

# Modifications des modalités de remboursement

## Changements au 1er juin 2018

Les spécialités sont **remboursables** au chapitre I à partir du 1<sup>er</sup> juin 2018:

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
B-224	3699394	OLMESARTAN / AMLODIPINE TEVA 20mg/5mg 28 COMP	G	19,59	19,59	5,19	3,11
B-224	3699402	OLMESARTAN / AMLODIPINE TEVA 20mg/5mg 98 COMP	G	39,39	39,39	10,33	6,14
B-224	3699436	OLMESARTAN / AMLODIPINE TEVA 40mg/10mg 28 COMP	G	19,35	19,35	5,11	3,06
B-224	3699444	OLMESARTAN / AMLODIPINE TEVA 40mg/10mg 98 COMP	G	52,86	52,86	13,54	8,04
B-224	3699410	OLMESARTAN / AMLODIPINE TEVA 40mg/5mg 28 COMP	G	19,59	19,59	5,19	3,11
B-224	3699428	OLMESARTAN / AMLODIPINE TEVA 40mg/5mg 98 COMP	G	39,39	39,39	10,33	6,14
B-224	3745445	OLMESARTAN/AMLODIPINE SANDOZ 20 mg/5 mg 98 COMP	G	39,39	39,39	10,33	6,14
B-224	3748720	OLMESARTAN/AMLODIPINE SANDOZ 40 mg/10 mg 98 COMP	G	52,86	52,86	13,54	8,04
B-224	3745437	OLMESARTAN/AMLODIPINE SANDOZ 40 mg/5 mg 98 COMP	G	39,39	39,39	10,33	6,14
B-21	3733334	PERINDOPRIL/AMLODIPINE HCS 4mg/10mg 30 COMP	G	18,15	18,15	4,69	2,82
B-21	3733342	PERINDOPRIL/AMLODIPINE HCS 4mg/10mg 90 COMP	G	42,17	42,17	10,99	6,53
B-21	3733326	PERINDOPRIL/AMLODIPINE HCS 4mg/5mg 30 COMP	G	18,71	18,71	4,88	2,93
B-21	3733318	PERINDOPRIL/AMLODIPINE HCS 4mg/5mg 90 COMP	G	29,8	29,8	8,05	4,79
B-21	3733284	PERINDOPRIL/AMLODIPINE HCS 8mg/10mg 60 COMP	G	41,09	41,09	10,73	6,38
B-21	3733276	PERINDOPRIL/AMLODIPINE HCS 8mg/10mg 90 COMP	G	58,72	58,72	14,80	8,87
B-21	3733300	PERINDOPRIL/AMLODIPINE HCS 8mg/5mg 60 COMP	G	36,49	36,49	9,64	5,73
B-21	3733292	PERINDOPRIL/AMLODIPINE HCS 8mg/5mg 90 COMP	G	46,36	46,36	11,99	7,12

Les spécialités suivantes sont **remboursables** moyennant une **attestation** de type d (code '?') au Tarif des spécialités) à **durée illimitée** à partir du 1er juin 2018:

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
B-313	3551157	PARACETAMOL TEVA 500mg 100 COMP	R	7,36	7,36	0,97	0,58

Les spécialités suivantes sont **remboursables** moyennant une **attestation** de type b (code '?') au Tarif des spécialités) à **durée limitée** à partir du 1er juin 2018:

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
A-20	3645157	EMTRICITABINE/TENOFOVIRDISOPROXIL MYLAN 200mg/245mg	G	463,45	463,45	0,00	0,00
B-345	3645157	EMTRICITABINE/TENOFOVIRDISOPROXIL MYLAN 200mg/245mg	G	463,45	463,45	14,80	9,80

Les spécialités suivantes sont **supprimées** du remboursement à partir du **1er mai 2018** :

Crit	CNK	Dénomination
B-168	2719482	LUMIGAN COLLYRE 0,1MG/1ML 3 X 3ML
B-230	2456564	ALENDRONATE MYLAN 70 MG COMP 4 X 70 MG FLAC
B-72	2234961	AMISULPRIDE MYLAN 100MG TABL 60X100MG
B-72	2234995	AMISULPRIDE MYLAN 200MG TABL 30X200MG
C-37	2164135	CLARITHROMYCINE MYLAN COMP.PEL. 14 X 250 MG
B-224	3564721	CO OLMESARTAN SANDOZ 20MG/25MG FILMOMH TABL 98
B-63	0841577	FELDENE DISPERSAL COMP SEC 30X20MG
B-60	3075231	IBUPROFEN LYSINE MYLAN 400MG FILM TABL 30X400MG
B-60	3075249	IBUPROFEN LYSINE MYLAN 400MG FILM TABL 100X400MG
B-212	1670439	MOCLOBEMIDE MYLAN 150MG TABL 100
B-240	3012176	MOXONIDINE MYLAN 0,2 MG COMP PEL 98 X 0,2 MG

<b>Crit</b>	<b>CNK</b>	<b>Dénomination</b>
CX-9	1537182	OXYBUTYNINE HCL MYLAN TABL 100X5 MG
B-220	2445088	RISPERIDON MYLAN 3 MG COMP PELL 100
B-27	1591387	SPIRONOLACTONE HCTZ MYLAN TABL 56 X 25 MG/25 MG
B-224	2926814	VALSARTAN MYLAN 160 MG FILMOMH TABL 28 X 160 MG
B-224	2926830	VALSARTAN MYLAN 320 MG FILMOMH TABL 28 X 320 MG
B-224	2926848	VALSARTAN MYLAN 320 MG FILMOMH TABL 98 X 320 MG
B-224	2926798	VALSARTAN MYLAN 80 MG FILMOMH TABL 28 X 80 MG
A-20	3038551	NEVIRAPINE MYLAN 200MG TABL BLISTER 60
B-249	1537182	OXYBUTYNINE HCL MYLAN TABL 100X5 MG
B-76	2991222	ROPINIROL TEVA 2 MG FILMOMH TABL 28 X 2 MG
B-76	2991230	ROPINIROL TEVA 4 MG FILMOMH TABL 84 X 4 MG
B-76	2991255	ROPINIROL TEVA 8 MG FILMOMH TABL 84 X 8 MG
A-20	3038551	NEVIRAPINE MYLAN 200MG TABL BLISTER 60
C-37	3012994	OFLOXACINE TEVA COMP ENROB. 10 X 200 MG