

Verschillijst vergoeding doorgeleverde bereidingen 2018-2019

Zorgverzekeraars bepalen samen welke (doorgeleverde) apotheekbereidingen voldoen aan de wettelijke regels voor vergoeding, en welke niet. Dat is bij alle verzekeraars hetzelfde. Er zijn 3 soorten (doorgeleverde) apotheekbereidingen:

1. Een apotheekbereiding die u vergoed kunt krijgen
2. Een apotheekbereiding die u alleen onder bepaalde voorwaarden vergoed krijgt
3. Een apotheekbereiding die u niet vergoed krijgt

Op 3 kan in bijzondere gevallen een uitzondering worden gemaakt. U stuurt ons daarvoor een gemotiveerde aanvraag van uw arts. Wij beoordelen op basis van de aanvraag of er een uitzondering gemaakt wordt.

Wijzigingen per 1 januari 2019

Hieronder is een overzicht te vinden van apotheekbereidingen waarvan de vergoeding per 1 januari 2019 zal wijzigen. Staat uw medicijn niet in dit overzicht? Dan is de vergoeding in 2019 gelijk aan de vergoeding in 2018.

Toelichting

Rood = bereiding wordt niet vergoed;

Uw arts kan een schriftelijke motivatie opsturen waarop hij aangeeft waarom u juist dit middel moet gebruiken.

Wij beoordelen deze informatie en kunnen in uitzonderingsgevallen besluiten dat u de bereiding toch vergoed krijgt.

Blauw = bereiding wordt alleen vergoed onder genoemde aanvullende voorwaarde

Naam medicijn	Vergoeding 2018	Vergoeding vanaf 1-1-2019	Aanvullende voorwaarde per 1-1-2019
OXYBUTYNINE HCL BLSP 0,1MG/ML UROT 50ML	Nee	Ja	Uitsluitend voor patiënten met de indicatie neurogeen blaaslijden en/of idiopathische overactieve blaas waarvoor intermitterende katheterisatie noodzakelijk is en bewezen niet uitgekomen kan worden met orale therapie.
OXYBUTYNINE HCL BLSP 0,2MG/ML UROT 50ML	Nee	Ja	Uitsluitend voor patiënten met de indicatie neurogeen blaaslijden en/of idiopathische overactieve blaas waarvoor intermitterende katheterisatie noodzakelijk is en bewezen niet uitgekomen kan worden met orale therapie.

Naam medicijn	Vergoeding 2018	Vergoeding vanaf 1-1-2019	Aanvullende voorwaarde per 1-1-2019
FOLIUMZUUR DRANK 100MCG/ML	Nee	Ja	Uitsluitend voor neonaten met een rhesus hemolytische ziekte gedurende 3 maanden.
DANTROLEEN SUSPENSIE 5MG/ML	Nee	Ja	Uitsluitend voor kinderen < 12 jaar.
AMICE TABLET FILMOMHULD 400MG	Nee	Ja	Uitsluitend voor patiënten die bewezen niet uitkomen met een typisch/klassiek antipsychoticum, een atypisch/modern antipsychoticum en óók niet met clozapine.
AMICE TABLET FILMOMHULD 100MG	Nee	Ja	Uitsluitend voor patiënten die bewezen niet uitkomen met een typisch/klassiek antipsychoticum, een atypisch/modern antipsychoticum en óók niet met clozapine.
TRIAMCINOLONACET 0,05% VASELINE/PARAFFINE ZALF	Nee	Ja	Uitsluitend indien de patiënt een leeftijd heeft van < 7 jaar
DEXAMETHASON OOGDR 0,1% ONGECONSERV FLAC 10ML	Ja	Nee	
EDETAAT OOGDRUPPELS 2% FLACON 5ML	Ja	Nee	
CICLOSPORINE OOGDR 0,05% ONGECONSERV FLAC 10ML	Ja	Nee	
CEFUROXIM INJVLST 10MG/ML FL 2,5ML	Ja	Nee	