

Mentions à indiquer sur l'ordonnance

Certains médicaments peuvent être remboursés à condition que le médecin prescripteur indique sur l'ordonnance les mentions adéquates qui signalent au pharmacien que le patient est dans les conditions du remboursement. Dans ce cas, le médecin prescripteur doit tenir à la disposition du médecin-conseil de l'organisme assureur, les éléments prouvant que le patient se trouvait dans la situation susvisée au moment de la prescription.

Catégories	Spécialités	Mentions	Commentaires
VACCINS			
GRIPPE	ALPHA RIX AGGRIPAL INFLEXAL V INFLUVAC S INTANZA VAXIGRIP	"Régime du tiers payant applicable ou TPA"	Avec cette mention, le pharmacien peut appliquer le tiers payant. Situations dans lesquelles le remboursement est accordé: Âge \geq à 50 ans (\geq 60 ans pour l'INTANZA) ou en cas de maladies chroniques (affections cardiaques, pulmonaires, rénales, diabète, hémoglobinopathie ou souffrant d'immunodépression) ou éleveurs professionnels de volailles et/ou de porcs ainsi que pour les membres de leur famille vivant sous le même toit ou travailleurs en contact avec ces animaux ou personnel soignant en contact direct avec les personnes à risque accru de complications ou grossesse après le premier trimestre ou bénéficiaires en institutions ou patients de 6 mois à 18 ans sous thérapie à l'acide acétylsalicylique.
PAPILLOMAVIRUS HUMAIN	CERVARIX GARDASIL	"première dose" ou "deuxième dose" ou "troisième dose". Pour la deuxième et troisième dose, le médecin prescripteur mentionne également la date de la première et, éventuellement, de la deuxième dose.	Avec ces mentions, le pharmacien peut appliquer le tiers payant. Concerne: des filles qui lors de la première administration ont atteint l'âge de 12 ans mais pas encore l'âge de 19 ans. 3 conditionnements maximum par bénéficiaire, remboursables une seule fois dans la vie de la bénéficiaire.
VACCINS (suite)			

ROTAVIRUS	ROTARIX	"1ère dose" ou "2ème dose".	Bénéficiaires âgés de moins de 6 mois. 2 conditionnements maximum par bénéficiaire. Le pharmacien est habilité à appliquer le tiers payant, pour autant qu'il ait contrôlé au moment de la délivrance de la dernière dose, que le bénéficiaire avait moins de 6 mois.
	ROTATEQ	"1ère dose" ou "2ème dose" ou "3ème dose"	Bénéficiaires âgés de moins de 6 mois. 3 conditionnements maximum par bénéficiaire. Le pharmacien est habilité à appliquer le tiers payant, pour autant qu'il ait contrôlé au moment de la délivrance de la dernière dose, que le bénéficiaire avait moins de 6 mois.
DIABETE			
INSULINES	LANTUS HUMALOG MIX NOVOMIX	"TSD" ou "Trajet de soins diabète"	Patient bénéficiant d'un trajet de soins pour le diabète au moment de la prescription. Avec ces mentions, le pharmacien peut appliquer le tiers payant.
	APIDRA HUMALOG HUMALOG MIX LANTUS LEVEMIR NOVOMIX NOVORAPID	"CD" ou "convention diabète"	Patient étant repris dans une convention diabète au moment de la prescription. Avec ces mentions, le pharmacien peut appliquer le tiers payant.
ANALOGUES INCRETINE et INHIBITEURS DPP-4 / associations	BYETTA JANUVIA GALVUS EUCREAS JANUMET ONGLYZA VICTOZA	"TSD" ou "Trajet de soins diabète"	Patient bénéficiant d'un trajet de soins pour le diabète au moment de la prescription. Avec ces mentions, le pharmacien peut appliquer le tiers payant.
GLITAZONE	ACTOS		

DIABETE (suite)

<p>SARTANS / ASSOCIATIONS</p>	<p>APROVEL ATACAND ATACAND PLUS BELSAR BELSAR PLUS CO-DIOVANE COAPROVEL COZAAR COZAAR PLUS COZAAR PLUS FORTE DIOVANE EXFORGE EXFORGE HCT FORZATEN FORZATEN/HCT KINZALKOMB KINZALMONO MICARDIS MICARDIS PLUS OLMETEC OLMETEC PLUS SEVIKAR SEVIKAR/HCT TEVETEN TEVETEN PLUS TWINSTA</p>	<p>"TSD" ou "Trajet de soins diabète" ou "CD" ou "Convention Diabète"</p>	<p>Patient bénéficiant d'un trajet de soins pour le diabète au moment de la prescription ou étant repris dans une convention diabète au moment de la prescription. Avec ces mentions, le pharmacien peut appliquer le tiers payant.</p>
<p>PREGABALINE</p>	<p>LYRICA</p>	<p>"TSD" ou "Trajet de Soins Diabète" ou "CD" ou "Convention diabète"</p>	<p>Patient bénéficiant d'un trajet de soins pour le diabète au moment de la prescription ou étant repris dans une convention diabète au moment de la prescription. Avec ces mentions, le pharmacien peut appliquer le tiers payant.</p>

INSUFFISANCE RENALE

VITAMINE D et dérivés	ALPHA -1 ROCALTROL		Patient bénéficiant d'un trajet de soins pour l'insuffisance rénale chronique au moment de la prescription .Avec ces mentions, le pharmacien peut appliquer le tiers payant.	
SARTANS / ASSOCIATIONS	APROVEL ATACAND ATACAND PLUS BELSAR BELSAR PLUS CO-DIOVANE COAPROVEL COZAAR COZAAR PLUS COZAAR PLUS FORTE DIOVANE EXFORGE EXFORGE HCT FORZATEN FORZATEN/HCT KINZALKOMB KINZALMONO MICARDIS MICARDIS PLUS OLMETEC OLMETEC PLUS SEVIKAR SEVIKAR/HCT TEVETEN TEVETEN PLUS TWINSTA			"TSI" ou "Trajet de Soins Insuffisance rénale chronique"
VACCIN HEPATITE B	ENGERIX B FENDRIX HB VAX PRO			

INSUFFISANCE RENALE (suite)			
CHELATEUR du PHOSPHATE	FOSRENOL RENAGEL RENVELA	"TSI" ou "Trajet de Soins Insuffisance rénale chronique"	Patient bénéficiant d'un trajet de soins pour l'insuffisance rénale chronique au moment de la prescription. Avec ces mentions, le pharmacien peut appliquer le tiers payant.
CINACALCET	MIMPARA		
ZONA OPHTALMIQUE			
ANTIVIRAUX	ACICLOVIR APOTEX 800 ACICLOVIR EG 200 ACICLOVIR EG 800 ACICLOVIR MYLAN 200 ACICLOVIR MYLAN 800 ACICLOVIR SANDOZ 200 ACICLOVIR SANDOZ 800 VALACICLOVIR SANDOZ 500 mg VALACICLOVIR 500 mg APOTEX VALACICLOVIR MYLAN 500 mg ZELITREX 500 mg ZOVIRAX 200 mg ZOVIRAX 800 mg ZOVIRAX suspension	"TPA" "Régime du tiers payant applicable"	<p>La spécialité peut être remboursée si elle est prescrite chez des bénéficiaires pour le traitement du zona ophtalmique.</p> <p>Le remboursement peut être accordé sans que le médecin-conseil doive l'autoriser pour autant que le médecin traitant ait indiqué sur l'ordonnance "tiers payant applicable".</p> <p>Dans ces conditions, le pharmacien est habilité à appliquer le tiers payant.</p>

DERMATITE ATOPIQUE			
IMMUNOMODULATEURS	ELIDEL PROTOPIC	"TPA" "Régime du tiers payant applicable"	Bénéficiaires âgés de 2 ans et plus. Prescrit par un médecin spécialiste en dermato-vénérologie (numéro d'identification INAMI se terminant par 550, 566, 567 ou 569) OU par un médecin spécialiste en pédiatrie (numéro d'identification INAMI se terminant par 689, 690, 694, 695 ou 697), dans ce dernier cas, le bénéficiaire doit avoir moins de 18 ans. Le Protopic 0,03% est le seul remboursé chez les patients âgés de 2 à 15 ans. Le Protopic 0,03% et le Protopic 0,1% sont tous deux remboursables chez les patients âgés de 16 ans et plus.
NEUTROPENIE FEBRILE			
HORMONES STIMULANT LA LEUCOPOIESE	GRANOCYTE NEUPOGEN TEVAGRASTIM ZARZIO	"Régime du tiers payant applicable" (à contre -signer)	La spécialité est remboursée si elle a été utilisée sous le contrôle d'un centre d'oncologie et/ou d'hématologie pour réduire l'incidence de la neutropénie fébrile, ainsi que sa durée, chez des bénéficiaires atteints de certains types de tumeurs (voir site INAMI) et traités pour ces affections par chimiothérapie cytotoxique et qui présentent au cours de ce traitement une neutropénie inférieure à 500/mm ³ accompagnée de fièvre supérieure à 38° C (traitement unique). Lors du traitement d'un premier épisode de neutropénie fébrile, le remboursement de maximum 2 boîtes de 5 flacons ou de seringues pré-remplies délivrées simultanément peut être accordé.