

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

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre I, à partir du **1^{er} novembre 2020** :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
1 B-289	4138244	EZETIMIBE/ROSUVASTATINE TEVA 10 MG/10 MG 100 COMP	R	58,34	58,34	14,77	8,77
B-289	4138251	EZETIMIBE/ROSUVASTATINE TEVA 10 MG/20 MG 100 COMP	R	58,34	58,34	14,77	8,77
B-289	4138210	EZETIMIBE/ROSUVASTATINE TEVA 10 MG/5 MG 30 COMP	R	23,12	23,12	6,42	3,82
B-289	4138228	EZETIMIBE/ROSUVASTATINE TEVA 10 MG/5 MG 100 COMP	R	46,42	46,42	11,94	7,10
B-224	4216834	LOSARTAN MYLAN 100 MG 100 COMP	G	22,54	22,54	6,19	3,71
B-224	4216826	LOSARTAN MYLAN 50 MG 100 COMP	G	22,54	22,54	6,19	3,71
B-224	4213757	OLMESARTAN/AMLODIPIN/HCT MYLAN 20 MG/5 MG/12,5 MG 28 COMP	G	20,29	20,29	5,38	3,23
B-224	4213765	OLMESARTAN/AMLODIPIN/HCT MYLAN 20 MG/5 MG/12,5 MG 98 COMP	G	40,83	40,83	10,62	6,31
B-224	4213781	OLMESARTAN/AMLODIPIN/HCT MYLAN 40 MG/10 MG/12,5 MG 98 COMP	G	54,89	54,89	13,95	8,29
B-224	4213807	OLMESARTAN/AMLODIPIN/HCT MYLAN 40 MG/10 MG/25 MG 98 COMP	G	54,89	54,89	13,95	8,29
B-224	4213773	OLMESARTAN/AMLODIPIN/HCT MYLAN 40 MG/5 MG/12,5 MG 98 COMP	G	40,83	40,83	10,62	6,31
B-224	4213799	OLMESARTAN/AMLODIPIN/HCT MYLAN 40 MG/5 MG/25 MG 98 COMP	G	40,83	40,83	10,62	6,31
B-224	4263125	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCT EG 20 MG/5 MG/12,5 MG 28 COMP	G	19,35	19,35	5,06	3,04
B-224	4263265	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCT EG 20 MG/5 MG/12,5 MG 30 COMP	G	20,39	20,39	5,42	3,25
B-224	4263273	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCT EG 20 MG/5 MG/12,5 MG 98 COMP	G	38,79	38,79	10,14	6,02
B-224	4263281	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCT EG 20 MG/5 MG/12,5 MG 100 COMP	G	39,45	39,45	10,29	6,12
B-224	4263141	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCT EG 40 MG/10 MG/12,5 MG 28 COMP	G	19,10	19,10	4,98	2,99
B-224	4263323	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCT EG 40 MG/10 MG/12,5 MG 30 COMP	G	20,13	20,13	5,33	3,20
B-224	4263331	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCT EG 40 MG/10 MG/12,5 MG 98 COMP	G	51,99	51,99	13,26	7,88
B-224	4263349	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCT EG 40 MG/10 MG/12,5 MG 100 COMP	G	52,92	52,92	13,48	8,01
B-224	4263166	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCT EG 40 MG/10 MG/25 MG 28 COMP	G	19,10	19,10	4,98	2,99
B-224	4263380	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCT EG 40 MG/10	G	20,13	20,13	5,33	3,20

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
		MG/25 MG 30 COMP					
B-224	4263398	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCT EG 40 MG/10 MG/25 MG 98 COMP	G	51,99	51,99	13,26	7,88
B-224	4263406	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCT EG 40 MG/10 MG/25 MG 100 COMP	G	52,92	52,92	13,48	8,01
B-224	4263133	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCT EG 40 MG/5 MG/12,5 MG 28 COMP	G	19,35	19,35	5,06	3,04
B-224	4263299	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCT EG 40 MG/5 MG/12,5 MG 30 COMP	G	20,39	20,39	5,42	3,25
B-224	4263307	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCT EG 40 MG/5 MG/12,5 MG 98 COMP	G	37,73	37,73	9,88	5,87
B-224	4263315	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCT EG 40 MG/5 MG/12,5 MG 100 COMP	G	41,89	41,89	10,87	6,46
B-224	4263158	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCT EG 40 MG/5 MG/25 MG 28 COMP	G	19,35	19,35	5,06	3,04
B-224	4263356	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCT EG 40 MG/5 MG/25 MG 30 COMP	G	20,39	20,39	5,42	3,25
B-224	4263364	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCT EG 40 MG/5 MG/25 MG 98 COMP	G	38,79	38,79	10,14	6,02
B-224	4263372	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCT EG 40 MG/5 MG/25 MG 100 COMP	G	39,45	39,45	10,29	6,12
B-224	4249165	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCTZ KRKA 20 MG/5 MG/12,5 MG 4 PLAQUETTES THERMOFORMEES 7 COMP	G	16,01	16,01	3,92	2,35
B-224	4249173	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCTZ KRKA 20/ 5/12,5 COMP 98	G	31,49	31,49	8,40	5,00
B-224	4249181	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCTZ KRKA 40 MG/10 MG/12,5 MG 28 COMP	G	15,82	15,82	3,85	2,31
B-224	4249199	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCTZ KRKA 40 MG/10 MG/12,5 MG 98 COMP	G	41,71	41,71	10,83	6,43
B-224	4249207	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCTZ KRKA 40 MG/10 MG/25 MG 28 COMP	G	15,82	15,82	3,85	2,31
B-224	4249215	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCTZ KRKA 40 MG/10 MG/25 MG 98 COMP	G	41,71	41,71	10,83	6,43
B-224	4249223	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCTZ KRKA 40 MG/5 MG/12,5 MG 28 COMP	G	16,01	16,01	3,92	2,35
B-224	4249231	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCTZ KRKA 40 MG/5 MG/12,5 MG 98 COMP	G	31,49	31,49	8,40	5,00
B-224	4249140	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCTZ KRKA 40 MG/5 MG/25 MG 28 COMP	G	16,01	16,01	3,92	2,35
B-224	4249157	OLMESARTAN/AMLODIPINE/HCTZ KRKA 40 MG/5 MG/25 MG 98 COMP	G	31,49	31,49	8,40	5,00
B-73	4263232	VENLASANDOZ 150 MG 28 GELULES LIB PROL	G	16,79	16,79	4,19	2,51
B-73	4263240	VENLASANDOZ 150 MG 56 GELULES LIB PROL	G	23,32	23,32	6,47	3,85
B-73	4263257	VENLASANDOZ 150 MG 98 GELULES LIB PROL	G	45,40	45,40	11,70	6,95
B-73	4264552	VENLASANDOZ 37,5 MG 56 GELULES LIB PROL	G	16,20	16,20	3,98	2,39
B-73	4263182	VENLASANDOZ 37,5 MG 7 GELULES LIB PROL	G	6,33	6,33	0,53	0,32
B-73	4263190	VENLASANDOZ 37,5 MG 28 GELULES LIB PROL	G	10,80	10,80	2,13	1,28
B-73	4263208	VENLASANDOZ 75 MG 28 GELULES LIB PROL	G	9,77	9,77	1,78	1,07
B-73	4263216	VENLASANDOZ 75 MG 56 GELULES LIB PROL	G	19,42	19,42	5,09	3,05
B-73	4263224	VENLASANDOZ 75 MG 98 GELULES LIB PROL	G	24,16	24,16	6,67	3,97

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

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
A-20	4200739	DARUNAVIR MYLAN 800 MG 30 COMP	G	175,39	175,39	0,00	0,00
A-20	4200747	DARUNAVIR MYLAN 800 MG 90 COMP	G	407,78	407,78	0,00	0,00
A-20	4182440	EMTRICITABINE/TENOFOVIRDISOPROXIL MYLAN 200MG/245MG 30 COMP	G	163,19	163,19	0,00	0,00
B-345	4182440	EMTRICITABINE/TENOFOVIRDISOPROXIL MYLAN 200MG/245MG 30 COMP	G	163,19	163,19	12,10	8,00
A-20	4235545	EVIPLERA 200/25/245 ABACUS 30 COMP .		785,68	785,68	0,00	0,00
A-20	4231445	ODEFSEY 200MG/ 25MG/ 25MG ABACUS 30 COMP		785,68	785,68	0,00	0,00
A-92	4200572	OZEMPIC 0,25MG ABACUS SOL INJ STYLO PRER + 4 AIG.		102,34	102,34	0,00	0,00
A-20	4235487	SYMTUZA 800/150/200/10MG ABACUS 30 COMP		854,24	854,24	0,00	0,00
A-92	4235453	TRULICITY 1,5MG ABACUS SOL INJ STYLO PRER 4		102,14	102,14	0,00	0,00

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

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
A-1	2683167	TICLID (IMPEXECO) 60 COMP 250 MG	R	22,53	22,53	0,00	0,00
C-25	2683167	TICLID (IMPEXECO) 60 COMP 250 MG	R	22,53	22,53	12,37	9,90
B-217	2683167	TICLID (IMPEXECO) 60 COMP 250 MG	R	22,53	22,53	6,18	3,71
A-5	4245619	LEVETIRACETAM SANDOZ 1500 MG 100 COMP	G	125,42	125,42	0,00	0,00
B-265	3950326	SOLIFENACINE EG 10MG COMP 30 PVC/ALU	G	20,09	20,09	5,32	3,19
B-265	4263174	SOLIFENACINE EG 10 MG 200 COMP	G	76,34	76,34	15,00	9,90
B-265	3950318	SOLIFENACINE EG 5MG COMP 30 PVC/ALU	G	20,09	20,09	5,32	3,19
A-89	4138244	EZETIMIBE/ROSUVASTATINE TEVA 10 MG/10 MG 100 COMP	R	58,34	58,34	0,00	0,00
A-89	4138251	EZETIMIBE/ROSUVASTATINE TEVA 10 MG/20 MG 100 COMP	R	58,34	58,34	0,00	0,00
A-89	4138210	EZETIMIBE/ROSUVASTATINE TEVA 10 MG/5 MG 30 COMP	R	23,12	23,12	0,00	0,00
A-89	4138228	EZETIMIBE/ROSUVASTATINE TEVA 10 MG/5 MG 100 COMP	R	46,42	46,42	0,00	0,00

Les spécialités suivantes sont remboursables au chap IV, moyennant autorisation du médecin conseil – **type e** (code 'E' au Tarif) à partir du **1^{er} novembre 2020** :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
A-1	2683167	TICLID (IMPEXECO) 60 COMP 250 MG	R	22,53	22,53	0,00	0,00
A-20	4200754	DARUNAVIR MYLAN 600 MG 60 COMP	G	276,45	276,45	0,00	0,00
A-73	4160495	BARACLUDE 1 MG (PI-PHARMA) 30 COMP	R	195,29	195,29	0,00	0,00
A-73	4160487	BARACLUDE 0,5 MG (PI-PHARMA) 30 COMP.	R	158,49	158,49	0,00	0,00
B-255	4199360	CIMZIA 200MG ABACUS SOL INJ SER. PRER. 2+2TAMP.		960,97	960,97	12,10	8,00
A-65	4200465	IMATINIB ACCORD 400MG ABACUS 30 COMP	G	924,29	924,29	0,00	0,00

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
B-255	3963147	RINVOQ 15MG 28 COMP LIBERATION PROLONGEE		1004,30	1004,30	12,10	8,00
B-255	3963154	RINVOQ 15 MG 98 COMP LIBERATION PROLONGEE		2795,12	2795,12	15,00	9,90
B-168	3518370	VIZITRAV 40MCG/ML COLLYRE SOL FL 1 X 2,5ML	G	13,39	13,39	3,02	1,81
B-281	1708627	ENBREL 25 MG 4 VIAL PULV+4 SER SOLV PRE REMPLI		326,00	326,00	12,10	8,00
B-281	2371854	ENBREL 25 MG SOL INJECTABLE SERINGUE PRE REMPLI 4		326,00	326,00	12,10	8,00
B-281	2371862	ENBREL 50 MG SOL INJECTABLE SERINGUE PRE REMPLI 4		648,40	648,40	12,10	8,00
B-281	3355534	ENBREL 50 MG SOL INJECTABLE SERINGUE PRE REMPLI 12		1816,15	1816,15	12,10	8,00
B-281	2662161	ENBREL 50 MG STYLO PRE REMPLI MYCLIC 4		648,40	648,40	12,10	8,00
B-281	3355526	ENBREL 50 MG SOL INJECTABLE STYLO PRE REMPLI 12		1816,15	1816,15	12,10	8,00

Les spécialités suivantes sont remboursables au chap VIII, moyennant autorisation du médecin conseil – **type e** (code 'E' au Tarif) à partir du **1^{er} novembre 2020** :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
A-65	4200465	IMATINIB ACCORD 400MG ABACUS COMP 30	G	924,29	924,29	0,00	0,00
A-65	3494788	IMATINIB KRKA 100MG COMP 120	G	943,95	943,95	0,00	0,00
A-65	3704988	IMATINIB KRKA 100MG COMP DISP120	G	943,34	943,34	0,00	0,00
A-65	3494796	IMATINIB KRKA 400MG COMP 30	G	924,29	924,29	0,00	0,00
A-65	3704996	IMATINIB KRKA 400MG COMP DISP 30	G	923,67	923,67	0,00	0,00

Les spécialités suivantes sont remboursables au chap IV, moyennant mention écrite du médecin 'trajet de soins diabète' ou 'TSD' à partir du **1^{er} novembre 2020** :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
A-97	4200572	OZEMPIC 0,25MG ABACUS SOL INJECTABLE STYLO PRE REMPLI + 4 AIG		102,34	102,34	0,00	0,00
A-97	4235453	TRULICITY 1,5MG ABACUS SOL INJECTABLE STYLO PRE REMPLI 4		102,14	102,14	0,00	0,00

Les contraceptifs pour les jeunes suivants sont déremboursés à partir du **1^{er} novembre 2020** :

CNK	Dénomination
2954204	ESTINETTE 20 COMP 3 X 21
2954188	ESTINETTE 20 COMP 6 X 21
2986669	ESTINETTE 20 COMP 13 X 21
2954212	ESTINETTE 30 COMP 3 X 21
2954196	ESTINETTE 30 COMP 6 X 21
2986651	ESTINETTE 30 COMP 13 X 21

5

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

Crit	CNK	Dénomination
B-230	2456556	ALENDRONATE MYLAN 10 MG COMP 98 X 10 MG
B-230	2612828	ALENDRONATE MYLAN PI PHARMA 70MG COMP 12X70MG PIP
C-37	1657667	AVELOX 400 MG COMP PELL 5 X 400 MG
B-56	3491099	BUPRENORPHINE SANDOZ 35,0MCG/U EMPL. TRANSDERM.10
B-56	3491107	BUPRENORPHINE SANDOZ 52,5MCG/U EMPL. TRANSDERM. 10
B-56	3491115	BUPRENORPHINE SANDOZ 70,0MCG/U EMPL. TRANSDERM. 10
B-21	2393007	CAPTOPRIL SANDOZ 25MG COMP 90 X 25 MG
B-21	2380517	CAPTOPRIL SANDOZ 100MG COMP 90 X 100 MG
B-3	603092	CEDOCARD 40 COMP SEC 100 X 40 MG
Cs-7	3612298	CETIRIZIN AB 10,0MG COMP. 20
Cs-7	3612314	CETIRIZIN AB 10,0MG COMP. 50
Cs-7	3612322	CETIRIZIN AB 10,0MG COMP. 100
B-55	664086	COLITOFALK DRAG 100 X 250 MG
B-55	305870	COLITOFALK DRAG 100 X 500 MG
B-55	430983	COLITOFALK LAVEMENT 7X4G/60G
B-55	79194	COLITOFALK SUPP 30 X 250 MG
Cx-2	2991214	DENISE 20 150MCG/20MCG TEVA COMP 63
Cx-2	3067931	DENISE 30 150MCG/30MCG TEVA COMP 63
B-265	2190973	EMSELEX VERLENGDE AFGIFTE TABL 98 X 15,0MG
B-165	2231215	FLUACORT COLLYRE 1 MG/1ML 5 ML
B-227	3816899	GLATAXON 20MG/ML SOL INJECTABLE SERINGUE PRE REMPLI 28
B-227	3816881	GLATAXON 40MG/ML SOL INJECTABLE SERINGUE PRE REMPLI 12
B-60	3044633	IBUPROFEN AB 600 MG COMP. 30 X 600 MG
B-168	3917325	KIVIZIDIALE 40MCG/ML + 5MG/ML COLLYRE 3X2,5ML
A-27	3044542	LETROZOLE ACTAVIS 2,5 MG COMP. 30 X 2,5 MG
B-13	57257	MINIPRESS COMP 100 X 1 MG
B-240	1182450	MOXON 0,2 COMP 28X0,2MG
B-240	1579382	MOXON 0,4 COMP 28X0,4MG
B-290	2789501	PRAMIPEXOLE MYLAN 0,18 MG TABL 100
B-76	2789501	PRAMIPEXOLE MYLAN 0,18 MG TABL 100
C-30	1639772	RANITIDINE MYLAN COMP 100 X 150 MG
C-30	1639780	RANITIDINE MYLAN COMP 100 X 300 MG
C-30	1517580	RANITIDINE MYLAN COMP 28X150MG
C-30	1517564	RANITIDINE MYLAN COMP 28X300MG

Crit	CNK	Dénomination
C-30	2071538	RANITIDINE SANDOZ 150 MG COMP 30 X 150 MG
C-30	1525534	RANITIDINE SANDOZ 150MG COMP 60X150MG NEW SANDOZ
C-30	1544261	RANITIDINE SANDOZ 150MG COMP 120X150MG NEW SANDOZ
C-30	2071496	RANITIDINE SANDOZ 300 MG COMP 90 X 300 MG
C-30	1525542	RANITIDINE SANDOZ 300MG COMP 30X300MG NEW SANDOZ
C-30	1525559	RANITIDINE SANDOZ 300MG COMP 60X300MG NEW SANDOZ
B-83	130302	SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL 1X 100MG/2ML
B-83	130294	SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL 1X 250MG/2ML
A-27	432971	SUPREFACT NAS FL 1X100DOS 0,1MG/DOS
B-92	432971	SUPREFACT NAS FL 1X100DOS 0,1MG/DOS
A-27	895946	SUPREFACT NAS FL 4X100DOS 0,1MG/DOS
B-92	895946	SUPREFACT NAS FL 4X100DOS 0,1MG/DOS