

**Modifications des modalités de remboursement
applicables au 1^{er} décembre 2018**

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre I à partir du 1^{er} décembre 2018

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
A-27	1217488	ARIMIDEX TABL 28	R	31,28	31,28	0,00	0,00
A-27	1479167	ARIMIDEX 1 MG X 84 TABL	R	77,85	77,85	0,00	0,00
B-60	3426178	CATAFLAM 50 MG (PI-PHARMA) 30 TABL	R	10,09	8,10	3,22	2,73
B-224	2899326	CO VALSARTAN MYLAN 80 MG/12,5 MG X TABL 28	G	12,13	12,13	2,62	1,57
B-224	2899318	CO VALSARTAN MYLAN 80 MG/12,5 MG X TABL 98	G	27,31	27,31	7,45	4,43
B-268	2042042	EZETROL TABL 98 X 10 MG	R	43,33	43,33	11,27	6,70
B-168	3872587	LATANOPROST NORIDEM 50 µG/ML 1 CONTAINER	G	9,89	9,89	1,85	1,11
B-168	3872595	LATANOPROST NORIDEM 50 µG/ML 3 CONTAINERS	G	18,39	18,39	4,78	2,87
C-29	3677879	ZALDIAR 37,5 MG/325 MG X 100TABL	R	16,09	16,09	7,97	7,97

Les spécialités suivantes sont remboursables dans le cadre du contrôle à posteriori (chapitre II , code ' T ' au Tarif des spécialités) à partir du 1^{er} décembre 2018:

Crit	CNK	Dénomination		PP	TB	Actif	VIPO
B-99	3816550	BUDESONIDE EG 0,25 MG/ML 20 AMP 2 ML NEB	G	22,04	22,04	6,05	3,63
B-99	3816543	BUDESONIDE EG 0,25 MG/ML 60 AMP 2 ML NEB	G	48,62	48,62	11,90	7,44
B-99	3814670	BUDESONIDE EG 0,50 MG/ML 20 AMP 2 ML NEB	G	33,33	33,33	8,89	5,28
B-99	3814662	BUDESONIDE EG 0,50 MG/ML 60 AMP 2 ML NEB	G	82,12	82,12	11,90	7,90

Les spécialités suivantes sont remboursable moyennant autorisation du médecin conseil de durée limitée – **type b** (code '?' au Tarif) à partir du 1^{er} décembre 2018:

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
A-20	3805603	PADVIRAM 600 mg/ 200 mg/ 245 mg 30 TABL	G	231,74	231,74	0,00	0,00
A-50	3772886	ADYNOVI 1000 IU/ 2ML 1 FL INJECT 2 ML + SOLV		982,47	982,47	0,00	0,00
A-50	3772894	ADYNOVI 2000 IU/ 2ML 1 FL INJECT 2 ML + SOLV		1827,36	1827,36	0,00	0,00
A-50	3772860	ADYNOVI 250 IU/ 2ML 1 FL INJECT 2 ML + SOLV		257,00	257,00	0,00	0,00
A-50	3772878	ADYNOVI 500 IU/ 2ML 1 FL INJECT 2 ML + SOLV		498,83	498,83	0,00	0,00
B-120	3018595	TARGAXAN 550MG FILMOMH.TABL 56		331,60	331,60	11,90	7,90



Office de tarification de l'UPHOC

www.uphoc.com

Les spécialités suivantes sont remboursables moyennant autorisation du médecin conseil de durée illimitée – **type d** (code '?' au Tarif) à partir du 1^{er} décembre 2018:

Crit	CNK	Dénomination	PP	BR	Act	VIPO
A-27	3872603	ZOLADEX LONG ACTING 10,8 mg (PI-PHARMA) 1 CYLINDRE	332,00	332,00	0,00	0,00

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

Crit	CNK	Dénomination	PP	BR	Act	VIPO
B-349	3780467	SKILARENCE COMP GASTRR 90 X 120MG	228,98	228,98	14,80	9,80
B-349	3780459	SKILARENCE COMP GASTRR 42 X 30MG	111,71	111,71	11,90	7,90

Les contraceptifs suivants sont remboursables pour les jeunes à partir du 1^{er} décembre 2018 :

CNK	Dénomination	PP	BR	Actif	Vipo
3788304	LUMIVELA CONTINU 20 3 x 28	8,87	8,87	0,00	0,00
3788312	LUMIVELA CONTINU 20 6 x 28	15,06	15,06	0,00	0,00
3787769	LUMIVELA CONTINU 30 3 x 28	8,87	8,87	0,00	0,00
3787751	LUMIVELA CONTINU 30 6 x 28	14,10	14,10	0,00	0,00
3687431	YASMINELLE 3 x 21 (IMPEXECO)	32,70	32,70	23,70	23,70
3687407	YASMINELLE 6 x 21 (IMPEXECO)	55,19	55,19	37,19	37,19
3687449	YASMINELLE 13 x 21 (IMPEXECO)	107,70	107,70	68,70	68,70

Les spécialités suivantes sont supprimées du remboursement à partir du 1^{er} décembre 2018 :

Crit	CNK	Dénomination
B-15	1434489	ACEBUTOLOL TEVA COMP 100 X 400 MG
A-107	1217488	ARIMIDEX TABL 28
A-107	1749167	ARIMIDEX TABL 84
B-60	3016581	DICLOFENAC TEVA 75 MG/3ML SOL INJ AMP 6X3ML
C-31	3087038	ESOMEPRAZOLE 20MG ACTAVIS TABL GASTRO RESIST 28
B-48	3111408	ESOMEPRAZOLE 20MG ACTAVIS TABL GASTRO RESIST 100
B-48	3094836	ESOMEPRAZOLE 40MG ACTAVIS TABL GASTRO RESIST 28
A-24	1360429	FLUROBLASTINE FL IV PER 1X1G/20ML
B-254	2926855	GALANTAMINE RETARD MYLAN 8 MG CAPS RETARD 28
CS-10	3561727	INFLUVAC S SER INJ 1 X 0,5 ML 2017
B-73	3045747	MIRTAZAPINE ACTAVIS 15 MG COMP 30 X 15 MG
B-240	3012184	MOXONIDINE MYLAN 0,4 MG COMP 98 X 0,4 MG
B-72	3055993	OLANZAPINE 5,0 MG ACTAVIS COMP 28
B-73	3046877	PAROXETINE 20 MG ACTAVIS COMP 28 X 20 MG
A-45	3078185	PRAVASTATINE 20 MG ACTAVIS COMP 28 X 20 MG
B-41	3078185	PRAVASTATINE 20 MG ACTAVIS COMP 28 X 20 MG
A-29	2867869	TACNI TEVA CAPS 50 X 5 MG

Crit	CNK	Dénomination
B-73	1714849	TRAZODONE MYLAN 100 MG TABL 30 X 100 MG
B-73	1714856	TRAZODONE MYLAN 100 MG TABL 90 X 100 MG
B-73	3353695	TRAZODONE MYLAN 100 MG TABL 120 X 100 MG

Le prix des spécialités suivantes baisse à partir du 1^{er} décembre 2018 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
B-224	2926814	VALSARTAN MYLAN TABL 28 X 160 MG	G	14,03	14,03	3,28	1,97
B-224	2926798	VALSARTAN MYLAN TABL 28 X 80 MG	G	12,59	12,59	2,78	1,67
B-134	2339646	ITRACONAZOLE MYLAN CAPS 4 X 100 MG	G	7,64	7,64	1,07	0,64
B-134	2339679	ITRACONAZOLE MYLAN CAPS 15 X 100 MG	G	15,37	15,37	3,73	2,24

Le prix de la spécialité suivante augmente à partir du 1^{er} décembre 2018 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
B-201	2765444	RABIPUR PDR+SOLV PR SOL PR INJ. SER PREREMPLI 1X1D		55,90	55,90	11,90	7,90

Le texte des paragraphes (par.) de remboursement 367000 et 641000 sera modifié le 1^{er} décembre 2018. Les autorisations du médecin conseil à validité illimitée - **type d** (code '?' dans le tarif) seront remplacées par des autorisations du médecin conseil à validité limitée - **type b** (code '?' dans le tarif).

A titre transitoire, les autorisations de **type d** et qui ont été délivrées avant le 1^{er} décembre 2018 pour les spécialités inscrites dans ces par. peuvent conserver leur validité dans leur catégorie de remboursement jusqu'au 30 novembre 2019. Il s'agit des spécialités suivantes :

Crit	CNK	Benaming		PP	BR	Actif	VIPO
A-16	2316438	COLISTINEB 2.000.000 I.U. FL PULV PR INHAL 10 (*)		105,79	105,79	0,00	0,00
A-16	3002185	COLOBREATHE 1 662 500 UI POUVRE PR INHAL GEL 4X14 (**)		1343,47	1343,47	0,00	0,00

(*): Inscrit dans le par. 367000

(**): Inscrit dans le par. 641000

Source: info APB 22/11/2018