

Modifications des modalités de remboursement entrant en vigueur le 1^{er} janvier 2020

Les spécialités suivantes sont remboursables en chapitre I à partir du **1^{er} janvier 2020** :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
B-72	4148771	ARIPIRAZOLE MYLAN PHARMA 10 MG X 28 COMP	G	58,57	58,57	12,10	8,00
B-72	4148789	ARIPIRAZOLE MYLAN PHARMA 10 MG X 98 COMP	G	148,98	148,98	15,00	9,90
B-72	4148797	ARIPIRAZOLE MYLAN PHARMA 15 MG X 28 COMP	G	58,57	58,57	12,10	8,00
B-72	4148805	ARIPIRAZOLE MYLAN PHARMA 15 MG X 98 COMP	G	148,98	148,98	15,00	9,90
B-72	4148813	ARIPIRAZOLE MYLAN PHARMA 30 MG X 28 COMP	G	67,44	67,44	12,10	8,00
B-72	4148821	ARIPIRAZOLE MYLAN PHARMA 30 MG X 98 COMP	G	172,77	172,77	15,00	9,90
CX-2	4101671	DESOLINA 20 0,150 MG/0,020 MG X 63 COMP	G	9,39	9,39	5,28	5,28
CX-2	4101689	DESOLINA 20 0,150 MG/0,020 MG X 126 COMP	G	16,22	16,22	12,77	12,77
B-73	3976883	EFEXOR-EXEL 37,5MG 60 CAPS PROL	R	16,84	16,84	4,20	2,52
B-134	4148763	TERBINAFIN AB 250 MG X 14 COMP	G	19,60	19,60	5,15	3,09
A-69	3954765	TOUJEO DOUBLESTAR 300 IE/ML 3 PEN PRER		88,36	88,36	0,00	0,00

Les spécialités suivantes sont remboursables dans le cadre du contrôle à posteriori (chap. II, code 'T' au Tarif) à partir du **1^{er} janvier 2020** :

Crit	CNK	Dénomination		PP	TB	Actif	VIPO
B-245	4148839	FLUTISAMIX EASYHALER 50/250 µG 60 DOS INHAL	G	27,26	27,26	7,40	4,41
B-245	4148847	FLUTISAMIX EASYHALER 50/500 µG 60 DOS INHAL	G	34,60	34,60	9,14	5,44

Les spécialités suivantes sont remboursables moyennant autorisation du médecin conseil de durée limitée – **type b** (code '?' au Tarif) à partir du **1^{er} janvier 2020** :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
B-168	4148755	TRAVOPROST-TIMOLOL HORUS PHARMA 40 µG/ML + 5 MG/ML	G	16,43	16,43	4,06	2,44
B-168	3814480	TRAVOPROST-TIMOLOL HORUS PHARMA 40 µG/ML + 5 MG/ML	G	38,00	38,00	9,95	5,91
A-20	3903317	DELSTRIGO 100 MG/300 MG/245 MG X 30 COMP		523,71	523,71	0,00	0,00
A-20	3903341	PIFELTRO 100 MG X 30 COMP		334,57	334,57	0,00	0,00
B-305	3160926	ROACTEMRA 162 MG/0,9ML OPL INJ X 4 SER PRER		1020,07	1020,07	12,10	8,00

Les spécialités suivantes sont remboursables moyennant autorisation du médecin conseil de **durée illimitée** – **type d** (code '?' au Tarif) à partir du **1^{er} janvier 2020** :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
B-265	3945847	SOLIFENACINE EG 10MG X 100 COMP PVC/ALU	G	82,42	82,42	15,00	9,90
B-265	3945821	SOLIFENACINE EG 5MG X 100 COMP PVC/ALU	G	62,67	62,67	15,00	9,38
B-265	3945839	SOLIFENACINE EG 5MG X 200 COMP PVC/ALU	G	116,97	116,97	15,00	9,90

Les contraceptifs suivants sont remboursables pour les jeunes femmes à partir du **1^{er} janvier 2020** :

CNK	Dénomination	PP	BR	Actif	VIPO
4101671	DESOLINA 20 0,020MG/0,150MG COMP 3 X 21	9,39	9,39	0,00	0,00
4101689	DESOLINA 20 0,020MG/0,150MG COMP 6 X 21	16,22	16,22	0,00	0,00
4112561	MYLOOP 0,120MG/0,015MG/24H SYST.DIFFUSION VAGIN. 1	13,99	13,99	10,99	10,99
4112579	MYLOOP 0,120MG/0,015MG/24H SYST.DIFFUSION VAGIN. 3	30,42	30,42	21,42	21,42

2

Les spécialités suivantes sont supprimées du remboursement à partir du **1^{er} janvier 2020** :

Crit	CNK	Dénomination
B-60	2593952	ACECLOFENAC SINTESA 100MG COMP 20 X 100 MG
B-60	2593960	ACECLOFENAC SINTESA 100MG COMP 60 X 100 MG
B-27	0017566	ALDACTAZINE COMP 28 X 25 MG/15 MG
B-27	0020214	ALDACTAZINE COMP 98 X 25 MG/15 MG
B-41	2878833	ATORSTATINEG D 10 MG COMP PELL 28 X 10 MG
A-45	2878833	ATORSTATINEG D 10 MG COMP PELL 28 X 10 MG
B-41	3042231	ATORVASTATIN CALCIUM 10MG ACTAVIS COMP PELL 28
A-45	3042231	ATORVASTATIN CALCIUM 10MG ACTAVIS COMP PELL 28
B-56	3622701	BUPRENORPHINE TEVA 35,0MCG/H EMPL TRANSDERM. 5
B-56	3622727	BUPRENORPHINE TEVA 52,5MCG/H EMPL TRANSDERM. 5
B-56	3622735	BUPRENORPHINE TEVA 52,5MCG/H EMPL TRANSDERM.10
B-56	3622743	BUPRENORPHINE TEVA 70,0MCG/H EMPLTRANSDERM. 5
B-56	3632429	BUPRENORPHINE TEVA HEBDO. 5MCG/H EMPL TRANS. 5
B-56	3632437	BUPRENORPHINE TEVA HEBDO.10MCG/H EMPL TRANS. 5
B-56	3632445	BUPRENORPHINE TEVA HEBDO.20MCG/H EMPL TRANS. 5
B-41	2118347	CHOLEMED 20 MG COMP ENROB 28 X 20 MG
A-45	2118347	CHOLEMED 20 MG COMP ENROB 28 X 20 MG
A-5	0807032	CONVULEX 300 LIB.MODIFIEE CAPS MOLLES 100 X 300MG
A-5	0827428	CONVULEX 500 LIB.MODIFIEE CAPS MOLLES 100 X 500MG
A-5	2082469	CONVULEX RETARD TABL 50 X 300 MG
A-5	2082451	CONVULEX RETARD TABL 50 X 500 MG
B-289	3661790	EZETIMIBE/SIMVASTATINE TEVA 10MG/80MG COMP 30
A-89	3661790	EZETIMIBE/SIMVASTATINE TEVA 10MG/80MG COMP 30
A-89	3661790	EZETIMIBE/SIMVASTATINE TEVA 10MG/80MG COMP 30
B-168	3872587	LATANOPROST NORIDEM 50MCG/ML COLLYRE FL 1 X 2,5ML
B-168	3872595	LATANOPROST NORIDEM 50MCG/ML COLLYRE FL 3 X 2,5ML
C-31	2734176	OMEPRAZOL TEVA 10MG CAPS GASTRO RESIST DUR POT 28
A-20	3805603	PADVIRAM 600/200/245MG COMP PELL 30
A-125	3025178	PANTOPRAZOLE TEVA 40MG COMP GASTRO RESIST 98X40MG
A-126	3025178	PANTOPRAZOLE TEVA 40MG COMP GASTRO RESIST 98X40MG
B-262	3544517	PREGABALIN AB 75MG CAPS DUR 56 X 75MG BLISTER
A-5	3544517	PREGABALIN AB 75MG CAPS DUR 56 X 75MG BLISTER
B-262	3544483	PREGABALIN AB 150MG CAPS DUR 200 X 150MG FLACON
A-5	3544483	PREGABALIN AB 150MG CAPS DUR 200 X 150MG FLACON

B-262	3544509	PREGABALIN AB 300MG CAPS DUR 200 X 300MG FLACON
A-5	3544509	PREGABALIN AB 300MG CAPS DUR 200 X 300MG FLACON
B-201	2231967	RABIQUE VACC INACT 1FL+1SER PREREMPL+2AIG
B-77	3444643	RASAGILINE AB 1MG COMP 28 X 1MG
B-77	3444650	RASAGILINE AB 1MG COMP 112 X 1MG
B-41	2371797	SIMVASTATINE EG 40MG COMP PELL 28
A-45	2371797	SIMVASTATINE EG 40MG COMP PELL 28