Office de tarification de l'UPHOC

www.uphoc.com

Modifications des modalités de remboursement au 1er octobre 2018

Les spécialités suivantes sont remboursables en chapitre I à partir du 1er octobre 2018 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
A-27	2909372	ARIMIDEX IMPEXECO COMP 84 X 1 MG PIP (*)	R	77,85	77,85	0,00	0,00
B-21	3718467	LIPERCOSYL 10 mg/10 mg 30 CAPS	R	21,65	21,65	5,90	3,54
B-21	3718475	LIPERCOSYL 10 mg/10 mg 90 CAPS	R	50,03	50,03	12,86	7,64
B-21	3718400	LIPERCOSYL 10 mg/5 mg 30 CAPS	R	17,46	17,46	4,46	2,67
B-21	3718418	LIPERCOSYL 10 mg/5 mg 90 CAPS	R	33,46	33,46	8,92	5,30
B-21	3718483	LIPERCOSYL 20 mg/10 mg 30 CAPS	R	23,34	23,34	6,51	3,87
B-21	3718491	LIPERCOSYL 20 mg/10 mg 90 CAPS	R	59,21	59,21	14,80	8,94
B-21	3718426	LIPERCOSYL 20 mg/5 mg 30 CAPS	R	19,39	19,39	5,12	3,07
B-21	3718434	LIPERCOSYL 20 mg/5 mg 90 CAPS	R	42,64	42,64	11,10	6,60
B-21	3718509	LIPERCOSYL 40 mg/10 mg 30 CAPS	R	23,01	23,01	6,43	3,83
B-21	3718517	LIPERCOSYL 40 mg/10 mg 90 CAPS	R	59,21	59,21	14,80	8,94
B-21	3718442	LIPERCOSYL 40 mg/5 mg 30 CAPS	R	19,01	19,01	4,99	2,99
B-21	3718459	LIPERCOSYL 40 mg/5 mg 90 CAPS	R	42,64	42,64	11,10	6,60
B-220	3784394	PALIPERIDONE TEVA 3 mg 28 TABS PROL	G	51,02	51,02	11,90	7,78
B-220	3784386	PALIPERIDONE TEVA 3 mg 56 TABS PROL	G	94,73	94,73	11,90	7,90
B-220	3784352	PALIPERIDONE TEVA 6 mg 28 TABS PROL	G	54,64	54,64	11,90	7,90
B-220	3784345	PALIPERIDONE TEVA 6 mg 56 TABS PROL	G	101,70	101,70	11,90	7,90
B-220	3784329	PALIPERIDONE TEVA 6 mg 112 TABS PROL	G	157,27	157,27	14,80	9,80
B-220	3784311	PALIPERIDONE TEVA 9 mg 28 TABS PROL	G	54,64	54,64	11,90	7,90
B-220	3784303	PALIPERIDONE TEVA 9 mg 56 TABS PROL	G	101,70	101,70	11,90	7,90
B-220	3784295	PALIPERIDONE TEVA 9 mg 112 TABS PROL	G	157,27	157,27	14,80	9,80
B-220	3562212	QUETIAPINE RETARD TEVA 50 mg100 COMP PROL	G	55,85	55,85	14,25	8,46

(*) : Déremboursement au chapitre IV

Les spécialités suivantes sont remboursables moyennant autorisation du médecin conseil de **type e** (code 'E' au Tarif) à partir du 1er octobre 2018 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
B-255	3786548	AMGEVITA 40 mg 2 SER PREREMPL+DISPOS PROTECTION		932,47	932,47	11,90	7,90
B-255	3786688	AMGEVITA 40 mg 6 SER PREREMPL+DISPOS PROTECTION		2779,22	2779,22	11,90	7,90
B-255	3786324	AMGEVITA 40 mg 2 PEN PREREMPL 0,8 ml SOL		932,47	932,47	11,90	7,90
B-255	3786308	AMGEVITA 40 mg 6 PEN PREREMPL 0,8 ml SOL		2779,22	2779,22	11,90	7,90
B-255	3739406	IMRALDI 40 mg 2 SER PREREMPL 0,8 ml SOL		932,47	932,47	11,90	7,90
B-255	3739398	IMRALDI 40 mg 6 SER PREREMPL 0,8 ml SOL		2779,22	2779,22	11,90	7,90
B-255	3748811	IMRALDI 40 mg 2 PEN PREREMPL 0,8 ml SOL		932,47	932,47	11,90	7,90
B-255	3748803	IMRALDI 40 mg 6 PEN PREREMPL 0,8 ml SOL		2779,22	2779,22	11,90	7,90
B-255	3786316	AMGEVITA 20 mg 1 SER PREREMPL+DISPOS PROTECTION		239,93	239,93	11,90	7,90
B-305	3510021	TALTZ 80MG SOL INJ STYLO PRE REMPLI 1 X 1ML		1042,19	1042,19	11,90	7,90
B-305	3510013	TALTZ 80MG SOL INJ SERINGUE PREREMPLI 1 X 1ML		1042,19	1042,19	11,90	7,90

UPHOC : Avenue des Nouvelles Technologies, 59 B-7080 Frameries - Tél. : +32 (0)65/61.19.40 – Fax : +32(0)65/31.33.45 – E-mail : uphoc@uphoc.be

Office de tarification de l'UPHOC

www.uphoc.com

Le contraceptif suivant est remboursable pour les jeunes à partir du 1er octobre 2018 :

CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
3734878	OEDIEN 2MG/0,03MG FILMOMH TABL 13 X 28		50,21	50,21	11,21	11,21

Les spécialités suivantes sont supprimées du remboursement à partir du 1er octobre 2018

Crit	CNK	Dénomination
A-20	3605029	EMTRICITABIN TENOFOV.DISOPROX.SANDOZ 200/245MG 30
B-345	3605029	EMTRICITABIN TENOFOV.DISOPROX.SANDOZ 200/245MG 30
B-111	0098764	ZINACEF PERF MONOVIAL 1FLX1500MG

Info source APB 24/09/2018

UPHOC : Avenue des Nouvelles Technologies, 59 B-7080 Frameries - Tél. : +32 (0)65/61.19.40 – Fax : +32(0)65/31.33.45 – E-mail : uphoc@uphoc.be