Office de tarification de l'UPHOC

www.uphoc.com

Modifications des modalités de remboursement entrant en vigueur au 1er mai 2023

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre I à partir du 1er mai 2023 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
A-35	4430906	DEFERASIROX AB 90MG COMP 90	G	192,98	192,98	0,00	0,00
A-35	4430930	DEFERASIROX AB 180MG COMP 90	G	407,34	407,34	0,00	0,00
A-35	4430922	DEFERASIROX AB 360MG COMP 90	G	749,67	749,67	0,00	0,00
A-35	4486056	DEFERASIROX ACCORD 90MG COMP 90	G	192,98	192,98	0,00	0,00
A-35	4486064	DEFERASIROX ACCORD 180MG COMP 90	G	407,34	407,34	0,00	0,00
A-35	4486072	DEFERASIROX ACCORD 360MG COMP 90	G	749,67	749,67	0,00	0,00
A-28	4696175	ECANSYA 150 mg 60 comp	G	31,63	31,63	0,00	0,00
B-114	4279147	MEROPENEM AB 1G PDR SOL INJ/PERF FL INJ 1	G	18,54	18,54	4,59	2,75
B-114	4279154	MEROPENEM AB 1G PDR SOL INJ/PERF FL INJ 10	G	123,83	123,83	12,10	8,00
B-114	4279121	MEROPENEM AB 500MG PDR SOL INJ/PERF FL INJ 1	G	12,53	12,53	2,55	1,53
B-114	4279139	MEROPENEM AB 500MG PDR SOL INJ/PERF FL INJ 10	G	73,11	73,11	12,10	8,00
B-220	4641635	QUETIAPINE AB 100 mg 100 comp	G	35,85	35,85	9,28	5,52
B-220	4641643	QUETIAPINE AB 100 mg 180 comp	G	58,65	58,65	14,65	8,70
B-220	4641650	QUETIAPINE AB 100 mg 30 comp	G	17,65	17,65	4,29	2,57
B-220	4641668	QUETIAPINE AB 100 mg 60 comp	G	30,58	30,58	8,03	4,78
B-220	4653630	QUETIAPINE AB 150 mg 100 comp met verlengde afgifte	G	54,76	54,76	13,73	8,16
B-220	4641692	QUETIAPINE AB 200 mg 100 comp	G	62,60	62,60	15,00	9,25
B-220	4653648	QUETIAPINE AB 200 mg 100 comp met verlengde afgifte	G	70,68	70,68	15,00	9,90
B-220	4641700	QUETIAPINE AB 200 mg 180 comp	G	133,32	133,32	15,00	9,90
B-220	4641676	QUETIAPINE AB 200 mg 30 comp	G	17,38	17,38	4,20	2,52
B-220	4641684	QUETIAPINE AB 200 mg 60 comp	G	34,19	34,19	8,89	5,28
B-220	4641627	QUETIAPINE AB 25 mg 100 comp	G	14,86	14,86	3,34	2,00
B-220	4641585	QUETIAPINE AB 25 mg 30 comp	G	7,71	7,71	0,88	0,53
B-220	4641601	QUETIAPINE AB 25 mg 60 comp	G	11,74	11,74	2,28	1,37
B-220	4641734	QUETIAPINE AB 300 mg 100 comp	G	91,61	91,61	15,00	9,90
B-220	4653655	QUETIAPINE AB 300 mg 100 comp avec libér. prolong.	G	101,24	101,24	15,00	9,90
B-220	4641742	QUETIAPINE AB 300 mg 180 comp	G	194,85	194,85	15,00	9,90
B-220	4641718	QUETIAPINE AB 300 mg 30 comp	G	17,38	17,38	4,20	2,52
B-220	4641726	QUETIAPINE AB 300 mg 60 comp	G	34,25	34,25	8,90	5,29
B-220	4653663	QUETIAPINE AB 400 mg 100 comp avec libér. prolong.	G	131,68	131,68	15,00	9,90
B-220	4653622	QUETIAPINE AB 50 mg 100 comp avec libér. prolong.	G	51,66	51,66	13,00	7,72
B-220	4653614	QUETIAPINE AB 50 mg 60 comp avec libér. prolong.	G	33,78	33,78	8,79	5,23
B-96	4608311	VENTOLIN 0,5 mg/ml 5 ampoules 1 mL sol pour injection	r	7,96	7,96	0,98	0,59

Office de tarification de l'UPHOC

www.uphoc.com

La spécialité suivante est remboursable au chapitre II (contrôle à posteriori) à partir du 1er mai 2023 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
B-39	4654026	FENOFIBRATE AB 145 mg 30 comp	G	11,55	11,55	2,21	1,33

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre IV, moyennant autorisation du médecin conseil à durée limitée – **type b** (code '?' au Tarif) à partir du 1er mai 2023 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
A-50	4615795	ADYNOVI 1000UI/2ML ABACUS PDR+SOLV SOL INJ FL 1+1		875,45	875,45	0,00	0,00
A-65	4200465	IMATINIB ACCORD 400MG ABACUS COMP 30	G	865,16	865,16	0,00	0,00
A-65	4200465	IMATINIB ACCORD 400MG ABACUS COMP 30	G	865,16	865,16	0,00	0,00
A-16	4279147	MEROPENEM AB 1G PDR SOL INJ/PERF FL INJ 1		0,00	0,00	0,00	0,00
A-16	4279154	MEROPENEM AB 1G PDR SOL INJ/PERF FL INJ 10		0,00	0,00	0,00	0,00
A-16	4279121	MEROPENEM AB 500MG PDR SOL INJ/PERF FL INJ 1		0,00	0,00	0,00	0,00
A-16	4279139	MEROPENEM AB 500MG PDR SOL INJ/PERF FL INJ 10		0,00	0,00	0,00	0,00
A-28	2968154	TEYSUNO 15 MG/4,35MG/11,8MG CAPS DUR 126		396,12	396,12	0,00	0,00
A-28	2967917	TEYSUNO 20 MG/5,8MG/15,8MG CAPS DUR 84		353,23	353,23	0,00	0,00
B-255	3558210	XELJANZ 5MG COMP 56		881,91	881,91	12,10	8,00
B-255	3558244	XELJANZ 5MG COMP 180		2440,59	2440,59	15,00	9,90
B-255	3611613	XELJANZ 5MG COMP 182		2467,58	2467,58	15,00	9,90
B-255	4297115	XELJANZ 1MG/ML SOL BUVABLE 250ML		757,37	757,37	12,10	8,00
B-255	4297115	XELJANZ 1MG/ML SOL BUVABLE 250ML		757,37	757,37	12,10	8,00

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 1er mai 2023 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
B-255	4407540	CIBINQO 50MG COMP 91	T	3845,62	3845,62	15,00	9,90
B-255	4405395	CIBINQO 100 mg 28 comp	T	1467,65	1467,65	12,10	8,00
B-255	4405429	CIBINQO 100MG COMP 91	T	3845,62	3845,62	15,00	9,90
B-255	4405403	CIBINQO 200 mg 28 comp	T	1467,65	1467,65	12,10	8,00
B-255	4405411	CIBINQO 200MG COMP 91	T	3845,62	3845,62	15,00	9,90
B-255	4405387	CIBINQO 50 mg 28 comp	T	1467,65	1467,65	12,10	8,00
B-255	4521076	JYSELECA 200MG ABACUS COMP 30		995,54	995,54	12,10	8,00
A-82	4683322	RAVICTI 1,1G/ML LIQUIDE ORAL 25ML	T	196,28	196,28	0,00	0,00
B-230	4696183	SONDELBAY 20 µg/80 µl 1 stylo prérempl 2,4 mL oplossing voor injectie, 250 µg/mL		291,32	291,32	12,10	8,00
B-230	4696183	SONDELBAY 20 µg/80 µl 1 stylo prérempl 2,4 mL oplossing voor injectie, 250 µg/mL		291,32	291,32	12,10	8,00
B-230	4696183	SONDELBAY 20 µg/80 µl 1 stylo prérempl 2,4 mL oplossing voor injectie, 250 µg/mL		291,32	291,32	12,10	8,00
B-124	2664597	VANCOMYCINE MYLAN PULV SOL INJ 500 MG	G	15,13	15,13	3,43	2,06
B-124	2664613	VANCOMYCINE MYLAN PULV SOL INJ 1000 MG	G	23,10	23,10	6,17	3,70
B-255	3831088	XELJANZ 11MG LIB.PROLONGEE COMP 28		875,99	875,99	12,10	8,00
B-255	3831096	XELJANZ 11MG LIB.PROLONGEE COMP 91		2467,58	2467,58	15,00	9,90

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

Les spécialités suivantes sont supprimées du remboursement à partir du 1er mai 2023 :

Crit	CNK	Dénomination
A-50	3772860	ADYNOVI 250UI/2ML PDR+SOLV SOL INJ FL INJ 1+1
B-168	4353777	AZOPT 10MG/ML PI PHARMA COLLYRE SUSP 5ML
B-60	104596	BRUFEN 400 MG COMP TABL 100 X 400 MG
B-305	3421534	COSENTYX 150MG/ML SOL INJ SERINGUE PREREMPLI 1X1ML
Cs-7	2953008	DESLORATADINE SANDOZ 5 MG COMP 10 X 5 MG
B-25	2379709	FUROSEMIDE SANDOZ 40MG TABL 100X40MG
B-21	3718400	LIPERCOSYL 10MG/ 5MG CAPS DUR 30
B-21	3718418	LIPERCOSYL 10MG/ 5MG CAPS DUR 90
B-21	3718467	LIPERCOSYL 10MG/10MG CAPS DUR 30
B-21	3718475	LIPERCOSYL 10MG/10MG CAPS DUR 90
B-21	3718426	LIPERCOSYL 20MG/ 5MG CAPS DUR 30
B-21	3718434	LIPERCOSYL 20MG/ 5MG CAPS DUR 90
B-21	3718483	LIPERCOSYL 20MG/10MG CAPS DUR 30
B-21	3718491	LIPERCOSYL 20MG/10MG CAPS DUR 90
B-21	3718442	LIPERCOSYL 40MG/ 5MG CAPS DUR 30
B-21	3718459	LIPERCOSYL 40MG/ 5MG CAPS DUR 90
B-21	3718509	LIPERCOSYL 40MG/10MG CAPS DUR 30
B-21	3718517	LIPERCOSYL 40MG/10MG CAPS DUR 90
B-227	4166724	MAYZENT 0,25MG COMP 120
B-50	4114542	OCTREOTEVA LONG ACTING PDR+SOL SUSP INJ AMP 1X20MG
A-52	4114542	OCTREOTEVA LONG ACTING PDR+SOL SUSP INJ AMP 1X20MG
B-50	4114559	OCTREOTEVA LONG ACTING PDR+SOL SUSP INJ AMP 1X30MG
A-52	4114559	OCTREOTEVA LONG ACTING PDR+SOL SUSP INJ AMP 1X30MG
B-255	4272290	ORENCIA 125MG ORIFARM SOL INJ SER PREREMP. 4 X 1ML
A-20	2745693	PREZISTA 75 MG COMP 480 X 75 MG
B-15	428441	SECTRAL GE COMP 56 X 200 MG
A-113	3958980	SEGLUROMET 2,5MG/1000MG COMP 14 X 14 BLISTER
A-97	3958980	SEGLUROMET 2,5MG/1000MG COMP 14 X 14 BLISTER
A-113	3959061	SEGLUROMET 7,5MG/1000MG COMP 14 X 14 BLISTER
A-97	3959061	SEGLUROMET 7,5MG/1000MG COMP 14 X 14 BLISTER
B-15	438416	SELOZOK 100 COMP 28 X 95 MG
A-113	3959756	STEGLATRO 15MG COMP 14 X 7 BLISTER
A-97	3959756	STEGLATRO 15MG COMP 14 X 7 BLISTER
A-113	3959749	STEGLATRO 5MG COMP 14 X 7 BLISTER
A-97	3959749	STEGLATRO 5MG COMP 14 X 7
A-20	2116895	TELZIR 700 MG COMP 60
B-56	3923703	TRAMADOL KRKA 200MG LIB.PROLONGEE COMP 20

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

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre VIII, moyennant autorisation du médecin conseil à durée limitée – **type b** (code '?' au Tarif) à partir du 1er mai 2023 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
A-65	4250411	IMATINIB ACCORD 100MG ABACUS COMP 120	G	883,55	883,55	0,00	0,00
A-65	4200465	IMATINIB ACCORD 400MG ABACUS COMP 30	G	865,16	865,16	0,00	0,00

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre VIII, moyennant autorisation du médecin conseil à durée limitée – **type type 'e'** (code 'E' dans le Tarif) à partir du 1er mai 2023 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
A-65	4250411	IMATINIB ACCORD 100MG ABACUS COMP 120	G	883,55	883,55	0,00	0,00
A-65	4200465	IMATINIB ACCORD 400MG ABACUS COMP 30	G	865,16	865,16	0,00	0,00

Les contraceptifs suivants sont ajoutés à la liste des contraceptifs remboursables pour les bénéficiaires < 25 ans ou ayant droit à une intervention majorée, à partir du 1er mai 2023 :

CNK	Dénomination	PP	<25 ans/BIM
4570891	CIBEL 0,250MG/0,035MG COMP 3 X 21	25,68	16,68
4570909	CIBEL 0,250MG/0,035MG COMP 6 X 21	41,17	23,17
4570917	CIBEL 0,250MG/0,035MG COMP 13 X 21	77,31	38,31

Source: service tarification APB 25/04/2023

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