

**Modifications des modalités de remboursement
entrant en vigueur au 1^{er} février 2025**

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre I à partir du 1^{er} février 2025 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	TB	Actif	BIM
Cs-7	483092 3	CETIRIZIN AUROBINDO 10 mg 20 comprimés	G	7,73	7,73	1,67	1,6 7
Cs-7	483093 1	CETIRIZIN AUROBINDO 10 mg 50 comprimés	G	10,4 7	10,4 7	4,00	4,0 0
Cs-7	483094 9	CETIRIZIN AUROBINDO 10 mg 100 comprimés	G	14,3 9	14,3 9	7,17	7,1 7
B-73	489606 4	ESCITALOPRAM GRINDEKS 10 mg 98 comprimés	G	23,2 6	23,2 6	5,99	3,5 9
B-73	489607 2	ESCITALOPRAM GRINDEKS 20 mg 98 comprimés	G	23,1 7	23,1 7	5,96	3,5 7
B-245	489664 3	FLUTISAMIX EASYHALER 50/250 µg/dose 180 doses	G	62,7 8	62,7 8	12,5 0	8,3 0
B-245	489665 0	FLUTISAMIX EASYHALER 50/500 µg/dose 180 doses	G	82,1 1	82,1 1	12,5 0	8,3 0

La spécialité suivante est remboursable au chapitre II (contrôle à posteriori) à partir du 1^{er} février 2025 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	TB	Actif	BIM
B-48	4877742	PANTOPRAZOLE TEVA PI PHARMA 40MG COMP 56	G	19,21	19,21	4,61	2,77

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^{er} février 2025 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	TB	Actif	BIM
B-235	4895900	DABIGATRAN ETEXILATE EG 110 mg 180 gélules	G	77,27	77,27	15,50	10,20
B-235	4895918	DABIGATRAN ETEXILATE EG 110 mg 60 gélules	G	30,90	30,90	7,95	4,73
B-235	4895926	DABIGATRAN ETEXILATE EG 150 mg 180 gélules	G	77,27	77,27	15,50	10,20
B-235	4895934	DABIGATRAN ETEXILATE EG 150 mg 60 gélules	G	30,90	30,90	7,95	4,73
A-10	4856787	NORDITROPIN FLEXPPO 10 mg/1,5 mL	BioR/M	199,13	199,13	0,00	0,00
B-239	4856787	NORDITROPIN FLEXPPO 10 mg/1,5 mL	BioR/M	199,13	199,13	12,50	8,30
A-10	4856779	NORDITROPIN FLEXPPO 15 mg/1,5 mL	BioR/M	293,23	293,23	0,00	0,00
B-239	4856779	NORDITROPIN FLEXPPO 15 mg/1,5 mL	BioR/M	293,23	293,23	12,50	8,30
A-10	4856761	NORDITROPIN FLEXPPO 5 mg/1,5 mL	BioR/M	104,99	104,99	0,00	0,00
B-239	4856761	NORDITROPIN FLEXPPO 5 mg/1,5 mL	BioR/M	104,99	104,99	12,50	8,30



Office de tarification de l'UPHOC

www.uphoc.com

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^{er} février 2025 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	TB	Actif	BIM
B-235	4895900	DABIGATRAN ETEXILATE EG 110 mg 180 gélules	G	77,27	77,27	15,50	4,73
B-235	4895918	DABIGATRAN ETEXILATE EG 110 mg 60 gélules	G	30,90	30,90	7,95	10,20
A-34	4872958	LOKELMA 10G PI PHARMA PDR SUSP SACH 30		323,28	323,28	0,00	0,00
A-34	4872941	LOKELMA 5G PI PHARMA PDR SUSP SACH 30		323,28	323,28	0,00	0,00
B-314	4854873	STEQEYMA 45MG SOL INJ SERINGUE PR. 0,5ML	BioS	1406,06	1406,06	12,50	8,30
B-305	4854873	STEQEYMA 45MG SOL INJ SERINGUE PR. 0,5ML	BioS	1406,06	1406,06	12,50	8,30
B-314	4854899	STEQEYMA 90MG SOL INJ SERINGUE PR. 1ML	BioS	1406,06	1406,06	12,50	8,30
B-305	4854899	STEQEYMA 90MG SOL INJ SERINGUE PR. 1ML	BioS	1406,06	1406,06	12,50	8,30
B-248	4854899	STEQEYMA 90MG SOL INJ SERINGUE PR. 1ML	BioS	1406,06	1406,06	12,50	8,30

Les spécialités suivantes sont supprimées du remboursement à partir du 1^{er} février 2025 :

Crit	CNK	Dénomination
C-37	2379063	CLARITHROMYCINE TEVA COMP 10 X 500 MG
B-267	1713023	SPIRIVA CAPS. 30 X 18 MCG + HANDIHALER
B-267	2735959	SPIRIVA RESPIMAT 2,5MCG 60 SOL INHAL
B-267	3144409	SPIRIVA RESPIMAT 2,5MCG 180 SOL INHAL
A-20	1370659	VIRAMUNE 200 MG COMP 60 X 200 MG

Source: service tarification APB 28/01/2025