPCIDINE, RANITIDINE EG, TAGAMET, ZANTAC) ou d'une préparation magistrale à base de cimétidine, ou d'un inhibiteur de la pompe à proton (DAKAR, LOSEC, LOGASTRIC, PANTOZOL ou ZURCALE), ou de CYTOTEC, DENOL ou d'ULCOGANT n'est jamais autorisé. »;  
 23) ajouter un § 149 rédigé comme suit :  
 § 149. - La spécialité suivante est remboursée si elle est utilisée à l'occasion d'une angioplastie coronaire transluminale percutanée en cas de :  
 — angor instables avec manifestation d'instabilité au repos (modifications spontanées du segment ST, angor récurrent malgré une thérapie maximale, angor post-infarctus);  
 — angor post-infarctus myocardique dans les 2 semaines;  
 — obstruction coronaire associée à la présence de thrombi (les lésions de type B et type C).  
 Les pièces justificatives doivent être tenues par le médecin à la disposition du médecin-conseil.

22) in § 143, punt 3° door de volgende vervangen :  
 « 3° - De gelijktijdige vergoeding van die specialiteit en van andere anti-ulcus-antagonisten van de H2-receptoren (PANAXID, PEPCIDINE, RANITIDINE EG, TAGAMET, ZANTAC) of van de een bereiding op basis van cimétidine, of van een inhibitor van de protonpomp (DAKAR, LOSEC, LOGASTRIC, PANTOZOL of ZURCALE), of van CYTOTEC, DENOL of ULCOGANT wordt nooit toegestaan. »;  
 23) een als volgt opgesteld § 149 toevoegen :  
 § 149. - De volgende specialiteit wordt vergoed als ze wordt gebruikt bij een percutane transluminale coronaire angioplastiek in de gevallen :  
 — instabiele angina met instabiliteitsverschijnselen bij rust (spontane veranderingen van het ST-segment, terugkerende angina niettegenstaande een maximumtherapie, angina na infarct);  
 — angina na myocardinfarct binnen de twee weken;  
 — coronaire obstructies, samen met de aanwezigheid van thrombi (letsels van het type B en het type C).  
 De arts houdt de bewijsstukken ter beschikking van de adviserend geneesheer.

Critérium	Code	Benaming en verpakkingen	Opmerkingen	Basis van tegemoetkoming		
---	---	-----	---	----	I	II
Critère	Code	Dénomination et conditionnements	Observations	Base de remboursement		
B-237	0749-598 0749-598	REOPRO Lilly * pr. fl. sol. I.V. 1 x 10 mg/5 ml ** pr. fl. sol. I.V. 1 x 10 mg/5 ml		12.367,- 12.080,-		

24) au § 149, ajouter une note en bas de page renvoyant à la spécialité REOPRO Lilly, libellée comme suit :

« Conformément aux dispositions de l'article 15 du présent arrêté, le montant dû par l'assurance est calculé par flacon. »;

25) ajouter un § 150 rédigé comme suit :

§ 150. La spécialité suivante ne fait l'objet d'un remboursement que si elle est utilisée pour l'une des indications suivantes :

1° Le traitement de la tuberculose pulmonaire multirésistante, à condition qu'un antibiogramme démontre que, d'une part le germe est résistant à la rifampicine et à un autre tuberculostatique (isoniazide ou pyrazinamide ou éthambutol) et que, d'autre part, le germe est sensible à la rifabutine;

2° Le traitement des infections à myco-bactéries atypiques chez des patients HIV positifs avec moins de 200 CD4/mm<sup>3</sup> et remplissant au moins une des conditions suivantes :

- traitement concomitant par inhibiteurs de protéases;
- échec clinique ou intolérance à un traitement combinant la rifampicine, la ciprofloxacine et la clarithromicine.

Le médecin-conseil délivre l'autorisation de remboursement sur base d'un rapport clinique écrit et motivé du médecin traitant, qui joint au rapport les éléments de preuve démontrant que le patient se trouve dans une des situations visées ci-dessus.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous « d » de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation de remboursement peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 12 mois sur base du modèle « d », dûment complété par le médecin traitant et le bénéficiaire le renvoie au médecin-conseil de son organisme assureur.

24) in § 149, een naar de specialiteit REOPRO Lilly verwijzende voetnoot, luidend als volgt, toevoegen :

« Conform de bepalingen van artikel 15 van dit besluit is het door de verzekering verschuldigde bedrag berekend per flacon. »;

25) een als volgt opgesteld § 150 toevoegen :

§ 150. De volgende specialiteit wordt slechts terugbetaald als ze gebruikt wordt voor één van de volgende indicaties :

1° De behandeling van chronische, multiresistente pulmonaire tuberculose op voorwaarde dat een antibiogram aantoonst dat, enerzijds, het micro-organisme resistent is aan rifampicine en aan een ander tuberculostatium (isoniazide of pyrazinamide of ethambutol) en anderzijds dat het micro-organisme gevoelig is voor rifabutine;

2° De behandeling van infecties veroorzaakt door atypische mycobacteriën bij HIV-positieve patiënten met een CD4-waarde lager dan 200/mm<sup>3</sup> en minstens aan één van de volgende voorwaarden beantwoordt :

- een gelijktijdige behandeling met proteaseremmers;
- een klinisch falen of een resistentie tegen een gecombineerde behandeling van rifampicine, ciprofloxacine en clarithromycine.

De adviserend geneesheer verleent de machtiging tot terugbetaling op basis van een door de behandelende arts geschreven en gemotiveerd klinisch verslag waarbij de bewijsstukken zijn gevoegd waaruit blijkt dat de patiënt zich in een van voornoemde omstandigheden bevindt.

Met het oog hierop levert de adviserend geneesheer aan de rechthebbende een machtiging af waarvan het model is bepaald onder « d » van bijlage III van dit besluit en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De machtiging tot terugbetaling kan worden verlengd voor nieuwe perioden van maximum 12 maanden op basis van het model « d », behoorlijk ingevuld door de behandelende arts en de rechthebbende bezorgt het terug aan de adviserend geneesheer van zijn verzekering-instelling.

Code	Benaming en verpakkingen	Opmerkingen	Basis van tegemoetkoming		
---	-----	---	----	I	II
Code	Dénomination et conditionnements	Observations	Base de remboursement		
A-18	MYCOBUTIN Pharmacia & Upjohn 1236-702 caps. 100 x 150 mg 0749-606 * pr. caps. 1 x 150 mg 0749-606 ** pr. caps. 1 x 150 mg		12.211,- 120,87 118,-	-	-

26) insérer un § 151 rédigé comme suit :

§ 151. La spécialité suivante est remboursée si elle est utilisée dans le traitement de patients atteints d'hypertension artérielle attestée par le médecin traitant.

A cet effet, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'attestation dont le modèle est fixé sous d° de l'annexe III du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

Le remboursement de la poursuite du traitement peut être accordé pour de nouvelles périodes de 12 mois maximum.

26) een als volgt opgesteld § 151 invoegen :

§ 151. De volgende specialiteit wordt vergoed als ze wordt gebruikt bij de behandeling van patiënten die lijden aan arteriële hypertensie, bevestigd door de behandelende arts.

Daartoe reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende het attest uit waarvan het model is vastgesteld onder « d » van bijlage III bij dit besluit en waarvan de geldigheidsduur tot maximum 12 maanden is beperkt.

De vergoeding van de verdere behandeling kan worden toegestaan voor nieuwe perioden van maximum 12 maanden.

Code	Benaming en verpakkingen	Opmerkingen	Basis van tegemoetkoming		
---	-----	---	----	I	II
Code	Dénomination et conditionnements	Observations	Base de remboursement		
B-13	HYTRIN Abbott 0103-085 compr. 10 x 1 mg 0103-226 compr. 28 x 2 mg 0105-619 compr. 28 x 5 mg 0105-627 compr. 28 x 10 mg 0739-318 * pr. compr. 1 x 1 mg 0739-326 * pr. compr. 1 x 2 mg 0739-334 * pr. compr. 1 x 5 mg 0739-342 * pr. compr. 1 x 10 mg 0739-318 ** pr. compr. 1 x 1 mg 0739-326 ** pr. compr. 1 x 2 mg 0739-334 ** pr. compr. 1 x 5 mg 0739-342 ** pr. compr. 1 x 10 mg		132,- 638,- 1.215,- 1.613,- 9,60 16,64 34,93 52,25 7,90 13,68 28,71 42,93	20 96 182 242	33 159 304 375

3° au chapitre IV-bis, sous 2, 7°-b), remplacer l'inscription de la spécialité reprise ci-après :

3° in hoofdstuk IV-bis, sub 2, 7°-b), de inschrijving van de hierna vermelde specialiteit :

Critérium	Code	Benaming	Eenheden beoogd sub 1-2°
Critère	Code	Dénomination	Unités visées sous 1-2°

A-31

PHLEXY-10 Nutricia

1402-957	- pulv. or. 1 x 20 g	per	
0748-624	* pr. pulv. or. 1 x 20 g		20 pulv. or.
0748-624	** pr. pulv. or. 1 x 20 g	par	

par la suivante :

door de volgende vervangen :

A-31

PHLEXY-10 Nutricia

1429-885	- pulv. or. 1 x 20 g	per	
0748-624	* pr. pulv. or. 1 x 20 g		30 pulv. or.
0748-624	** pr. pulv. or. 1 x 20 g	par	

**Art. 2.** A l'annexe II du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

— à la rubrique I.9, ajouter un point 10 libellé comme suit : « Les anticorps monoclonaux, anticoagulants, antagonistes des récepteurs GP IIb/III a. - Critère B-237 ».

— à la rubrique V.7. :

— compléter le point 1 par les termes « destinée au traitement du diabète insipide d'origine centrale »;

— ajouter un point 3 libellé comme suit : « l'hormone antidiurétique destinée au traitement de l'énurésie nocturne de type I et IV. - Critère B-236 ».

**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.

**Art. 4.** Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 15 février 1999.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,  
Mme M. DE GALAN

**Art. 2.** In bijlage II van hetzelfde besluit, worden volgende wijzigingen aangebracht :

— onder rubriek I.9, een als volgt opgesteld punt 10 toevoegen : « De monoklonale antilichamen, anticoagulantia, GP IIb/IIIa-receptoren-antagonisten. - Criterium B-237 ».

— onder rubriek V.7. :

— aan punt 1 de woorden « bestemd voor de behandeling van de diabetes insipidus van centrale oorsprong » toe te voegen;

— een als volgt opgesteld punt 3 toevoegen : « antidiuretisch hormoon bestemd voor de behandeling van nachtelijk bedwateren van het type I en IV. - Criterium B-236 ».

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

**Art. 4.** Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 15 februari 1999.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,  
Mevr. M. DE GALAN