



Bruxelles, le 15 septembre 2025

A L'ATTENTION DES MEDECINS ET DES PHARMACIENS D'OFFICINES OUVERTES AU PUBLIC

Médicaments antidiabétiques : Un remboursement consolidé pour Ozempic et les autres analogues du GLP-1

Madame, Monsieur,

Nous consoliderons les conditions de remboursement de certains médicaments utilisés pour traiter un diabète de type 2 à partir de ce 1^{er} octobre 2025.

Une période de transition de 4 mois garantira la continuité du traitement remboursé pour les personnes diabétiques.

À partir du 1^{er} février 2026, une autorisation préalable du médecin-conseil de la mutualité sera indispensable pour obtenir le remboursement de Ozempic®, Rybelsus®, Mounjaro®, Trulicity®, Victoza® et Xultophy® même pour un patient en Trajet de soins.

Ce changement ne limitera en rien l'accès au remboursement de ces médicaments pour les personnes diabétiques.

Au contraire : il contribuera à lutter contre le détournement important de leur remboursement en dehors de l'indication d'un diabète, qui a fortement impacté le budget de l'assurance soins de santé. Force est de constater que la solution avancée en mai n'était pas optimale et qu'une vérification a priori par la mutualité s'avère indispensable si l'on veut pouvoir continuer à rembourser ces médicaments pour les personnes diabétiques.

Quelle démarche d'ici février 2026 ?

Ce changement ne concerne que les spécialités remboursables de la classe de médicaments des « analogues du GLP-1 » (incrétinomimétiques). Très concrètement : Ozempic®, Rybelsus®, Trulicity®, Victoza® et Xultophy® (Mounjaro étant déjà remboursé sur base d'une autorisation préalable de la mutualité).

Un **patient traité avec un de ces médicaments dans le cadre de son Trajet de soins Diabète**, et qui ne dispose pas encore d'une autorisation de remboursement du médecin conseil de la mutualité, pourra **consulter son médecin à partir de ce 1^{er} octobre 2025** pour qu'il demande cette autorisation préalable à la mutualité.

Bien sûr, nous avons prévu une **période transitoire de 4 mois** pour permettre à tous les patients concernés de prendre rendez-vous chez leur médecin (généraliste ou spécialiste) et d'obtenir leur autorisation préalable avant le **1^{er} février 2026**.

À partir du 1^{er} février 2026, il ne sera plus possible d'obtenir le remboursement de ces médicaments sans autorisation préalable du médecin-conseil de la mutualité.

Suivi médical, procédure claire, remboursement intégral

Cela veut dire qu'à partir du 1^{er} février 2026, une prescription médicale pour un médicament analogue du GLP-1 ne suffira plus pour être remboursé, même si la prescription porte la mention « trajet de soins diabète » et même si la personne est effectivement dans un Trajet de soins Diabète.

- **Jusqu'au 31 janvier 2026**, le patient sera remboursé pour son analogue du GLP-1 :
 - Soit s'il a une prescription de son médecin portant la mention « Trajet de soins Diabète » ET que le pharmacien a pu vérifier ce Trajet de soins dans la base de données MyCarenet-MemberData.
 - Soit s'il a une prescription de son médecin (avec ou sans mention du Trajet de soin) ET une autorisation de remboursement de sa mutualité. Dans ce cas, pour pouvoir délivrer en tiers payant, le pharmacien ne doit plus vérifier l'existence d'un Trajet de soins Diabète dans MyCarenet-MemberData. Il doit vérifier l'autorisation du médecin-conseil dans MyCareNet-Chapitre IV.
- **À partir du 1^{er} février 2026**, le patient sera remboursé s'il a une prescription de son médecin ET une autorisation de remboursement de la mutualité (vérifiée par le pharmacien).

Cette mesure ne devrait impacter ni les professionnels de santé ni les patients dans un Trajet de soins Diabète, qui sont déjà amenés à consulter régulièrement leur médecin. Ils bénéficient désormais d'une procédure de remboursement claire : **suivi médical régulier, autorisation de remboursement de 12 mois et remboursement intégral de l'INAMI**, sans devoir passer par des démarches excessives grâce au circuit électronique :

- L'application CIVARS permet à un médecin de demander une autorisation préalable de façon électronique à la mutualité de son patient, et permet à la mutualité de délivrer cette autorisation bien plus rapidement.
- MyCareNet permet au pharmacien de visualiser en temps réel les autorisations d'un patient.

Et pour les autres antidiabétiques ?

À partir du 1^{er} février 2026, les médicaments antidiabétiques de la classe « analogues du GLP-1 » seront donc retirés du § 5480000. Pour les autres spécialités pharmaceutiques qui resteront inscrites au § 5480000 au-delà du 1^{er} février 2026, rien ne change :

- Les médecins continueront de vérifier si leurs patients répondent aux conditions de remboursement et indiquent la mention « trajet de soin diabète » ou « TSD » sur leur prescription.
- Les pharmaciens continueront à les délivrer en tiers payant sur base d'une prescription médicale mentionnant un Trajet de soins diabète ET après vérification de l'existence de ce Trajet de soin dans MyCarenet-MemberData.

Un nombre limité de conditionnements remboursés

Il est nécessaire que les pharmaciens continuent de veiller au respect du nombre de conditionnements remboursables. Depuis le 1^{er} mai 2025, ce nombre est limité :

- Les autorisations de remboursement délivrées par le médecin-conseil de la mutualité avant le 1^{er} mai 2025 restent valables jusqu'à la fin de leur période de validité.
- Toute autorisation délivrée par le médecin-conseil depuis le 1^{er} mai 2025 est concernée par ce nombre limité de conditionnements remboursables sur base de la posologie maximale. Par exemple, pour Ozempic®, la posologie est de 1mg/semaine maximum sur une période de 12 mois.

Une réponse ciblée à une dérive spécifique

Cette mesure vise à préserver la **soutenabilité de notre système de remboursement en faveur des personnes nécessitant d'être soignées**, entre autres en veillant à une disponibilité suffisante et à l'accessibilité financière des traitements pour les personnes souffrant de diabète. Il s'agit d'une réponse ciblée à des dérives qui ont fortement impacté le budget de l'assurance soins de santé ces dernières années, en détournant le remboursement de ces médicaments alors utilisés comme coupe-faim pour des personnes qui ne sont pas diabétiques.

Pour cette même raison, nous avons déjà adapté les conditions de remboursement le 1^{er} mai dernier pour les médicaments à base de sémaglutide et demandé une vigilance accrue de la part des médecins prescripteurs et des pharmaciens. Malheureusement, ceci n'a pas apporté une réponse optimale au problème. À partir du 1^{er} février 2026, une autorisation préalable du médecin-conseil de la mutualité sera donc nécessaire pour obtenir le remboursement d'un médicament de la classe des analogues du GLP-1 (à base de sémaglutide ou autre).

Le remboursement de Mounjaro® depuis ce 1^{er} juillet 2025 va lui aussi dans le sens d'une meilleure disponibilité et accessibilité des médicaments antidiabétiques. **Les conditions de remboursement seront désormais harmonisées pour toutes les spécialités de cette classe de médicaments.**

Diabète : Bien d'autres soins remboursés, en fonction des besoins de chaque patient

En Belgique, nous avons accès à plusieurs types de prises en charge du diabète intégralement remboursées qui vont bien au-delà des médicaments, avec des soins adaptés au type de diabète, au stade de la maladie et aux spécificités de chaque patient :

- Trajet de démarrage Diabète de type 2 pour les personnes atteintes de diabète à un stade débutant
- Trajet de soin Diabète de type 2 pour les personnes diabétiques à un stade plus avancé de la maladie
- Programmes d'accompagnement dans un centre du diabète spécialisé pour les personnes atteintes de diabète sévère.

Bien à vous,

La direction politique pharmaceutique



INAMI – RIZIV
Service Soins de Santé