

Modifications des modalités de remboursement entrant en vigueur au 1er juin 2024

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre I à partir du 1er juin 2024 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
B-135	4232625	ACICLOVIR AB 800MG COMP 35	G	19,12	19,12	4,65	2,79
A-64	4793550	ACTOS 30 mg (Pi-Pharma) 98 comp		82,87	82,87	0,00	0,00
B-15	2520930	ATENOLOL EG COMP 100X 25MG	G	9,93	9,93	1,54	0,93
B-15	2520955	ATENOLOL EG COMP 100X 50MG	G	13,85	13,85	2,87	1,72
A-27	4832010	LETROZOLE EG 2,5 mg (Orifarm) 100 comp	G	76,65	76,65	0,00	0,00
B-21	4769691	LISINOPRIL GRINDEKS 20MG COMP 84	G	18,73	18,73	4,52	2,71
B-21	4769709	LISINOPRIL GRINDEKS 5MG COMP 56	G	8,11	8,11	0,91	0,55
B-21	4832028	RAMIPRIL EG 5 mg (Orifarm) 98 comp	G	23,06	23,06	5,99	3,60
B-21	4800801	TRITACE EXIM 10MG COMP 56 PIP	R	21,27	21,27	5,38	3,23
B-21	4800793	TRITACE EXIM 5MG COMP 56 PIP	R	14,11	14,11	2,96	1,77

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre IV, moyennant autorisation du médecin conseil à durée limitée – **type b** (code '?' au Tarif) à partir du 1er juin 2024 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
B-343	4757795	ENTRESTO 15 mg/16 mg 60 capsules	CR	40,81	40,81	10,34	6,15
B-343	4757803	ENTRESTO 6 mg/6 mg 60 capsules	CR	20,54	20,54	5,13	3,08
B-278	4800827	LAMBIPOL EXIM 200MG TABL 60 PIP	R	66,48	66,48	12,10	8,00
B-278	4832002	LAMOTRIGINE EG 100 mg (Orifarm) 90 comp	G	39,27	39,27	9,98	5,93
B-278	4831996	LAMOTRIGINE EG 50 mg (Orifarm) 90 comp	G	26,14	26,14	6,88	4,10

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre IV, moyennant autorisation du médecin conseil à durée illimitée – **type d** (code '?' au Tarif) à partir du 1^{er} juin 2024 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
A-5	4832002	LAMOTRIGINE EG 100 mg (Orifarm) 90 comp	G	39,27	39,27	0,00	0,00
A-5	4831996	LAMOTRIGINE EG 50 mg (Orifarm) 90 comp	G	26,14	26,14	0,00	0,00

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 juin 2024 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
B-282	4803292	BEYFORTUS 100MG SOL INJ SER PREREMPL.	T	777,44	777,44	12,10	8,00
B-282	4802427	BEYFORTUS 50MG SOL INJ SER PREREMPL.	T	777,44	777,44	12,10	8,00
B-356	4138202	DUPIXENT 200MG SOL INJ STYL. PREREMPL. 1X2 175MG/ML	T	1174,50	1174,50	12,10	8,00
B-356	4147534	DUPIXENT 200MG SOL INJ STYL. PREREMPL 2X3 175MG/ML	T	3502,34	3502,34	12,10	8,00
B-356	4138194	DUPIXENT 200MG SOL INJ SER PREREMPL. 1X2 200MG	T	1174,50	1174,50	12,10	8,00
B-356	4147393	DUPIXENT 200MG SOL INJ SER PREREMPL. 3X2 200MG	T	3502,34	3502,34	12,10	8,00
B-356	3641941	DUPIXENT 300MG SOL INJ SER PREREMPL. 1X2 150MG/ML	T	1174,50	1174,50	12,10	8,00



Office de tarification de l'UPHOC

www.uphoc.com

B-356	3631108	DUPIXENT 300MG SOL INJ SER PREREMPL. 2X3 150MG/ML	T	3502,34	3502,34	12,10	8,00
B-248	4830907	OMVOH 6 styl. préempl. 1 mL sol. pour inject, 100 mg/mL		2847,14	2847,14	12,10	8,00
B-248	4832713	OMVOH 6 Ser préempl. 1 mL sol. pour inject, 100 mg/mL		2847,14	2847,14	12,10	8,00
B-314	4721783	STELARA 45 mg 1 styl. préempl. 0,5 mL sol. pour inject, 90 mg/mL		2932,67	2932,67	12,10	8,00
B-305	4721783	STELARA 45 mg 1 styl. préempl. 0,5 mL sol. pour inject, 90 mg/mL		2932,67	2932,67	12,10	8,00
B-314	4721791	STELARA 90 mg 1 styl. préempl. 1 mL sol. pour inject, 90 mg/mL		2932,67	2932,67	12,10	8,00
B-305	4721791	STELARA 90 mg 1 styl. préempl. 1 mL sol. pour inject, 90 mg/mL		2932,67	2932,67	12,10	8,00
B-248	4721791	STELARA 90 mg 1 styl. préempl. 1 mL sol. pour inject, 90 mg/mL		2932,67	2932,67	12,10	8,00
B-227	4389680	TYSABRI 150MG SOL INJ SER PREREMPL. 2X1ML		1272,25	1272,25	12,10	8,00
B-314	4831939	UZPRUVO 45 mg 1 Ser préempl. 0,5 mL sol. pour inject, 90 mg/mL		1404,71	1404,71	12,10	8,00
B-305	4831939	UZPRUVO 45 mg 1 Ser préempl. 0,5 mL sol. pour inject, 90 mg/mL		1404,71	1404,71	12,10	8,00
B-314	4831939	UZPRUVO 45 mg 1 Ser préempl. 0,5 mL sol. pour inject, 90 mg/mL		1404,71	1404,71	12,10	8,00
B-314	4831947	UZPRUVO 90 mg 1 Ser préempl. 1 mL sol. pour inject, 90 mg/mL		1404,71	1404,71	12,10	8,00
B-305	4831947	UZPRUVO 90 mg 1 Ser préempl. 1 mL sol. pour inject		1404,71	1404,71	12,10	8,00
B-248	4831947	UZPRUVO 90 mg 1 Ser préempl. 1 mL sol. pour inject.		1404,71	1404,71	12,10	8,00

Les spécialités suivantes sont remboursables au chapitre IV, moyennant mention du prescripteur « TDD » ou « Trajet de démarrage », à partir du 1^{er} juin 2024 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	BIM
A-97	4769766	SITAGLIPTIN GRINDEKS 100MG COMP 98	G	56,60	56,60	0,00	0,00
A-97	4769758	SITAGLIPTIN GRINDEKS 50MG COMP 98	G	32,43	32,43	0,00	0,00
A-97	4769733	SITAGLIPT./METFORMIN GRINDEKS 50MG/1000MG COMP 196	G	57,45	57,45	0,00	0,00
A-97	4769741	SITAGLIPTIN/METFORMIN GRINDEKS 50MG/850MG COMP 196	G	57,45	57,45	0,00	0,00

Le contraceptif suivant est supprimé de la liste des contraceptifs remboursables pour les bénéficiaires < 25 ans ou ayant droit à une intervention majorée, à partir du 1^{er} juin 2024 :

CNK	Dénomination
0119768	MICROGYNON 50 (3 x 21)

Les spécialités suivantes sont ajoutées à la **liste D de Railcare(SNCB)** depuis le 1^{er} mai 2024 :

CNK	Dénomination
0428474	EMLA 5 % TUBE 1 X 5 GR
1278241	EMLA PATCHES 2
0137398	XYLOCAINE 5% UNG. TUBE 1 X 35G



Office de tarification de l'UPHOC

www.uphoc.com

Les spécialités suivantes sont ajoutées à la **liste D de la Défense** à partir du 1er juin 2024 :

CNK	Libellé - Benaming
3343555	BUSCOPAN PI PHARMA
2950434	CORSODYL 300 ML
4392528	LOPERAMIDE AB

Cette liste a aussi été « nettoyée » des médicaments qui ne sont plus sur le marché depuis un certain temps.

Vous trouverez la nouvelle liste complète en [CLIQANT ICI](#)

Les spécialités suivantes sont supprimées du remboursement à partir du 1er juin 2024 :

Crit	CNK	Dénomination
Cx-2	0119768	MICROGYNON 50 DRAG 3 X 21
B-220	3784311	PALIPERIDONE TEVA COMP 28 X 9MG

Source : service tarification APB – 27/05/2024