

Modifications des modalités de remboursement applicables au 1^{er} janvier 2019

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre I à partir du 1er janvier 2019 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	Vipo
C-37	3811361	CEFUROXIME KRKA 250 MG 10 COMP	G	7,71	7,71	2,18	2,18
C-37	3811353	CEFUROXIME KRKA 500 MG 10 COMP	G	10,79	10,79	4,30	4,30
B-160	3748795	NEOTIGASON 10 MG (IMPEXECO) 30 GEL		27,28	27,28	7,43	4,42
B-160	3739000	NEOTIGASON 25 MG (IMPEXECO) 30 GÉL		48,06	48,06	12,10	7,34
B-220	3892015	QUETIAPINE KRKA 400 MG 100 COMP PROL	G	144,91	144,91	15,00	9,90
B-72	3892031	ZALASTA 10 MG 28 COMP	G	28,65	28,65	7,75	4,61
B-72	3892056	ZALASTA 10 MG 28 COMP ORODISPERSIBLES	G	28,65	28,65	7,75	4,61
B-72	3892023	ZALASTA 5 MG 28 COMP	G	20,55	20,55	5,50	3,30
B-72	3892049	ZALASTA 5 MG 28 COMP ORODISPERSIBLES	G	20,55	20,55	5,50	3,30

Les spécialités suivantes sont remboursables moyennant une attestation du médecin conseil de **type e** (code ' E' au Tarif des spécialités) à partir du 1^{er} janvier 2019 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	Vipo
A-20	3832490	DARUNAVIR SANDOZ 600 MG 60 COMP FILM	G	292,26	292,26	0,00	0,00
B-248	3790268	HULIO 40MG 2 STYLO PREREMPL0,8 ML SOL		645,74	645,74	12,10	8,00
B-248	3790276	HULIO 40MG 6 STYLO PREREMPL0,8 ML SOL		1918,72	1918,72	12,10	8,00
B-248	3790243	HULIO 40MG 2 SER PREREMPL0,8 ML SOL		645,74	645,74	12,10	8,00
B-248	3790250	HULIO 40MG 6 SER PREREMPL0,8 ML SOL		1918,72	1918,72	12,10	8,00
B-248	3757234	HYRIMOZ 40 MG 2 STYLO PREREMPL0,8 ML SOL		645,74	645,74	12,10	8,00
B-248	3757242	HYRIMOZ 40 MG 6 STYLO PREREMPL0,8 ML SOL		1918,72	1918,72	12,10	8,00
B-248	3757226	HYRIMOZ 40 MG 2 SER PREREMPL 0,8 ML SOL		645,74	645,74	12,10	8,00
B-255	3790268	HULIO 40MG 2 STYLO PREREMPL0,8 ML SOL		645,74	645,74	12,10	8,00
B-255	3790276	HULIO 40MG 6 STYLO PREREMPL0,8 ML SOL		1918,72	1918,72	12,10	8,00
B-255	3790243	HULIO 40MG 2 SER PREREMPL0,8 ML SOL		645,74	645,74	12,10	8,00
B-255	3790250	HULIO 40MG 6 SER PREREMPL 0,8 ML SOL		1918,72	1918,72	12,10	8,00
B-255	3757234	HYRIMOZ 40 MG 2 STYLO PREREMPL0,8 ML SOL		645,74	645,74	12,10	8,00
B-255	3757242	HYRIMOZ 40 MG 6 STYLO PREREMPL0,8 ML SOL		1918,72	1918,72	12,10	8,00
B-255	3757226	HYRIMOZ 40 MG 2 SER PREREMPL 0,8 ML SOL		645,74	645,74	12,10	8,00
B-255	3790235	HULIO 40MG/0,8ML 2 FL INJECT SOL		645,74	645,74	12,10	8,00
B-255	3892007	XELJANZ 5 MG 56 FILM TAB 5 MG		1046,30	1046,30	12,10	8,00
B-281	3790268	HULIO 40MG 2 STYLO PREREMPL0,8 ML SOL		645,74	645,74	12,10	8,00
B-281	3790276	HULIO 40MG 6 STYLO PREREMPL0,8 ML SOL		1918,72	1918,72	12,10	8,00

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	Vipo
B-281	3790243	HULIO 40MG 2 SER PREREMPL0,8 ML SOL		645,74	645,74	12,10	8,00
B-281	3790250	HULIO 40MG 6 SER PREREMPL 0,8 ML SOL		1918,72	1918,72	12,10	8,00
B-281	3757234	HYRIMOZ 40 MG 2 STYLO PREREMPL0,8 ML SOL		645,74	645,74	12,10	8,00
B-281	3757242	HYRIMOZ 40 MG 6 STYLO PREREMPL0,8 ML SOL		1918,72	1918,72	12,10	8,00
B-281	3757226	HYRIMOZ 40 MG 2 SER PREREMPL 0,8 ML SOL		645,74	645,74	12,10	8,00

Les spécialités suivantes sont remboursables moyennant une attestation du médecin conseil **à durée limitée- type b** (code '?' au Tarif des spécialités) à partir du 1^{er} janvier 2019:

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	Vipo
A-20	3832763	DARUNAVIR SANDOZ 800 MG 30 COMP FILM	G	185,16	185,16	0,00	0,00
A-20	3774676	BIKTARVY 200 MG/25 MG/50 MG 30 COMP FILM		907,70	907,70	0,00	0,00
A-20	3776408	JULUCA 50/25 MG 30 COMP FILM		874,29	874,29	0,00	0,00

Les spécialités suivantes sont remboursables moyennant une attestation du médecin conseil **à durée illimitée- type d** (code '?' au Tarif des spécialités) à partir du 1^{er} janvier 2019:

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	Vipo
A-89	3623899	EZETIMIBE SIMVASTATINE EG 10MG/20MG COMP 100	G	50,60	50,60	0,00	0,00
A-89	3623907	EZETIMIBE SIMVASTATINE EG 10MG/40MG COMP 100	G	50,51	50,51	0,00	0,00
A-89	3624152	EZETIMIBE SIMVASTATINE EG 10MG/80MG COMP 100	G	61,63	61,63	0,00	0,00
B-289	3623899	EZETIMIBE SIMVASTATINE EG 10MG/20MG COMP 100	G	50,60	50,60	12,96	7,70
B-289	3623907	EZETIMIBE SIMVASTATINE EG 10MG/40MG COMP 100	G	50,51	50,51	12,94	7,69
B-289	3624152	EZETIMIBE SIMVASTATINE EG 10MG/80MG COMP 100	G	61,63	61,63	15,00	9,25

Le contraceptif suivant est remboursable pour les jeunes à partir du 1er janvier 2019 :

CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	Vipo
3786159	CUPRALUNA OMEGA CU375 DIU		45,90	45,90	0,00	0,00



Office de tarification de l'UPHOC

www.uphoc.com

Les contraceptifs suivants sont supprimés du remboursement pour les jeunes à partir du 1er janvier 2019 :

CNK	Dénomination
1690254	NUVARING ANNEAU VAGINAL SACHET 1X1
1690247	NUVARING ANNEAU VAGINAL SACHET 3X1

Les spécialités suivantes sont supprimées du remboursement à partir du 1er janvier 2019 :

Crit	CNK	Dénomination
B-20	0685545	BAYPRESS MITIS COMP 28 X 10 MG
C-37	0107342	CLAMOXYL SIR 1 X 80 ML 125MG/5ML
C-37	0107359	CLAMOXYL SIR 1 X 80 ML 250MG/5ML
B-168	2981777	COSOPT 20MG/ML PI PHARMA GUTT PIPET PIP 3X5ML
A-24	0615229	FLUROBLASTINE FL IV PER 500MG/10ML
C-37	1690056	KETEK 400MG TABL 10 X 400 MG
C-37	1690064	KETEK 400MG TABL 20 X 400 MG
B-157	0055327	LOCOID UNG 30G 0,1%
B-220	2548063	RISPERIDON SANDOZ ORO DISPER TABL 98 X 1 MG
B-6	1304278	SULAR TABL 56 X 20 MG
B-6	1383694	SYSCOR 10 COMP 28 X 10 MG
B-114	0855072	TIENAM FL PERF IV 500MG-500MG/120ML
C-29	3477791	TRAMADOL PARACETAMOL KRKA 37,5MG/325MG COMP 20
B-39	2200343	CIPROFIBRATE MYLAN CAPS 30 X 100 MG
A-16	0855072	TIENAM FL PERF IV 500MG-500MG/120ML
A-97	3073467	BYDUREON 2MG PULV SOLV SUSP INJ PROL 1X(4X1) UD
A-97	3198207	EPERZAN 30 MG PDR+SOLV SOL INJ STYLO INJECTEUR 4
A-97	3198215	EPERZAN 50 MG PDR+SOLV SOL INJ STYLO INJECTEUR 4
A-60	4000618	OXYGENE GAZEUX MESSER 1,0M3-99,5%
A-60	4000618	OXYGENE GAZEUX MESSER 1,0M3-99,5%
A-60	4000618	OXYGENE GAZEUX MESSER 1,0M3-99,5%
B-27	3678687	EPLERENONE MYLAN 50MG COMP PELL 30 X 50MG
B-246	1484484	REBETOL HARDE CAPS 168X200MG
A-20	1790823	FUZEON ROCHE FL S.C. 60X90 MG/ML + SOLV

Source: info APB 21-12-2018