

**Modifications des modalités de remboursement entrant en vigueur au 1<sup>er</sup> octobre 2022**

Les spécialités suivantes sont supprimées du remboursement à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2022 :

Crit	CNK	Dénomination
B-21	1088673	ACCURETIC COMP 28X10MG/12,5MG
B-21	1088681	ACCURETIC COMP 28X20MG/12,5MG
Cs-7	3110582	AERIUS 5 MG PI PHARMA COMP 50 PIP
B-20	3586112	AMLODIPINE BESILAT EG 5MG PIPHARMA COMP 56 PIP
B-20	3502507	AMLODIPINE BESILAT EG 5MG PIPHARMA COMP 98
B-20	2630770	AMLODIPINE EG 10 MG PI PHARMA COMP 100 PIP
B-98	1676758	ATROVENT MONODOSE 0,25MG/2ML VIALS 60
A-73	4160487	BARACLUDE 0,5MG PI PHARMA COMP 30 PIP
A-73	4160495	BARACLUDE 1,0MG PI PHARMA COMP 30 PIP
B-245	3785086	FLUTIFORM K-HALER 50MCG/5MCG/DOS. AEROSOL 120D.
B-245	3779618	FLUTIFORM K-HALER 125MCG/5MCG/DOS. AEROSOL 120D.
B-21	1791110	LISINOPRIL SANDOZ 5MG COMP 30
B-73	55244	LUDIOMIL COMP 30 X 50 MG
B-83	4117768	SOLU-MEDROL SAB 40MG PDR + SOLV SOL INJ FL 3X40MG
B-148	2464980	SUBOXONE 2MG/0,5MG COMP SUBL 7
B-148	2464964	SUBOXONE 8MG/2,0MG COMP SUBL 7
A-20	3586120	TIVICAY 10 MG COMP 30
A-20	3586138	TIVICAY 25 MG COMP 30
B-21	1151497	TRITAZIDE COMP 28X5MG/25MG
A-97	4293486	TRULICITY 3,0MG SOL INJ STYLO PREREMPL. 4
A-92	4293486	TRULICITY 3,0MG SOL INJ STYLO PREREMPL 4
A-97	4293494	TRULICITY 4,5MG SOL INJ STYLO PREREMPL 4
A-92	4293494	TRULICITY 4,5MG SOL INJ STYLO PREREMPL 4
A-58	3421476	VORICONAZOLE MYLAN COMP 30 X 200MG
B-134	3421476	VORICONAZOLE MYLAN COMP 30 X 200MG

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre I à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2022 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
Cs-7	4568481	ALLEGRA TAB 120 mg 30 comp		14,70	14,70	8,14	8,14
A-35	3540101	EXJADE 180 MG COMP 90	R	406,94	406,94	0,00	0,00
A-35	3540119	EXJADE 360 MG COMP 90	R	749,21	749,21	0,00	0,00
A-35	3540093	EXJADE 90 MG COMP 90	R	192,62	192,62	0,00	0,00
B-178	242685(*)	OPTIRAY 300 FL INJ 1 X 100ML		39,92	39,92	10,31	6,13
B-178	242735(*)	OPTIRAY 350 FL INJ 1 X 100ML		45,42	45,42	11,61	6,90
B-21	4623849	PERINDOPRIL/AMLODIPINE KRKA 10 mg/10 mg 90 comp	G	51,99	51,99	13,16	7,82
B-21	4623856	PERINDOPRIL/AMLODIPINE KRKA 10 mg/5 mg 90 comp	G	42,75	42,75	10,98	6,53
B-21	4623831	PERINDOPRIL/AMLODIPINE KRKA 5 mg/10 mg 90 comp	G	37,05	37,05	9,64	5,73
B-21	4618450	PERINDOPRIL/AMLODIPINE KRKA 5 mg/5 mg 90 comp	G	27,80	27,80	7,46	4,44
B-21	4625893	PERINDOPRIL/INDAPAMIDE KRKA 10 mg/2,5 mg 90 comp	G	35,96	35,96	9,38	5,58
B-21	4625885	PERINDOPRIL/INDAPAMIDE KRKA 5 mg/1,25 mg 90 comp	G	25,82	25,82	6,99	4,16
B-41	4570115(**)	PRAVASTATIN AB 20 mg 28 comp	G	8,17	8,17	1,16	0,70

B-41	4570123(**)	PRAVASTATIN AB 20 mg 98 comp	G	17,01	17,01	4,18	2,51
B-41	4570149(**)	PRAVASTATIN AB 40 mg 28 comp	G	16,62	16,62	4,04	2,43
B-41	4570131(**)	PRAVASTATIN AB 40 mg 98 comp	G	29,71	29,71	7,91	4,70
B-346	4347787	TRIMBOW 172 µg/5 µg/9 µg 120 doses aérosol, sol.	CR	62,26	62,26	12,10	8,00
B-346	3593316	TRIMBOW 87/5 /9MCG AEROSOL SOL INHAL. FL 3 (360D)	CR	162,53	162,53	12,10	8,00
B-21	4625901	TRIPLIXAM 10 mg + 2,5 mg + 10 mg (Orifarm) 90 comp	R	60,48	60,48	15,00	9,00
B-21	4625919	TRIPLIXAM 10 mg + 2,5 mg + 5 mg (Orifarm) 90 comp	R	48,97	48,97	12,45	7,39
B-178	1294602(*)	XENETIX SOL INJ 300 MG/1 ML 100 ML		38,58	38,58	10,00	5,94
B-178	1294586(*)	XENETIX SOL INJ 300 MG/1 ML 20 ML		12,38	12,38	2,60	1,56
B-178	2162444(*)	XENETIX SOL INJ 300 MG/1 ML 150 ML		51,53	51,53	12,10	7,75
B-178	1395771(*)	XENETIX SOL INJ 350 MG/1 ML 150 ML		59,07	59,07	12,10	8,00
B-178	1294651(*)	XENETIX SOL INJ 350 MG/1 ML 100 ML		40,82	40,82	10,53	6,26
B-178	1294644(*)	XENETIX SOL INJ 350 MG/1 ML 50 ML		24,67	24,67	6,72	4,00
B-178	2393080(*)	XENETIX 350 SOL INJ IV SACH. 1 X 100ML		40,82	40,82	10,53	6,26
B-178	2393098(*)	XENETIX 350 SOL INJ IV SACH. 1 X 150ML		59,07	59,07	12,10	8,00

(\*) Supprimé du chapitre IV (§ 860000 supprimé) - (\*\*) Voir aussi chapitre IV

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre IV, moyennant autorisation du médecin conseil à durée limitée – **type b** (code '?' au Tarif) à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2022 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
B-148	4102810	BUVIDAL 8MG SOL INJ LIB.PROL. SER.PRER.1X0,16ML	r	92,58	92,58	12,10	8,00
B-148	4102828	BUVIDAL 16MG SOL INJ LIB.PROL. SER.PRER.1X0,32ML	r	92,58	92,58	12,10	8,00
B-148	4102836	BUVIDAL 24MG SOL INJ LIB.PROL. SER.PRER.1X0,48ML	r	92,58	92,58	12,10	8,00
B-148	4102851	BUVIDAL 32MG SOL INJ LIB.PROL. SER.PRER.1X0,64ML	r	92,58	92,58	12,10	8,00
B-148	4102869	BUVIDAL 64MG SOL INJ LIB.PROL. SER.PRER.1X0,18ML	r	364,49	364,49	12,10	8,00
B-148	4102877	BUVIDAL 96MG SOL INJ LIB.PROL. SER.PRER. 1X0,27ML	r	364,49	364,49	12,10	8,00
B-148	4102844	BUVIDAL 128MG SOL INJ LIB.PROL. SER.PRER.1X0,36ML	r	364,49	364,49	12,10	8,00
A-5	4624342	LACOSAMIDE EG 100 mg 56 comp	G	36,33	36,33	0,00	0,00
A-5	4624359	LACOSAMIDE EG 150 mg 56 comp	G	51,12	51,12	0,00	0,00
A-5	4624367	LACOSAMIDE EG 200 mg 56 comp	G	65,90	65,90	0,00	0,00
A-5	4624334	LACOSAMIDE EG 50 mg 56 comp	G	21,50	21,50	0,00	0,00
B-227	4506754	MAYZENT 1 mg 28 comp	T	1508,41	1508,41	12,10	8,00
A-10	4490959	NGENLA 24 mg 1 stylo prérempli 1,2 mL sol inj, 20 mg/mL		188,02	188,02	0,00	0,00
A-10	4490967	NGENLA 60 mg 1 stylo prérempli 1,2 mL sol inj, 50 mg/mL		455,32	455,32	0,00	0,00
A-5	4581328	ONTOZRY 100 mg 28 comp		117,38	117,38	0,00	0,00
A-5	4581070	ONTOZRY 12,5 mg + 25 mg 28 comp		117,38	117,38	0,00	0,00
A-5	4578738	ONTOZRY 150 mg 28 comp		117,38	117,38	0,00	0,00
A-5	4581054	ONTOZRY 200 mg 28 comp		117,38	117,38	0,00	0,00
A-5	4581062	ONTOZRY 50 mg 28 comp		117,38	117,38	0,00	0,00

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre IV, moyennant autorisation du médecin conseil à durée illimitée – **type d** (code '?' au Tarif) à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2022 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
A-45	4570115	PRAVASTATIN AB 20 mg 28 comp	G	8,17	8,17	0,00	0,00
A-45	4570123	PRAVASTATIN AB 20 mg 98 comp	G	17,01	17,01	0,00	0,00
A-45	4570149	PRAVASTATIN AB 40 mg 28 comp	G	16,62	16,62	0,00	0,00
A-45	4570131	PRAVASTATIN AB 40 mg 98 comp	G	29,71	29,71	0,00	0,00

Voir aussi chapitre I

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre IV, moyennant autorisation du médecin conseil à durée limitée – **type type 'e'** (code 'E' dans le Tarif) à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2022 :

Crit	CNK	Dénomination	PP	BR	Actif	BIM
B-255	4613386	IMRALDI 40 mg (0,4 mL) 2 stylos prérempl 0,4 mL solution pour inject., 100 mg/mL	499,39	499,39	12,10	8,00
B-248	4613386	IMRALDI 40 mg (0,4 mL) 2 stylos prérempl 0,4 mL solution pour inject., 100 mg/mL	499,39	499,39	12,10	8,00
B-281	4613386	IMRALDI 40 mg (0,4 mL) 2 stylos prérempl 0,4 mL solution pour inject., 100 mg/mL	499,39	499,39	12,10	8,00
B-339	4613386	IMRALDI 40 mg (0,4 mL) 2 stylos prérempl 0,4 mL solution pour inject., 100 mg/mL	499,39	499,39	12,10	8,00
B-255	4613360	IMRALDI 40 mg (0,4 mL) 2 ser prérempl 0,4 mL solution pour inject., 100 mg/mL	499,39	499,39	12,10	8,00
B-248	4613360	IMRALDI 40 mg (0,4 mL) 2 ser prérempl 0,4 mL solution pour inject., 100 mg/mL	499,39	499,39	12,10	8,00
B-281	4613360	IMRALDI 40 mg (0,4 mL) 2 ser prérempl 0,4 mL solution pour inject., 100 mg/mL	499,39	499,39	12,10	8,00
B-339	4613360	IMRALDI 40 mg (0,4 mL) 2 ser prérempl 0,4 mL solution pour inject., 100 mg/mL	499,39	499,39	12,10	8,00
B-255	4613394	IMRALDI 40 mg (0,4 mL) 6 stylos prérempl 0,4 mL solution pour inject., 100 mg/mL	1478,46	1478,46	12,10	8,00
B-248	4613394	IMRALDI 40 mg (0,4 mL) 6 stylos prérempl 0,4 mL solution pour inject., 100 mg/mL	1478,46	1478,46	12,10	8,00
B-281	4613394	IMRALDI 40 mg (0,4 mL) 6 stylos prérempl 0,4 mL solution pour inject., 100 mg/mL	1478,46	1478,46	12,10	8,00
B-339	4613394	IMRALDI 40 mg (0,4 mL) 6 stylos prérempl 0,4 mL solution pour inject., 100 mg/mL	1478,46	1478,46	12,10	8,00
B-255	4613378	IMRALDI 40 mg (0,4 mL) 6 ser prérempl 0,4 mL solution pour inject., 100 mg/mL	1478,46	1478,46	12,10	8,00
B-248	4613378	IMRALDI 40 mg (0,4 mL) 6 ser prérempl 0,4 mL solution pour inject., 100 mg/mL	1478,46	1478,46	12,10	8,00
B-281	4613378	IMRALDI 40 mg (0,4 mL) 6 ser prérempl 0,4 mL solution pour inject., 100 mg/mL	1478,46	1478,46	12,10	8,00
B-339	4613378	IMRALDI 40 mg (0,4 mL) 6 ser prérempl 0,4 mL solution pour inject., 100 mg/mL	1478,46	1478,46	12,10	8,00
B-342	4513974	NUCALA 40 mg 1 Ser. Prérempl. avec protect. aiguille 0,4 mL sol pour inject., 100 mg/mL	449,22	449,22	12,10	8,00
B-227	3236080	TECFIDERA 120MG CAPS 14	221,31	221,31	12,10	8,00
B-227	3236106	TECFIDERA 240MG CAPS 56	855,77	855,77	12,10	8,00
B-255	3558210	XELJANZ 5MG COMP 56 BLISTER	913,89	913,89	12,10	8,00
B-255	3558244	XELJANZ 5MG COMP 180 FLACON	2530,32	2530,32	15,00	9,90
B-255	3611613	XELJANZ 5MG COMP 182 BLISTER	2558,31	2558,31	15,00	9,90

Source : service tarification APB 26-09-2022