

**Modifications des modalités de remboursement entrant en vigueur  
le 1<sup>er</sup> août 2021**

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre I, à partir du 1er août 2021 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
B-245	4250304	AIRFLUSAL FORSPIRO 50 µG/250 µG 180 DOS PD INHAL	G	59,90	59,90	15,00	8,95
B-245	4250312	AIRFLUSAL FORSPIRO 50 µG/500 µG 180 DOS PD INHAL	G	78,67	78,67	15,00	9,90
C-37	4364279	AMOXICILLIN AB 500 MG 16 COMPRIMÉS PELLICULÉS, 500 MG	G	6,77	6,77	1,38	1,38
A-27	3363272	AROMASIN PI PHARMA 25MG FILMOMH TABL 30X25MG PIP	R	39,86	39,86	0,00	0,00
A-27	3057411	AROMASIN PI PHARMA 25MG FILMOMH TABL 100X25MG PIP	R	94,37	94,37	0,00	0,00
B-245	4283826	AUROCOMBO 50 µG/100 µG 120 DOSES POUDRE POUR INHALATION, 50 µG/DOSE/ 100 µG/DOSE	G	30,80	30,80	8,21	4,88
B-245	4283818	AUROCOMBO 50 µG/100 µG 180 DOSES POUDRE POUR INHALATION, 50 µG/DOSE/ 100 µG/DOSE	G	38,86	38,86	10,11	6,01
B-245	4283784	AUROCOMBO 50 µG/250 µG 120 DOSES POUDRE POUR INHALATION, 50 µG/DOSE/ 250 µG/DOSE	G	38,58	38,58	10,05	5,97
B-245	4283776	AUROCOMBO 50 µG/250 µG 180 DOSES POUDRE POUR INHALATION, 50 µG/DOSE/ 250 µG/DOSE	G	49,25	49,25	12,56	7,46
B-245	4283743	AUROCOMBO 50 µG/500 µG 120 DOSES POUDRE POUR INHALATION, 50 µG/DOSE/ 500 µG/DOSE	G	49,94	49,94	12,73	7,56
B-245	4283750	AUROCOMBO 50 µG/500 µG 180 DOSES POUDRE POUR INHALATION, 50 µG/DOSE/ 500 µG/DOSE	G	64,38	64,38	15,00	9,58
B-68	1127299	COLCHICINE OPOCALCIUM COMP 20X1MG		8,90	8,90	1,46	0,88
B-73	4391801	FLUOXETINE AB 20 MG 28 GÉLULES, 20 MG	G	8,75	8,75	1,41	0,84
B-73	4391819	FLUOXETINE AB 20 MG 30 GÉLULES, 20 MG	G	9,04	9,04	1,51	0,90
B-73	4391827	FLUOXETINE AB 20 MG 90 GÉLULES, 20 MG	G	16,73	16,73	4,14	2,48
B-73	4391835	FLUOXETINE AB 20 MG 98 GÉLULES, 20 MG	G	19,22	19,22	4,99	2,99
B-60	4349916	NAPROXEN AB 250 MG 50 COMPRIMÉS, 250 MG	G	8,32	8,32	1,26	0,76
B-60	4349924	NAPROXEN AB 500 MG 30 COMPRIMÉS, 500 MG	G	8,85	8,85	1,44	0,86
B-15	4349106	NEBIVOLOL AB 5 MG 30 COMPRIMÉS, 5 MG	G	10,87	10,87	2,13	1,28
B-15	4349114	NEBIVOLOL AB 5 MG 100 COMPRIMÉS, 5 MG	G	17,47	17,47	4,39	2,63
B-245	4314399	RELVAR ELLIPTA 184/22MCG ABACUS PDR INHAL 1X30DOSE		49,70	49,70	12,10	7,53
B-346	4332292	TRIXEO AEROSPHERE 5/7,2/160MCG SUSP INH. FL 1X120D		62,02	62,02	12,10	8,00
B-346	4332284	TRIXEO AEROSPHERE 5/7,2/160MCG SUSP INH. FL 3X120D		162,21	162,21	12,10	8,00

Les spécialités suivantes sont remboursables au chap IV, moyennant autorisation du médecin conseil à durée illimitée – **type d** (code '?' au Tarif) à partir du 1er août 2021 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
B-76	4391744	PRAMIPEXOL EG 0,26 MG 30 COMP PROLONG	G	14,85	14,85	3,49	2,09
B-76	4391751	PRAMIPEXOL EG 0,52 MG 100 COMP PROLONG	G	54,79	54,79	13,87	8,24
B-76	4391769	PRAMIPEXOL EG 1,05 MG 100 COMP PROLONG	G	93,34	93,34	15,00	9,90
B-76	4391777	PRAMIPEXOL EG 1,57 MG 100 COMP PROLONG	G	134,81	134,81	15,00	9,90
B-76	4391785	PRAMIPEXOL EG 2,10 MG 100 COMP PROLONG	G	177,21	177,21	15,00	9,90
B-76	4391793	PRAMIPEXOL EG 3,15 MG 100 COMP PROLONG	G	261,09	261,09	15,00	9,90

Les spécialités suivantes sont remboursables au chap IV, moyennant autorisation du médecin conseil – **type e** (code 'E' au Tarif) à partir du 1er août 2021 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
B-314	3267846	COSENTYX 150MG/ML SOL INJ STYLO PREREMPLI 2X1ML		1004,96	1004,96	12,10	8,00
B-227	3594561	GLATIRAMYL 20MG/ML SOL INJ SERINGUE PREREMPLIE 28	G	490,77	490,77	12,10	8,00
B-227	4237137	GLATIRAMYL 40MG/ML SOL INJ SERINGUE PREREMPLIE 36	G	1448,70	1448,70	12,10	8,00
B-255	4244158	JYSELECA 100MG COMP PELL 1 X 30		994,13	994,13	12,10	8,00
B-255	4244109	JYSELECA 100MG COMP PELL 3 X 30		2571,42	2571,42	15,00	9,90
B-255	4244125	JYSELECA 200MG COMP PELL 1 X 30		994,13	994,13	12,10	8,00
B-255	4244141	JYSELECA 200MG COMP PELL 3 X 30		2571,42	2571,42	15,00	9,90
B-254	4361887	RIVASTIGMIN 4,6MG/24H SANDOZ DISP.TRANSDERM. 90	G	78,96	78,96	15,00	9,90

Les spécialités suivantes sont remboursables au chap IV, moyennant autorisation du médecin conseil à durée limitée – **type b** (code '?' au Tarif) à partir du 1er août 2021 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
A-50	4391736	IDELVION 3500 IE/5 ML 1 FLACON 3500 IU POUVRE POUR SOLUTION INJECTABLE, 700 IU/ML		7590,47	7590,47	0,00	0,00
B-254	4361887	RIVASTIGMIN SANDOZ 4,6 MG/24U 90 DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES, 4,6 MG/24H	G	78,96	78,96	15,00	9,90



## Office de tarification de l'UPHOC

[www.uphoc.com](http://www.uphoc.com)

Les spécialités suivantes sont déremboursés à partir du 1er août 2021 :

Crit	CNK	Dénomination
B-313	0100602	ACUPAN COMP 30 X 30 MG
B-254	2990984	ARICEPT PI PHARMA 10 MG COMP PELL 56 X 10MG PIP
B-41	3377264	ATORSTATINEG 10MG IMPEXECO COMP 100 X 10MG PIP
A-45	3377264	ATORSTATINEG 10MG IMPEXECO COMP 100 X 10MG PIP
B-21	2095388	CAPTOPRIL SANDOZ 50MG TABL 60 X 50 MG
B-21	2393015	CAPTOPRIL SANDOZ 50MG TABL 90 X 50 MG
B-21	2095354	CAPTOPRIL SANDOZ 100MG TABL 60 X 100 MG
B-168	2550093	CARTEOL COLLYRE 2% 3 X 5 ML
C-37	1779313	CLAVUCID SOLUTAB 500 COMP SOL 20
C-37	1743111	CLAVUCID SOLUTAB 875 COMP 20 X 875 MG
B-21	2767499	COVERSYL IMPEXECO 10 MG COMP PELL 60 X 10 MG PIP
B-21	2767507	COVERSYL IMPEXECO 10 MG COMP PELL 90 X 10 MG PIP
Cx-2	3529021	DESO 20 IMPEXECO COMP PELL 6 X 21 PIP
Cx-2	3529039	DESO 20 IMPEXECO COMP PELL 13 X 21 PIP
Cx-2	3528973	DESO 30 IMPEXECO COMP PELL 6 X 21 PIP
Cx-2	3528999	DESO 30 IMPEXECO COMP PELL 13 X 21 PIP
A-3	2647410	FACTANE CAF-DCF FL INJ + SOLV 1000 UI 10 ML
C-37	2513901	FLEMOXIN SOLUTAB 24X1G
C-37	2055010	FLEMOXIN SOLUTAB 30X500MG
B-138	0854364	ISOPRINOSINE COMP 40 X 500 MG
B-39	1440445	LIPANTHYL 267 MICRON CAPS 30X267MG
A-27	1467042	NOLVADEX D 20 PI PHARMA COMP 60 PIP
B-92	0869131	PARLODEL CAPS 100 X 5,0 MG
B-76	0869131	PARLODEL CAPS 100 X 5,0 MG
B-92	0810952	PARLODEL CAPS 100 X 10,0 MG
B-76	0810952	PARLODEL CAPS 100 X 10,0 MG
B-21	3641834	PRETERAX 10,0MG/ 2,50MG COMP PELL 90 PIP
B-220	2893758	QUETIAPINE MYLAN COMP PELL 6 X 25 MG
B-41	3667003	ROSUVASTATINE APOTEX 10MG COMP PELL 28
A-45	3667003	ROSUVASTATINE APOTEX 10MG COMP PELL 28
B-41	3667011	ROSUVASTATINE APOTEX 10MG COMP PELL 98
A-45	3667011	ROSUVASTATINE APOTEX 10MG COMP PELL 98
B-41	3667029	ROSUVASTATINE APOTEX 20MG COMP PELL 28
A-45	3667029	ROSUVASTATINE APOTEX 20MG COMP PELL 28
B-41	3667037	ROSUVASTATINE APOTEX 20MG COMP PELL 98
A-45	3667037	ROSUVASTATINE APOTEX 20MG COMP PELL 98
B-41	3667045	ROSUVASTATINE APOTEX 40MG COMP PELL 28
A-45	3667045	ROSUVASTATINE APOTEX 40MG COMP PELL 28
B-41	3667052	ROSUVASTATINE APOTEX 40MG COMP PELL 98
A-45	3667052	ROSUVASTATINE APOTEX 40MG COMP PELL 98
B-83	0153569	SOLU-MEDROL S A B VIAL 3 X 40 MG
B-83	0130336	SOLU-MEDROL SAB ACT-O-VIAL 1 X 40MG/1ML
B-83	0081034	SOLU-MEDROL SAB ACT-O-VIAL 3 X 40MG/1ML
B-224	3066859	TELMISARTAN HYDROCHL SANDOZ 40/12,5 COMP PELL 28



## Office de tarification de l'UPHOC

[www.uphoc.com](http://www.uphoc.com)

Les contraceptifs suivants sont remboursés à partir du 1<sup>er</sup> août 2021 pour les femmes jusqu'à 25 ans ou ayant droit à une intervention majorée :

CNK	Dénomination
2969061	NAIWANEL 0,02 MG COMP ENROB 3 X 28
2969079	NAIWANEL 0,02 MG COMP ENROB 6 X 28
2969087	NAIWANEL 0,02 MG COMP ENROB 13 X 28

Les spécialités suivantes sont remboursables pour les ayants droits SNCB à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 :

CNK	Dénomination	PP	Actif	VIPO
4216842	VOLTAREN EMULGEL 1% GEL 60 GR New	13,99	5,00	3,25
4216859	VOLTAREN EMULGEL 1% GEL 120 GR	19,99	5,00	3,25
4216867	VOLTAREN EMULGEL 1% GEL 120 GR APPL DOP New	21,99	5,00	3,25
4230132	VOLTAREN EMULGEL FORTE 2% GEL 100 GR NEW	23,99	5,00	3,25
4230124	VOLTAREN EMULGEL FORTE 2% GEL 150 GR NEW	31,29	5,00	3,25

Source: service Tarification APB 26/07/2021