

NOUVELLE LISTE DES MEDICAMENTS REMBOURSABLES

Cette liste est applicable dès publication au journal officiel de la République Algérienne Démocratique et Populaire de l'arrêté fixant la liste des médicaments remboursables par la sécurité sociale .

CODE DCI	DENOMINATION COMMUNE INTERNATIONALE	FORME	DOSAGE	CONDITIONS PARTICULIERES DE REMBOURSEMENT
01	ALLERGOLOGIE			
01 A	ANTIHISTAMINIQUES			
01 A 003	CETIRIZINE DIHYDROCHLORIDE	COMP PELL	10 mg	
01 A 004	DEXCHLORPHENIRAMINE MALEATE	SOL.INJ.	5 mg/ml	
01 A 005	DEXCHLORPHENIRAMINE MALEATE	COMP.	2 mg	
01 A 006	DEXCHLORPHENIRAMINE MALEATE	COMP.	6 mg	
01 A 007	DEXCHLORPHENIRAMINE MALEATE	SIROP	0,5 mg/5ml	
01 A 009	MEQUITAZINE	GLES.	5 mg	
01 A 017	TRITOQUALINE	COMP.	100 mg	
01 A 033	LORATADINE	COMP.	10 mg	
01 A 034	LORATADINE	SIROP	5 mg/c à c	
01 A 039	FEXOFENADINE	COMP.	120 mg	
01 A 040	FEXOFENADINE	COMP	180 mg	
01 A 041	CETIRIZINE DIHYDROCHLORIDE	SOL BUY	10mg/ml	
01 D	ALLERGENES A USAGE THERAPEUTIQUE			
01 D 029	EXTRAIT ALLERGENIQUES ADSORBES SUR HYDROXYDE D'ALUMINIUM DERMATOPHAGOIDES	SUSP INJ	0.1 IR+1 IR+10 IR/ml	Remboursables uniquement dans le cadre de l'immunothérapie - après identification de l'allergène en cause devant correspondre à celui du produit (tests cutanés et IgE spécifiques), - et, après échec de l'éviction de l'allergène en cause et traitement Pharmacologique
01 D 030	EXTRAIT ALLERGENIQUES ADSORBES SUR HYDROXYDE D'ALUMINIUM DERMATOPHAGOIDES PTERONYSSINUS	SUSP INJ	10 IR/ ml	Remboursables uniquement dans le cadre de l'immunothérapie - après identification de l'allergène en cause devant correspondre à celui du produit (tests cutanés et IgE spécifiques), - et, après échec de l'éviction de l'allergène en cause et traitement Pharmacologique

01 D 037	EXTRAIT ALLERGENIQUES ADSORBES SUR HYDROXYDE D'ALUMINIUM MELANGE DE 5 GRAMINES	SUSP INJ	0.1 IR+1IR+10 IR/ml	Remboursables uniquement dans le cadre de l'immunothérapie - après identification de l'allergène en cause devant correspondre à celui du produit (tests cutanés et IgE spécifiques), - et, après échec de l'éviction de l'allergène en cause et traitement Pharmacologique
01 D 038	EXTRAIT ALLERGENIQUES ADSORBES SUR HYDROXYDE D'ALUMINIUM MELANGE DE 5 GRAMINES	SUSP INJ	10 IR/ ml	Remboursables uniquement dans le cadre de l'immunothérapie - après identification de l'allergène en cause devant correspondre à celui du produit (tests cutanés et IgE spécifiques), - et, après échec de l'éviction de l'allergène en cause et traitement Pharmacologique
02	ANESTHESIOLOGIE			
02 C	ANESTHESIQUES LOCAUX ET REGIONAUX			
02 C 031	PRAMOCAINE CHLORHYDRATE	GEL.DERM.	1%	
03	ANTALGIQUES			
03 A	SALICYLES			
03 A 001	ACIDE ACETYLSALICYLIQUE	COMP.	500 mg	
03 A 002	ACIDE ACETYLSALICYLIQUE	PDRE.SOL.BUV.	100 mg	
03 A 003	ACIDE ACETYLSALICYLIQUE	PDRE.OR.	500 mg	
03 A 004	ACETYLSALICYLATE DE LYSINE	SOL.INJ.	900 mg	
03 A 023	ACETYLSALICYLATE DE LYSINE	SOL.INJ.	1g	
03 A 024	ACETYLSALICYLATE DE LYSINE	PDRE ORALE	250.mg	
03 A 025	ACETYLSALICYLATE DE LYSINE	PDRE.ORALE	500 mg	
03 A 058	ACIDE ACETYLSALICYLIQUE	COMP EFFER	500 mg	
03 A 084	ACIDE ACETYLSALICYLIQUE	COMP	100 mg	
03 B	PARACETAMOL ET DERIVES			
03 B 005	PARACETAMOL	COMP	500 mg	
03 B 006	PARACETAMOL	SOL.BUV. SACHETS.	100 à 150 mg/5ml	
03 B 007	PARACETAMOL	SUPPO.	100 à 170 mg	
03 B 008	PROPARACETAMOL	PDRE.SOL.INJ.	1 g	
03 B 009	PARACETAMOL	PDRE EFFER POUR SOL BUV	150 mg	
03 B 010	PARACETAMOL	COMP.EFFER.	500 mg	
03 B 026	PARACETAMOL/CODEINE	COMP SECABLE	400 mg/20 mg	
03 B 028	PARACETAMOL/CODEINE	COMP PELLI	500 mg/30 mg	
03 B 038	PARACETAMOL	PDRE.ORALE. SACHET	250 mg	
03 B 039	PARACETAMOL	PDRE.ORALE. SACHET	500 mg	
03 B 040	PARACETAMOL	GLES	500 mg	

03 B 041	PARACETAMOL	SUPPO	150 mg	
03 B 042	PARACETAMOL	SUPPO	200 mg	
03 B 043	PARACETAMOL	SUPPO	300 mg	
03 B 044	PARACETAMOL	PDRE SOL BUV SACHET	150 mg	
03 B 045	PARACETAMOL	PDRE SOL BUV SACHET	200 mg	
03 B 046	PARACETAMOL	PDRE SOL BUV SACHET	300 mg	
03 B 060	PARACETAMOL	GRAN SOL BUV /SACHET	500mg	
03 B 061	PARACETAMOL	SOL BUV	3%	
03 B 063	PARACETAMOL	PDRE ORALE EFFER SACHET	300mg	
03B064	PARACETAMOL	PDRE ORALE EFFER SACHET	150mg	
03 B 066	PARACETAMOL	PDRE SOL BUV SACHET	500mg	
03 B 070	PARACETAMOL	SUSP BUV	250 mg/5ml	
03 B 081	PARACETAMOL	COMP	1000 mg	
03 D	DEXTROPROPOXYPHENE			
03 D 010	DEXTROPROPOXYPHENE/PARA CETAMOL	GLES	30 mg/400 mg	
03 D 059	DEXTROPROPOXYPHENE/PARA CETAMOL	COMP.	32,5 mg/325mg	
03 F	AUTRES ANALGESIQUES			
03 F 013	BUPRENORPHINE	SOL.INJ.	0,3 mg/ml	
03 F 029	BUPRENORPHINE	COMP.SUBL.	0,2 mg	
03 F 047	TRAMADOL Chlorhydrate	GLES	50mg	
03 F 049	TRAMADOL Chlorhydrate	SUPPO	100 mg	
04	ANTI-INFLAMMATOIRES			
04 A	ANTI-INFLAMMATOIRES STEROIDIENS			
04 A 001	TETRACOSACTIDE	PDRE.SOL.INJ.	0,25 mg/ml	
04 A 002	TETRACOSACTIDE	PDRE SOL INJ	0,5 mg/ml	
04 A 003	TETRACOSACTIDE	PDRE.SOL.INJ.	1 mg	
04 B	ANTI-INFLAMMATOIRES NON STEROIDIENS			
04 B 004	DICLOFENAC	SOL .INJ.	75 mg	
04 B 005	DICLOFENAC	COMP	25 mg	
04 B 006	DICLOFENAC	COMP	50 mg	
04 B 007	DICLOFENAC	COMP LP/ GLES LP	100 mg	
04 B 008	DICLOFENAC	SUPPO.	25 mg	
04 B 009	DICLOFENAC	SUPPO	100 mg	
04 B 010	IBUPROFENE	COMP	400 mg	
04 B 012	IBUPROFENE	SUPPO.	500 mg	
04 B 013	INDOMETACINE	GLES	25 mg	
04 B 014	INDOMETACINE	SUPPO.	50 mg	
04 B 015	INDOMETACINE	SUPPO.	100 mg	
04 B 016	KETOPROFENE	GLES	50 mg	

04 B 017	KETOPROFENE	SUPPO	100 mg	
04 B 018	KETOPROFENE	SOL.INJ.	100 mg	
04 B 019	NAPROXENE SODIQUE	COMP.	275 mg	
04 B 020	NAPROXENE SODIQUE	COMP.	550 mg	
04 B 021	PIROXICAM	GLES	10 mg	
04 B 022	PIROXICAM	GLES	20 mg	
04 B 023	PIROXICAM	SUPPO	20 mg	
04 B 024	PIROXICAM	SOL.INJ.	20 mg	
04 B 029	ACIDE NIFLUMIQUE	GLES	250 mg	
04 B 030	ACIDE NIFLUMIQUE	SUPPO.	700 mg	
04 B 031	ACIDE NIFLUMIQUE	SUPPO.	400 mg	
04 B 032	KETOPROFENE	COMP. LP	200 mg	
04 B 033	FLURBIPROFENE	COMP.	100 mg	
04 B 034	KETOPROFENE	COMP.	100 mg	
04 B 035	CELECOXIB	GLES.	100 mg	
04 B 036	CELECOXIB	GLES.	200 mg	
04 B 037	DICLOFENAC	COMP .	75 mg	
04 B 038	PIROXICAM	COMP.LYOC	20 mg	
04 B 040	IBUPROFENE	COMP .	200 mg	
04 B 041	PIROXICAM	PDRE.EFFER.	20 mg	
04 B 042	IBUPROFENE	SIROP	100mg/5ml	
04 B 043	DICLOFENAC	SUPPO.	12.5 mg	
04 B 044	IBUPROFENE	COMP	500mg	
04 B 046	DICLOFENAC	SUPPO.	50 mg	
04 B 047	NAPROXENE SODIQUE	SUSP BUV	125mg/5ml	
04 B 048	ACIDE MEFENAMIQUE	SUSP BUV	50 mg/ 5 ml	
04 B 049	KETOPROFENE	PATCH	30 mg	
05	CANCEROLOGIE			
05A	CYTOSTATIQUES			
05 A 021	HYDROXYCARBAMIDE	GLES	500 mg	
05 A 024	MELPHALAN	COMP.	2 mg	
05 A 025	MERCAPTOPURINE	COMP.	50 mg	
05 A 032	METHOTREXATE	COMP.	2,5 mg	
05 B	IMMUNOSUPPRESSEURS			
05 B 043	AZATHIOPRINE	COMP.	50 mg	
06	CARDIOLOGIE ET ANGIOLOGIE			
06 A	ANALEPTIQUES CIRCULATOIRES ET ANTI-HYPOTENSEURS			
06 A 001	ADRENALINE	SOL.INJ.	0,25 mg	
06 A 002	ADRENALINE	SOL.INJ.	1 mg	
06 B	ANTAGONISTES			
06 B 009	DILTIAZEM	COMP.	60 mg	
06 B 010	DILTIAZEM	GLES. LP	300 mg	
06 B 013	ISRADIPINE	GLES. LP	5 mg	
06 B 014	NICARDIPINE	COMP.	20 mg	
06 B 015	NICARDIPINE	GLES LP	50 mg	

06 B 016	NICARDIPINE	SOL.INJ.	10 mg	
06 B 017	NIFEDIPINE	GLES/COMP/CAPS.	10 mg	
06 B 018	NIFEDIPINE	COMP LP/GLES. LP	20 mg	
06 B 020	VERAPAMIL	COMP.	40 mg	
06 B 123	AMLODIPINE	COMP/GLES.	5 mg	
06 B 140	DILTIAZEM	GLES. LP	90 mg	
06 B 141	DILTIAZEM	GLES. LP	120 mg	
06 B 142	DILTIAZEM	GLES. LP	180 mg	
06 B 243	AMLODIPINE	COMP/GLES	10 mg	
06 C	ANTI-ANGOREUX			
06 C 022	MOLSIDOMINE	COMP.	2 mg	
06 C 023	MOLSIDOMINE	COMP.	4 mg	
06 C 024	ISOSORBIDE DINITRATE	COMP	10 mg	
06 C 025	ISOSORBIDE DINITRATE	COMP.	20 mg	
06 C 026	ISOSORBIDE DINITRATE	COMP. LP	20 mg	
06 C 027	ISOSORBIDE DINITRATE	COMP. LP	40 mg	
06 C 032	TRINITRINE	GLES	2,5 mg	
06 C 038	TRINITRINE	PATCH	10 mg	
06 C 200	TRINITRINE	PATCH	5mg/24h	
06 C 221	ISOSORBIDE DINITRATE	SOL P/PULV BUCC	1.25mg	
06 D	ANTI-ARYTHMIQUES			
06 D 041	AMIODARONE	COMP.	200 mg	
06 D 044	DISOPYRAMIDE LP	COMP.	250 mg	
06 D 046	FLECAINIDE ACETATE	COMP	100 mg	
06 D 048	PROPAFENONE CHLORHYDRATE	COMP. ENRO.	300 mg	
06 E	ANTI-HYPERTENSEURS			
06 E 052	CAPTOPRIL	COMP	25 mg	
06 E 053	CAPTOPRIL	COMP	50 mg	
06 E 055	CLONIDINE	SOL.INJ.	0,15 mg	
06 E 056	CLONIDINE	COMP.	0,15 mg	
06 E 059	ENALAPRIL	COMP.	5 mg	
06 E 060	ENALAPRIL	COMP.	20 mg	
06 E 061	METHYLDOPA	COMP.	250 mg	
06 E 062	METHYLDOPA	COMP.	500 mg	
06 E 126	LOSARTAN	COMP	50 mg	
06 E 127	RAMIPRIL	COMP/GLES	2,5 mg	
06 E 128	RAMIPRIL	COMP/GLES	5 mg	
06 E 129	QUINAPRIL	COMP	5 mg	
06 E 130	QUINAPRIL	COMP	20 mg	
06 E 131	QUINAPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMP	20mg/12,5mg	
06 E 137	CAPTOPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMP	50 mg/25 mg	
06 E 139	RAMIPRIL	COMP/GLES	1,25 mg	
06 E 143	MOXONIDINE	COMP .	0,2 mg	
06 E 144	MOXONIDINE	COMP .	0,4 mg	

06 E 146	VALSARTAN	COMP.	40 mg	
06 E 147	VALSARTAN	COMP.	80 mg	
06 E 153	CILAZAPRIL	COMP.	1 mg	
06 E 154	CILAZAPRIL	COMP.	2.5 mg	
06 E 155	IRBESARTAN	COMP.	75 mg	
06 E 156	IRBESARTAN	COMP.	150 mg	
06 E 157	IRBESARTAN	COMP.	300 mg	
06 E 158	VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMP.	80mg/12,5mg	
06 E 165	PERINDOPRIL	COMP SÉC	4mg	
06 E 166	VALSARTAN	COMP.	160 mg	
06 E 167	LOSARTAN/ HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMP	50mg/12,5mg	
06 E 168	LERCANIDIPINE	COMP.	10 mg	
06 E 196	CANDESARTAN CILEXETIL	COMP.SEC	4 mg	
06 E 197	CANDESARTAN CILEXETIL	COMP.SEC	8 mg	
06 E 201	RAMIPRIL	COMP SEC	10mg	
06 E 207	ATENOLOL/NIFEDIPINE	GLÉS LP	50 mg /20 mg	
06 E 212	IMIDAPRIL	COMP	5 mg	
06 E 213	IMIDAPRIL	COMP	10 mg	
06 E 219	IRBESARTAN /HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMP	150mg/ 12.5 mg	
06 E 220	IRBESARTAN/ HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMP	300mg / 12.5 mg	
06 E 222	MALEATE D'ENALAPRIL /HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMP SEC	20mg/12.5mg	
06 E 223	NITRENDIPINE	COMP	10 mg	
06 E 224	NITRENDIPINE	COMP	20 mg	
06 E 227	PERINDOPRIL / INDAPAMIDE	COMP SEC	2mg/ 0.625 mg	
06 E 228	PERINDOPRIL / INDAPAMIDE	COMP SEC	4mg/ 1.250 mg	
06 E 230	CANDESARTAN CILEXETIL/ HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMP	8mg /12.5 mg	
06 E 231	CANDESARTAN CILEXETIL/ HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMP	16mg/12.5mg	
06 E 234	CANDESARTAN CILEXETIL	COMP	16 mg	
06 E 237	VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMP PELL	160 mg/ 12.5 mg	
06 E 238	VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMP PELL	160 mg/25mg	
06 E 239	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMP PELL	100 mg/25mg	
06 E 240	LOSARTAN POTASSIUM	COMP PELL	100 mg	
06 F	BETA-BLOQUANTS			
06 F 067	ACEBUTOLOL	COMP .	200 mg	
06 F 068	ACEBUTOLOL	COMP .	400 mg	
06 F 069	ATENOLOL	COMP.	100 mg	
06 F 071	METOPROLOL	COMP. LP	200 mg	
06 F 073	PROPRANOLOL	COMP	40 mg	

06 F 074	PROPRANOLOL	GLES. LP	160 mg	
06 F 076	SOTALOL	COMP.	80 mg	
06 F 149	ATENOLOL	COMP.	50 mg	
06 F 162	BISOPROLOL	COMP.PELL	10 mg	
06 F 204	METOPROLOL TARTRATE	COMP.PELL	100 mg	
06 F 208	CARVEDILOL	COMP	6.25 mg	Pour l'indication insuffisance cardiaque, le remboursement n'intervient que sur prescription initiale hospitalière d'un médecin spécialiste en cardiologie et en renouvellement de la prescription initiale sur prescription de tout médecin spécialiste en cardiologie.
06 F 209	CARVEDILOL	COMP	25 mg	Pour l'indication insuffisance cardiaque, le remboursement n'intervient que sur prescription initiale hospitalière d'un médecin spécialiste en cardiologie et en renouvellement de la prescription initiale sur prescription de tout médecin spécialiste en cardiologie.
06 G	CARDIOTONIQUES ET CARDIO-ACCELERATEURS			
06 G 077	DESLANOSIDE	SOL.INJ.	0,2 mg/ml	
06 G 079	DIGOXINE	COMP.	0,25 mg	
06 G 080	DIGOXINE	SOL.BUV	0,05 mg	
06 G 081	DIGOXINE	SOL.INJ.	0,5 mg	
06 G 082	ISOPRENALINE CHLORHYDRATE	SOL.INJ.	0,2 mg	
06 H	DIURETIQUES			
06 H 083	ACETAZOLAMIDE	SOL.INJ.	500 mg	
06 H 084	ACETAZOLAMIDE	COMP.	250 mg	
06 H 087	FUROSEMIDE	SOL INJ	20 mg	
06 H 089	FUROSEMIDE	COMP	20 mg	
06 H 090	FUROSEMIDE	COMP	40 mg	
06 H 091	FUROSEMIDE	COMP.	500 mg	
06 H 094	HYDROCHLOROTHIAZIDE/ AMILORIDE	COMP	50 mg/5 mg	
06 H 095	SPIRONOLACTONE MICRONISEE	COMP/GLES	75 mg	
06 H 096	SPIRONOLACTONE/ALTIZIDE	COMP.	25 mg/15 mg	
06 H 140	BUMETANIDE	COMP	1 mg	
06 H 163	INDAPAMIDE	COMP ENROB LP	1,5mg	
06 H 217	SPIRONOLACTONE	COMP PELL	100 mg	
06 H 218	SPIRONOLACTONE	COMP PELL	50 mg	
06 J	VASODILATATEURS ET ANTI-ISCHEMIQUES			
06 J 100	NAFTIDROFURYL	GLES. LP	100 mg	
06 J 101	NAFTIDROFURYL	COMP. LP/ GLES. LP	200 mg	

06 J 103	PAPAVERINE	SOL. INJ	40 mg	
06 J 105	PENTOXIFYLLINE	COMP. SEC.	400mg	
06 J 106	TICLOPIDINE	COMP	250 mg	
06 J 107	TRIMETAZIDINE	COMP	20 mg	Remboursable uniquement dans les indications suivantes : Traitement prophylactique de la crise d'angine de poitrine ; Traitement symptomatique d'appoint des vertiges et des acouphènes.
06 J 159	CLOPIDOGREL	COMP.PELL.	75 mg	Remboursable uniquement sur prescription des médecins spécialistes en neurologie, en cardiologie, en chirurgie cardiovasculaire, en diabétologie et en médecine interne. Chez les patients souffrant : – d'infarctus du myocarde datant de quelques jours à moins de 35 jours, – d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs établie – d'accident vasculaire cérébral ischémique datant de plus de 07 jours et de moins de 6 mois, – d'un syndrome coronaire aigu sans sus décalage du segment ST(angor instable ou infarctus du myocarde sans onde Q) en association à l'acide acétylsalicylique et ce, avec ou sans pose de Stent – infarctus du myocarde avec sus décalage du segment ST en association à l'acide acétylsalicylique chez les patients traités médicalement et éligibles à un traitement trombolitique. Dans toutes ces situations le remboursement ne peut être accordé au-delà de 12 mois de traitement sans accord préalable de l'organisme de sécurité sociale.
06 J 215	TRIMETAZIDINE	SOL.BUV	20 mg / ml	Remboursable uniquement dans les indications suivantes : Traitement prophylactique de la crise d'angine de poitrine ; Traitement symptomatique d'appoint des vertiges et des acouphènes.
06 J 226	TRIMETAZIDINE	COMP.PELL à lib Mod	35 mg	Remboursable uniquement dans les indications suivantes : Traitement prophylactique de la crise d'angine de poitrine ; Traitement symptomatique d'appoint des vertiges et des acouphènes.

06 M	HYPOLIPIDIANTS			
06 M 120	FENOFIBRATE	GLES	200 mg	
06 M 133	CIPROFIBRATE	GLES	100 mg	
06 M 134	PRAVASTATINE	COMP.	20 mg	
06 M 136	SIMVASTATINE	COMP	20 mg	
06 M 150	FLUVASTATINE	GLES	20 mg	
06 M 151	FLUVASTATINE	GLES	40 mg	
06 M 169	FENOFIBRATE	GLES .LP	250 mg	
06 M 198	ATORVASTATINE	COMP.	10 mg	
06 M 203	SIMVASTATINE	COMP PELL	40 mg	
06 M 205	SIMVASTATINE	COMP PELL	10 mg	
06 M 214	FENOFIBRATE	COMP PELL à Lib Mod	160 mg	
06 M 225	ATORVASTATINE	COMP	20 mg	
06 M 236	FLUVASTATINE	COMP PELL LP	80 mg	
07	DERMATOLOGIE			
07 B	ANTI-ACNEIQUES, ANTI-ALOPECIQUES ET ANTI-SEBORRHEIQUES			
07 B 009	ACIDE TRETINOIQUE/ ERYTHROMYCINE	GEL.DERM.	0.03%	Remboursable sur prescription du dermatologue
07 B 010	ACIDE TRETINOIQUE/ ERYTHROMYCINE	TAMPON	0.05%	Remboursable sur prescription du dermatologue
07 B 013	PEROXYDE DE BENZOYLE	GEL	5%	
07 B 014	PEROXYDE DE BENZOYLE	GEL	10%	
07 B 086	ACIDE TRETINOIQUE	LOTION	0,10%	Remboursable sur prescription du dermatologue
07 B 087	ACIDE TRETINOIQUE	CREME DERM.	0,05%	Remboursable sur prescription du dermatologue
07 B 089	ERYTHROMYCINE	GEL	4%	
07 B 090	ISOTRETINOINE	GEL DERM	0.05%	Remboursable sur prescription du dermatologue
07 B 109	ADAPALENE	GEL POUR APPL. LOCALE	0.10%	Remboursable sur prescription du dermatologue
07 B 113	PEROXYDE DE BENZOYLE	GEL DERM.	2.50%	
07 B 122	PEROXYDE DE BENZOYLE	GEL.	4%	
07 B 147	CLINDAMYCINE	SOL P/ APPL LOC	1%	
07 C	ANTI-BACTERIENS LOCAUX			
07 C 016	FUSIDATE DE SODIUM	PDE.DERM.	2%	
07 C 017	FUSIDATE DE SODIUM	CREME.DERM.	2%	
07 C 020	NYSTATINE/ TRIAMCINOLONE/NEOMYCINE	PDE DERM	10MUI/0,1g/ 0,25g/100g	
07 C 104	MUPIROCINE	POMMADE	2%	
07 C 134	BACITRACINE/NEOMYCINE	PDE.DERM	250 UI/ 5000 UI/g	
07 C 135	BACITRACINE/NEOMYCINE	POUDRE DERM	250 UI/ 5000 UI/g	
07 D	ANTIFONGIQUES LOCAUX			
07 D 024	CLOTRIMAZOLE	CREME DERM.	1%	
07 D 025	ECONAZOLE	CREME	1%	
07 D 026	ECONAZOLE	LAIT.DERM.	1%	

07 D 027	ECONAZOLE	LOTION	1%	
07 D 028	KETOCONAZOLE	CREME	2%	
07 D 029	KETOCONAZOLE	GEL	2%	
07 D 030	MICONAZOLE	LOTION	2%	
07 D 031	MICONAZOLE	GEL Moussant	2%	
07 D 032	NYSTATINE	PDE.DERM.	100 000 UI/g	
07 D 092	KETOCONAZOLE	GEL Moussant SACHET	2%	
07 D 094	TERBINAFINE	CREME	1%	
07 D 108	SERTACONAZOLE	CREME	2%	
07 D 110	AMOROLFINE	SOL .APPL.LOCALE	5%	
07 D 123	OXICONAZOLE	CREME	1%	
07 D 124	OXICONAZOLE	POUDRE	1%	
07 D 131	NAFTIFINE CHLORHYDRATE	SOL.DERM.	1%	
07 D 132	NAFTIFINE CHLORHYDRATE	CRÈME.DERM.	1%	
07 D 139	SERTACONAZOLE NITRATE	GEL	2%	
07 D 140	CICLOPIROXOLAMINE	SOL	1,5%	
07 D 145	MICONAZOLE	GEL BUCCAL	2 g%	
07 D 148	CICLOPIROXOLAMINE	CREME	1%	
07 D 149	CICLOPIROXOLAMINE	SOL P/ APPL CUT	1%	
07 D 151	CICLOPIROX	SOL FILM P/APPL LOC	8%	
07 E	ANTIHERPETIQUES ET ANTIVIRAUX			
07 E 033	ACICLOVIR	CRÈME DERM.	5%	
07 H	DERMOCORTICOIDES			
07 H 038	BETAMETHASONE	CREME	0,05% à 0,1%	
07 H 039	BETAMETHASONE	PDE.DERM.	0,05% à 0,1%	
07 H 040	BETAMETHASONE	LOTION	0.05%	
07 H 041	BETAMETHASONE/ ACIDE SALICYLIQUE	PDE.DERM.	0,05%/30%	
07 H 042	DESONIDE	CREME	100 mg/100g	
07 H 043	DEXAMETHASONE	PDE.DERM.	50 mg	
07 H 044	FLUMETHASONE/ ACIDE SALICYLIQUE	PDE.DERM.	20 mg/3 g%	
07 H 046	FLUOCINONIDE	GEL DERM.	0.05%	
07 H 048	HYDROCORTISONE	CREME	1%	
07 H 050	TULLE GRAS AVEC CORTICOIDES	PM	Néomycine 205 000 UI/ Polymyxine B 300 000 UI/ Triamcinolone 37,5MG pour 100 G de vaseline	
07 H 051	TULLE GRAS AVEC CORTICOIDES	GM	Néomycine 205 000 UI/ Polymyxine B 300 000 UI/ Triamcinolone 37,5MG pour 100 G de vaseline	

07 H 116	HYDROCORTISONE	CREME	0.50%	
07 H 117	HYDROCORTISONE ACEPONATE	CREME LIPOPHILE	0.13%	
07 H 118	HYDROCORTISONE ACEPONATE	CREME HYDROPHILE	0.13%	
07 H 126	HYDROCORTISONE BUTYRATE	CREME	0,1%	
07 H 127	17-BUTYRATE D'HYDROCORTISONE	CREME EPAISSE	0,10 %	
07 H 128	HYDROCORTISONE BUTYRATE	LOTION	0,10%	
07 H 129	HYDROCORTISONE BUTYRATE	POMMADE	0,10%	
07 L	KERATOLYTIQUES ET REDUCTEURS			
07 L 056	ACITRETINE	COMP/GLES	25 mg	Remboursable sur prescription du dermatologue
07 L 057	ACITRETINE	GLES.	10 mg	Remboursable sur prescription du dermatologue
07 L 058	ISOTRETINOINE	CAPS.	10 mg	Remboursable sur prescription du dermatologue
07 L 059	ISOTRETINOINE	CAPS.	20 mg	Remboursable sur prescription du dermatologue
07 L 099	CALCIPOTRIOL	PDE.	0.01%	
07 L 106	CALCIPOTRIOL	CREME	0,005%	
07 L 144	ISOTRETINOINE	CAPS MOLLES	5mg	Remboursable sur prescription du dermatologue
07 M	PHOTOSENSIBILISANTS			
07 M 060	METHOXSALENE	COMP.	10 mg	
07 M 062	METHOXSALENE	SOL. APPLI. LOC.	0.10%	
07P	ANTISEPTIQUES			
07 P 067	CHLORHEXIDINE	SOL.DERM.	5%	
07 P 069	HEXAMIDINE	PDE	0.10%	
07 P 071	HEXAMIDINE	SOL.DERM.	0.10%	
07 P 072	HEXAMIDINE	SOL.DERM.	0.15%	
07 P 076	POLYVIDONE IODEE	SOL.DERM.	4%	
07 P 077	POLYVIDONE IODEE	SOL.DERM.	10%	
07 P 079	SULFADIAZINE ARGENTIQUE	CREME DERM.	1%	
07 P 136	TROLAMINE PURE	EMUL DERM.	0,670g/100g	
07 P 137	FACTEUR DE CROISSANCE EPIDERMIQUE (FCE) ET SULFADIAZINE ARGENTIQUE	CREME	0,001g/1g	
07 R	ANTIPARASITAIRES			
07 R 080	BENZOATE DE BENZYLE	SOL.DERM.	10%	
08	DIAGNOSTIC			
08 A	I.R.M			
08 A 001	GADOPENTETATE DE DIMEGLUMINE	SOL INJ	46,9g/100ml	
08 A 002	GADOTERATE DE MEGLUMINE	SOL.INJ.	0,5 M MOL/ml	
08 A 039	GADODIAMIDE	SOL.INJ	287 mg/ml	
08 B	OPACIFIANTS BARYTES			

08 B 004	BARYUM SULFATE	SUSP.BUV. ET RECT.	1 mg/ ml	
08 B 066	SULFATE DE BARYUM	SUSP. BUV. A DILUER	5g/100ml	
08 C	OPACIFIANTS IODES A ELIMINATION RENALE			
08 C 008	AMIDOTRIZOATE DE SODIUM	SOL.BUV.	l=370 mg	
08 C 009	AMIDOTRIZOATE DE SODIUM	SOL.INJ.	l=370 mg	
08 C 010	AMIDOTRIZOATE DE SODIUM ET DE MEGLUMINE	SOL.INJ I.V.	l= 370 mg	
08 C 017	IOHEXOL	SOL.INJ	l =300 mg	
08 C 018	IOHEXOL	SOL.INJ	l=350 mg	
08 C 047	IOXITALAMATE DE MEGLUMINE	SOL INJ	l=300 mg	
08 C 050	IOPENTOL	SOL.INJ	l =300 mg	
08 C 051	IOPENTOL	SOL.INJ	l=350 mg	
08 C 053	IOVERSOL	SOL INJ	l=300 mg	
08 C 054	IOVERSOL	SOL INJ	l=350 mg	
08 C 055	IOPROMIDE	SOL. INJ I.V.	l=300 mg	
08 C 056	IOPROMIDE	SOL. INJ I.V.	l=370 mg	
08 C 061	IOBITRIDOL	SOL INJ	l=300 mg	
08 C 062	IOBITRIDOL	SOL INJ	l=350 mg	
08 C 063	IOXITALAMATE DE MEGLUMINE	SOL INJ I.V.	l=250 mg	
08 C 064	IOXITALAMATE DE MEGLUMINE	SOL INJ	l=350 mg	
08 C 065	IOXAGLATE DE SODIUM ET DE MEGLUMINE	SOL.INJ.	l=320 mg	
09	ENDOCRINOLOGIE ET HORMONES			
09A	ANDROGENES ET ANTI-ANDROGENES			
09 A 002	CYPROTERONE ACETATE	COMP.	50 mg	
09 A 003	TESTOSTERONE ENANTHATE(ou HEPTYLATE)	SOL.INJ.	250 mg	
09 A 072	FLUTAMIDE	COMP/GLES	250 mg	
09 A 074	TESTOSTERONE UNDECANOATE	CAPS.	40 mg	
09 A 120	LETROZOL	COMP	2,5 mg	
09 A 137	BICALUTAMIDE	COMP ENR	50 mg	
09 A 142	EXEMESTANE	COMP ENR	25 mg	Remboursable uniquement après échec du traitement par anti-oestrogènes dans l'indication cancer du sein à un stade avancé ou en relais d'un traitement adjuvant de deux à trois ans par tamoxifène dans l'indication cancer du sein invasif . Dans les deux cas le remboursement n'intervient que chez les femmes ménopausées souffrant des tumeurs suscitées exprimant des récepteurs aux estrogènes .
09 B	ANTI-OESTROGENES			
09 B 004	TAMOXIFENE	COMP	10 mg	
09 B 075	TAMOXIFENE	COMP	20 mg	
09 B 114	ACETATE DE MEGESTROL	COMP	160 mg	

09 B 122	RALOXIFENE	COMP	60 mg	Remboursable uniquement dans les indications suivantes : -ostéoporose post ménopausique avec fracture(s) ou antécédents de fractures ostéoporotique(s) ; -ostéoporose post ménopausique sous corticothérapie prolongée , pour réduire le risque de fractures vertébrales, chez les femmes pour lesquelles existe une intolérance ou une contre indication ou une réponse non satisfaisante aux biphosphonates. Ces conditions particulières de remboursement ne sont applicables qu'aux nouveaux cas mis sous traitement à compter de la date de la publication du présent arrêté.
09 B 128	TIBOLONE	COMP.	2,5 mg	
09 B 139	ANASTRAZOLE	COMP ENR.	1 mg	
09 C	ANTI-GONADOTROPES			
09 C 005	DANAZOL	GLES	200 mg	
09 D	ANTI-PROLACTINE			
09 D 006	BROMOCRIPTINE	COMP.	2,5 mg	
09 D 079	QUINAGOLIDE	COMP.	Comp 25 µg/ comp 50 µg	
09 D 107	QUINAGOLIDE	COMP	75 µg	
09 D 108	QUINAGOLIDE	COMP	150 µg	
09 E	ANTI-THYROIDIENS			
09 E 007	CARBIMAZOLE	COMP.	5 mg	
09 E 112	BENZYLTHIOURACILE	COMP	25 mg	
09 F	ANABOLISANTS			
09 F 008	NORETHANDROLONE	COMP.	10 mg	
09 G	OESTROGENES			
09 G 009	17 B ESTRADIOL	GEL.APPLICAT. CUTANEE	60 mg/100g	
09 G 010	ESTRADIOL	PATCH	25 µg/24H	
09 G 011	ESTRADIOL	PATCH	50 µg/24H	
09 G 014	ESTRADIOL VALERIANATE	COMP	2 mg	
09 G 085	ESTRIOL	COMP	1 mg	
09 G 113	ESTRADIOL	COMP	2 mg	
09 G 115	17 B ESTRADIOL	COMP	2 mg	
09 G 121	ESTRADIOL	COMP	1,5 mg	
09 G 123	ESTRADIOL VALERIANATE	COMP. ENRO.	1 mg	
09 G 126	ESTRADIOL	GEL.TRANSD.	0.10%	
09 H	GLUCOCORTICOIDES			
09 H 016	CORTIVASOL	SUSP.INJ.	3,75 mg	

09 H 017	BETAMETHASONE	SUSP.INJ.	5 mg/2 mg	
09 H 018	BETAMETHASONE ACETATE/BETAMETHASONE PHOSPHATE DISODIQUE	SUSP.INJ.	2,7 mg/3 mg	
09 H 019	BETAMETHASONE	COMP.	0,5 mg	
09 H 020	BETAMETHASONE	GTTES..BUV.	0,5 mg/ml	
09 H 021	DEXAMETHASONE	SOL.INJ.	4 mg	
09 H 022	DEXAMETHASONE	SOL.INJ.	20 mg	
09 H 023	DEXAMETHASONE	COMP.	0.5 mg	
09 H 026	HYDROCORTISONE HEMISUCCINATE	PDRE.SOL.INJ.	100 mg	
09 H 027	HYDROCORTISONE HEMISUCCINATE	PDRE.SOL.INJ.	500 mg	
09 H 028	HYDROCORTISONE	COMP.	10 mg	
09 H 029	METHYLPREDNISOLONE	PDRE.SOL.INJ.	20 mg	
09 H 030	METHYLPREDNISOLONE	PDRE.SOL.INJ.	40 mg	
09 H 031	METHYLPREDNISOLONE	PDRE.SOL.INJ.	120 mg	
09 H 032	METHYLPREDNISOLONE	PDRE.SOL.INJ.	500 mg	
09 H 033	METHYLPREDNISOLONE	COMP.	4 mg	
09 H 034	PREDNISOLONE	COMP.EFFER.	5 mg	
09 H 035	PREDNISOLONE	COMP.EFFER.	20 mg	
09 H 037	PREDNISONNE BASE	COMP.	1 mg	
09 H 038	PREDNISONNE BASE	COMP.	5 mg	
09 H 039	TRIAMCINOLONE	COMP.	1 mg	
09 H 040	TRIAMCINOLONE	COMP.	4 mg	
09 H 088	DEXAMETHASONE	SOL.INJ.	5 mg	
09 H 090	METHYLPREDNISOLONE ACETATE	PDRE.SOL.INJ.	40 mg	
09 H 091	TRIAMCINOLONE ACETONIDE	SUSP.INJ.	40 mg	
09 H 092	METHYLPREDNISOLONE	COMP.	16 mg	
09 H 132	METHYLPREDNISOLONE	COMP EFFER.	16 mg	
09 H 133	BETAMETHASONE	COMP DISPER SEC	2mg	
09 H 143	PREDNISOLONE	COMP	5 mg	
09 H 144	PREDNISOLONE	COMP SEC	20 mg	
09 J	HORMONES HYPOTHALAMIQUES ET HYPOPHYSAIRES			
09 J 042	DESMOPRESSINE	SOLUTION ENDONASALE	0,1 MG/ML	
09 J 043	GONADOTROPHINE CHORIONIQUE	LYOPH INJ	500 UI	
09 J 044	GONADOTROPHINE CHORIONIQUE	LYOPH INJ	1500 UI	
09 J 045	GONADOTROPHINE CHORIONIQUE	LYOPH INJ	5000UI	
09 J 046	GONADOTROPHINE MENOPAUSIQUE	LYOPH INJ	75 UI	
09 J 048	LYPRESSINE	SOL.NASALE SPRAY	50 UI /ml	
09 J 052	TRIPTORELINE	SOL.INJ.	0,1 mg	
09 J 053	TRIPTORELINE	SOL.INJ.	3,75 mg	

09 J 094	FSH (UROFOLITROPHINE)	PDRE SOL.INJ. IM/SC	75 UI	
09 J 095	GOSERELINE	SOL. INJ.	3,6 mg	
09 J 118	FSH	PDRE SOL INJ	50UI	
09 J 119	FSH	PDRE SOL INJ	100UI	
09 J 127	SOMATROPINE	PDRE SOL INJ	12 UI	
09 J 130	FOLLITROPINE ALPHA/ FSH RECOMBINANTE	LYOPH. SOL INJ. IM/SC	150UI/ML	
09 J 131	DESMOPRESSINE	SOLUTION ENDONASALE SPRAY	0,1 MG/ML 510 µg/dose	
09 J 134	DESMOPRESSINE ACETATE	COMP	0.2 mg	Remboursable uniquement pour les indications suivantes : - Traitement du diabète insipide ; - Traitement de l'énurésie nocturne chez l'enfant de plus de 06ans avec accord préalable de l'organisme de sécurité sociale pour le remboursement au-delà de trois (03) mois de traitement consécutifs.
09 J 138	GOSERELINE	IMPLANT S/C	10.8mg	
09 J 140	CHORIOGONADOTROPINE ALFA	SOL INJ	250 µg / 0.5 ml	
09 J 141	SOMATROPINE	PDRE et solv p/solv inj en multidoses	8 mg / 1.37 ml	Remboursable uniquement sur prescription initiale et annuelle des médecins endocrinologues et pédiatres hospitaliers exerçant dans des services spécialisés d'endocrinologie ou de pédiatrie. Le remboursement est également accordé sur prescription par tout médecin endocrinologue et pédiatre intervenant en renouvellement de la prescription initiale et annuelle.
09 J 146	TRIPTORELINE	PDRE SOL INJ.	11.25 mg	
09 J 147	SOMATROPINE	SOL INJ S/C en stylo	5 mg/1.5 ml	Remboursable uniquement sur prescription initiale et annuelle des médecins endocrinologues et pédiatres hospitaliers exerçant dans des services spécialisés d'endocrinologie ou de pédiatrie. Le remboursement est également accordé sur prescription par tout médecin endocrinologue et pédiatre intervenant en renouvellement de la prescription initiale et annuelle.
09 J 148	CETRORELIX ACETATE	PDRE ET SOLV P/SOL INJ	0.25 mg	
09 J 149	CETRORELIX ACETATE	PDRE ET SOLV P/SOL INJ	3 mg	
09 J 219	FOLLITROPINE ALFA OU FSH RECOMBINANTE	LYOPH+SOL. PREP.INJ.	75UI/ml/SC	

09 K	HORMONES THYROIDIENNES			
09 K 055	TRI-IODOTHYRONINE	COMP.	25 µg	
09 K 056	THYROXINE	COMP.	50 µg	
09 K 057	THYROXINE	COMP.	100 µg	
09 L	INDUCTEURS DE L'OVULATION			
09 L 058	CLOMIFENE CITRATE	COMP.	50 mg	
09 N	PROGESTATIFS (SAUF CONTRACEPTIFS)			
09 N 060	DYDROGESTERONE	COMP	10 mg	
09 N 061	HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE	SOL.INJ.HUIL.	250 mg	
09 N 062	HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE	SOL.INJ.HUIL.	500 mg	
09 N 063	LYNESTEROL	COMP	5 mg	
09 N 066	NOMEGESTROL ACETATE	COMP.	5 mg	
09 N 067	PROGESTERONE	GEL	1g%	
09 N 068	PROMEGESTONE	COMP.	0,250 mg	
09 N 101	HYDROXYPROGESTERONE ENANTATE/PROGESTERONE/ TOCOPHEROL PALMITATE	SOL.INJ.	200 mg/50 mg/250 mg	
09 N 109	PROGESTERONE	CAPS.	100 mg	
09 N 111	PROMEGESTONE	COMP.	0,5 mg	
09 P	DIVERS			
09 P 069	CYPROTERONE ACETATE / ETHINYLESTRADIOL	COMP.	2 mg /35 µg	
09 P 071	OCTREOTIDE	SOL.INJ.	50 µg	
09 P 104	AMINOGLUTETHIMIDE	COMP.	250 mg	
09 P 109	OCTREOTIDE	SOL.INJ	100 µg	
09 P 110	OCTREOTIDE	SOL.INJ	500 µg	
09 P 124	LANREOTIDE	Pdre +solv / sol inj IM LP	30mg	Remboursable sur prescription de l'endocrinologue
10	GASTRO-ENTEROLOGIE			
10A	ANTI-ULCEREUX ET ANTI-H2			
10 A 001	OMEPRAZOLE	GLES .MICROG. GAST.RESIST	20 mg	
10 A 002	RANITIDINE	SOL INJ	50 mg/2 ml (25mg/ml)	
10 A 003	RANITIDINE	COMP.	150 mg	
10 A 087	OMEPRAZOLE	LYOPH. INJ	40 mg	
10 A 102	RANITIDINE	COMP	300 mg	
10 A 104	OMEPRAZOLE	COMP.	20 mg	
10 A 113	OMEPRAZOLE	GLES.	10 mg	
10 A 134	PANTOPRAZOLE	COMP	40 mg	Remboursable uniquement dans les indications suivantes : ulcère gastro- duodéal évolutif Oesophagite par reflux gastro oesophagien Eradication d'Helicobacter pylori /maladies ulcéreuses gastro duodénales

10 A 151	RANITIDINE HYDROCHLORIDE	COMP	75 mg	
10 B	ANTI-ACIDES ET PROTECTEURS GASTRO-INTESTINAUX			
10 B 010	HYDROXYDE D'ALUMINIUM ET DE MAGNESIUM	SUSP.BUV.		
10 B 011	MONTMORILLONITE BEIDELLITIQUE/ HYDROXYDE D'ALUMINIUM ET DE MAGNESIUM	SUSP.BUV.		
10 B 013	OXYDE D'ALUMINIUM	SUSP.BUV.	8,08 g	
10 B 014	PHOSPHATE D'ALUMINIUM	SUSP BUV SACHET	20 g	
10 B 015	DIOSMECTITE	PDRE.SUSP.BUV.	3 g	
10 B 088	MONTMORILLONITE BEIDELLITIQUE	PDRE.SUSP.BUV.	3 g	
10 B 089	OXYDE D'ALUMINIUM/OXYDE DE MAGNESIUM/OXETACAINE	SUSP.BUV.	3,8g/1,350g/0,187g/100g	
10 B 103	DIMETICONE ACTIVEE/GOMME DE CAROUBE	GRANULES		
10 B 105	HYDROXYDE D'ALUMINIUM ET DE MAGNESIUM	SUSP.BUV.SACHET	600 mg /525mg /15ml	
10 B 109	HYDROXYDE D'ALUMINIUM TRISILICATE DE MAGNESIUM / DIMETICONE	SUSP BUV	4 mg/8 mg/2 mg/100ml	
10 B 111	PHOSPHATE D'ALUMINIUM	SUS.BUV.	61,90 g/100 g	
10 B 119	SIMETICONE /PHLOROGLUCINOL	GLES	125mg/80mg	
10 B 120	ACIDE ALGINIQUE/ HYDROXYDE D'ALUMINIUM COLLOIDAL / CARBONATE DE MAGNESIUM/SILICE HYDRATE	SUSP.BUV.	4,0 mg/0,6mg /0,8 mg / 206 mg /100ml	
10 B 139	HYDROXYDE D'ALUMINIUM / HYDROXYDE DE MAGNESIUM	PDRE ORAL EFFER SACHET	400 mg / 400 mg	
10 C	ANTISEPTIQUES ET ANTI-INFECTIEUX INTESTINAUX			
10 C 016	NIFUROXAZIDE	GLES.	100 mg	
10 C 017	NIFUROXAZIDE	GLES	200 mg	
10 D	ANTISPASMODIQUES, ANTISECRETOIRES, ANTICHOLINERGIQUES			
10 D 028	PRIFINIUM BROMURE	SOL.INJ.	15 mg/2ml	
10 D 030	TIEMONIUM METHYLSULFATE	SOL. INJ	5 mg	
10 D 031	TIEMONIUM METHYLSULFATE	SUPPO.	20 mg	
10 D 032	TIEMONIUM METHYLSULFATE	SIROP	10 mg/5ml	
10 D 034	METAMIZOLE/CAMYLOFINE	SOL.INJ	1,2 g/120 mg/5ml	
10 D 090	PRIFINIUM BROMURE	SOL.BUV	2 mg/0,4 mg	
10 D 135	PRIFINIUM BROMURE	COMP	30mg	
10 E	ANTISPASMODIQUES MUSCULOTROPES			
10 E 035	MEBEVERINE	GLES	100 à 200 mg	
10 E 036	PINAVERIUM BROMURE	COMP.	50 mg	
10 E 037	PHLOROGLUCINOL	COMP	80 mg	
10 E 038	PHLOROGLUCINOL	SOL.INJ	10 mg	
10 E 039	PHLOROGLUCINOL	SUPPO.	150 mg	
10 E 104	PINAVERIUM BROMURE	COMP	100 mg	

10 E 108	PHLOROGLUCINOL	COMP. LYOC.	80 mg	
10 E 128	ALVERINE/SIMETICONE	CAPS	60MG/ 300MG	
10 E 155	MEBEVERINE CHLORHYDRATE	CAPS MOLLES	100 mg	
10 F	MEDICAMENTS DE LA MOTRICITE DIGESTIVE			
10 F 042	METOCLOPRAMIDE	SOL.INJ	10 mg	
10 F 043	METOCLOPRAMIDE	COMP.	10 mg	
10 F 044	METOCLOPRAMIDE	SOL.BUV	0,1 g%	
10 F 045	METOCLOPRAMIDE	GTTES..BUV.PED	0.26g%	
10 F 046	DOMPERIDONE	COMP.	10 mg	
10 F 047	DOMPERIDONE	SUSP.BUV.	1 mg/ml	
10 F 050	TRIMEBUTINE	SOL.INJ.	50 mg	
10 F 051	TRIMEBUTINE	COMP.	100 mg	
10 F 052	TRIMEBUTINE	GRAN.SUSP.BUV.	24 mg/5ml	
10 F 093	ONDANSETRON	COMP.	4 mg	
10 F 094	ONDANSETRON	COMP.	8 mg	
10 F 095	TRIMEBUTINE	SUPPO.	100 mg	
10 F 145	METOPIMAZINE	SOL BUV	0.1 g / 100 ml	
10 F 146	METOPIMAZINE	SOL INJ IM/ IV	10 mg / ml	
10 F 147	METOPIMAZINE	LYOPHILISAT ORAL	7.5 mg	
10 F 148	METOPIMAZINE	SUPPO	5 mg	
10 F 149	METOPIMAZINE	GLS	15 mg	
10 F 150	TRIMEBUTINE	GRAN P/SUSP BUV	74.4 mg	
10 F 152	METOCLOPRAMIDE	SUPPO	10 mg	
10 F 157	DOMPERIDONE	COMP LYOPH OR	10 mg	
10 G	ANTI-REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN			
10 G 054	ALGINATE DE SODIUM / BICARBONATE DE SODIUM	SUSP.BUV.		
10 G 125	DIMETICONE/GAIAZULENE	GEL. BUV.	3,000g / 0,004g	
10 H	ANTIDIARRHEIQUES			
10 H 056	LOPERAMIDE	GLS	2 mg	
10 H 144	LOPERAMIDE	SIROP	0.2 mg / ml	
10 K	ENZYMES DIGESTIVES			
10 K 060	POUDRE DE PANCREAS	GLS	12000 UI	
10 L	LAXATIFS			
10 L 062	LACTULOSE	SOL.BUV.	133 g / 200ml	
10 L 097	LACTULOSE	SOL.BUV.SACHET	10 g/15ml	
10 L 098	POLYETHYLENE GLYCOL 4000	PDRE SOL BUV	10g	
10 L 126	TEGUMENTS MUCILAGINEUX pulvérisés en graine de psyllium	PDRE P/SOL BUV en sachet	3.333 g /3.333 g	
10 L 129	POLYÉTHYLÈNE GLYCOL 3350	PDRE SOL BUV/ SACHET	130/ 125g / sachet	

10 L 163	POLYETHYLENE GLYCOL 3350/ SULFATE DE SODIUM ANHYDRE / BICARBONATE DE SODIUM / CHLORURE DE SODIUM / CHLORURE DE POTASSIUM	PDRE P/SOL BUV	59g / 5.68g/ 1.68g / 1.64g / 0.75g / sachet	Remboursable uniquement dans les indications suivantes : Préparation des examens radiologiques (lavements barytés) et endoscopiques (coloscopie).
10 M	MUCILAGES ET MEDICAMENTS DE LA CONSTIPATION			
10 M 064	GOMME DE STERCULIA / KAOLIN / OXYDE DE MAGNESIUM / SULFATE DE MAGNESIUM / MEPROBAMATE / SULFATE DE MAGNESIUM	GRANULES		
10 M 065	GOMME DE STERCULIA/PURE	GRANULES		
10 M 115	DIHYDROGÉNOPHOSPHATE DE SODIUM / HYDROGÉNOPHOSPHATE DE SODIUM	SOL RECT. AD	23 ,66g /10,40g	Remboursable uniquement dans l'indication: Préparation des examens radiologiques et endoscopiques du rectosigmoïde
10 M 121	DIHYDROGENOPHOSPHATE DE SODIUM / HYDROGENOPHOSPHATE DE SODIUM	SOL .RECT .ENFANT	10,92g / 4,80g	Remboursable uniquement dans l'indication: Préparation des examens radiologiques et endoscopiques du rectosigmoïde
10 M 124	GLYCERINE BEBE	SUPPO.	0,72g	
10 N	MEDICAMENTS DE LA RECTOCOLITE HEMORRAGIQUE			
10 N 075	MESALAZINE	COMP. GASTRO. RESIST	500 mg	
10 N 076	MESALAZINE	SUPPO.	500 mg	
10 N 077	MESALAZINE	SUSP RECT	1g/100ml	
10 N 078	SALAZOSULFAPYRIDINE	COMP.	500 mg	
10 N 131	MESALAZINE	SUPPO.	1g	
10 R	DIVERS			
10 R 084	COLESTYRAMINE	PDRE.OR.	4 g	
10 R 086	POLYETHYLENE GLYCOL 4000	PDRE.SOL.BUV	64 g	
10 R 101	ACIDE URSODESOXYCHOLIQUE	GLS	200 mg	
11	GYNECOLOGIE			
11 A	ANTI-INFECTIEUX LOCAUX			
11 A 001	ECONAZOLE NITRATE MICRONISE	OVULES	150 mg	
11 A 002	METRONIDAZOLE	OVULES	500 mg	
11 A 003	NEOMYCINE/ POLIMYXINE B / NYSTATINE	CAPS.VAG.		
11 A 004	NYSTATINE	COMP.GYNECO.	100 000 UI	
11 A 005	PROMESTRIENE	CAPS.VAG.	10 mg	
11 A 006	PROMESTRIENE / CHLORQUINALDOL	COMP.GYNECO.	10 mg/200mg	
11 A 042	BUTOCONAZOLE NITRATE	OVULES	100 mg	
11 A 046	ESTRIOL	OVULES	0,5 mg	
11 A 067	METRONIDAZOLE / NEOMYCINE /NYSTATINE	COMP GYNECO	500mg/ 65000UI / 100 000UI	

11 A 071	ECONAZOLE NITRATE	OVULES à LIB PROLONGEE	150 mg	
11 C	UTEROTONIQUES			
11 C 011	METHYLERGOMETRINE	SOL.INJ.	0,2 mg	
11 C 012	METHYLERGOMETRINE	SOL.BUV.GTTES.	0,25 mg/ml	
11 D	OESTROPROGESTATIFS			
11 D 059	17 B ESTRADIOL / NORETHISTERONE	COMP	2 mg/1 mg	
11 D 060	ESTRADIOL/ MEDROXYPROGESTERONE	COMP.	Comp. Blancs 2 mg comp. Bleus 2 mg/10 mg.	
11 D 061	ESTRADIOL/DYDROGESTERONE	COMP.	2 mg/10 mg	
11 D 065	ESTRADIOL/DYDROGESTERONE	COMP PELL	1mg/10mg	
11 D 066	ESTRADIOL/DYDROGESTERONE	COMP PELL	1mg/5mg	
11 E	OCYTOCIQUES			
11 E 019	OXYTOCINE	SOL.INJ.	5 UI	
11 G	CONTRACEPTIFS LOCAUX			
11 G 023	BENZALKONIUM CHLORURE	OVULES		
11 G 024	BENZALKONIUM CHLORURE	CREME	1.20%	
11 H	CONTRACEPTIFS HORMONAUX			
11 H 026	DESOGESTREL / ETHINYLESTRADIOL	COMP	0,15 mg/ 0,03 mg	
11 H 027	LEVONORGESTREL	COMP.	0,03 mg	
11 H 028	LEVONORGESTREL/ ETHINYLESTRADIOL	7 COMP BLANCS. 14 COMP ROSE ORANGE	Blancs / 0,15mg / 0,03mg. Rose orangé / 0,20mg / 0,04 mg.	
11 H 029	LYNESTRENOL	COMP	0,5 mg	
11 H 031	LYNESTRENOL/ ETHINYLESTRADIOL	COMP.	1 mg/50 µg	
11 H 032	DL-NORGESTREL/ ETHINYLESTRADIOL	COMP.	0,50 mg/0,05 mg	
11 H 040	LEVONORGESTREL/ ETHINYLESTRADIOL	COMP	0.15 mg/ 0.03 mg	
11 H 041	LEVONORGESTREL/ ETHINYLESTRADIOL	COMP	0,25 mg/ 0,05 mg	
11 H 049	ETHINYLESTRADIOL/ DESOGESTREL	COMP.	0,02 mg/ 0,15 mg	
11 H 050	ETHINYLESTRADIOL/ LEVONORGESTREL	COMP	30 µg / 0.05mg / 6JRS-40 µg / 0.075mg / 5JRS- 30µg / 0.125mg / 10JRS	
11 H 062	ETHINYLESTRADIOL/ GESTODENE	COMP.	20 µg/75 µg	
11 H 063	VALERATE D'ESTRADIOL/ACETATE DE CYPROTERONE	COMP.	2 mg/1 mg	

11 H 064	LEVONORGESTREL	COMP.	750 µg	
11 H 069	ETHINYLESTRADIOL / GESTODENE	COMP PELL	15µg /60µg	
11 J	DISPOSITIFS INTRA-UTERINS			
11 J 035	STERILET FORME ENCRE 250	STERILET		
11 J 036	STERILET FORME ENCRE 375	STERILET		
12	HEMATOLOGIE ET HEMOSTASE			
12 A	ANTICOAGULANTS ORAUX			
12 A 001	ACENOCOUMAROL	COMP	4 mg	
12 A 003	DIPYRIDAMOLE	COMP.	75 mg	
12 A 111	ACIDE ACETYL SALICYLIQUE	COMP ENROB	81 mg	
12 A 131	ACIDE ACETYL SALICYLIQUE	COMP	100 mg	
12 B	ANTICOAGULANTS INJECTABLES			
12 B 004	HEPARINATE DE CALCIUM 0,2ml	SOL.INJ.SC.	25 000 UI/ml	
12 B 005	HEPARINATE DE CALCIUM 0,3ml	SOL.INJ.SC.	25 000 UI/ml	
12 B 007	HEPARINE SODIQUE	SOL.INJ.IV	25 000 UI / 5ml	
12 B 078	TINZAPARINE SODIQUE	SOL.INJ.SC.	10 000 UI Anti Xa/0,5ml	
12 B 079	TINZAPARINE SODIQUE	SOL.INJ.SC.	14 000 UI Anti Xa/0,7ml	
12 B 080	TINZAPARINE SODIQUE	SOL.INJ.SC.	18 000 UI Anti Xa/0,9ml	
12 B 081	ENOXAPARINE SODIQUE	SOL.INJ.SC.	20 mg/0,2ml	
12 B 082	ENOXAPARINE SODIQUE	SOL.INJ.SC.	40 mg/0,4ml	
12 B 083	ENOXAPARINE SODIQUE	SOL.INJ.SC.	60 mg/0,6ml	
12 B 084	ENOXAPARINE SODIQUE	SOL.INJ.SC.	80 mg/0,8ml	
12 B 085	ENOXAPARINE SODIQUE	SOL.INJ.SC.	100mg/1ml	
12 B 087	NADROPARINE CALCIQUE	SOL.INJ.SC.	2850 UI Anti Xa/0,3 ml	
12 B 088	NADROPARINE CALCIQUE	SOL.INJ.SC.	3800 UI Anti Xa /0,4 ml	
12 B 089	NADROPARINE CALCIQUE	SOL.INJ.SC.	5700 UI Anti Xa / 0,6ml	
12 B 090	NADROPARINE CALCIQUE	SOL.INJ.SC.	7600 UI Anti Xa /0,8ml	
12 B 091	NADROPARINE CALCIQUE	SOL.INJ.SC.	9500 UI Anti Xa /1ml	
12 B 092	NADROPARINE CALCIQUE	SOL.INJ.SC.	11 400 UI Anti Xa/0,6ml	
12 B 093	NADROPARINE CALCIQUE	SOL.INJ.SC.	15 200 UI Anti Xa/0,8ml	
12 B 094	NADROPARINE CALCIQUE	SOL.INJ.SC.	19 000 UI Anti Xa/1ml	
12 B 097	TINZAPARINE SODIQUE	SOL.INJ.SC.	2500UI Anti Xa /0,25ml	
12 B 098	TINZAPARINE SODIQUE	SOL.INJ.SC.	3500 UI Anti Xa/0,35ml	
12 B 099	TINZAPARINE SODIQUE	SOL.INJ.SC.	4500 UI Anti Xa /0,45ml	
12 C	ANTIFIBRINOLYTIQUES			

12 C 011	ACIDE AMINOCAPROIQUE	SOL INJ IV	2g	
12 D	VITAMINES K			
12 D 015	PHYTOMENADIONE	SOL .INJ (IM-IV)	10 mg	
12 D 018	PHYTOMENADIONE	COMP.	10 mg	
12 D 019	PHYTOMENADIONE	EMUL.BUV.GTTES	20 mg/ml	
12 E	ANTI-ANEMIQUES			
12 E 020	ACIDE FOLIQUE	COMP.	5 mg	
12 E 021	CYANOCOBALAMINE	SOL.BUV.	1000 µg	
12 E 022	CYANOCOBALAMINE	SOL.INJ.	100 µg	
12 E 025	FEREDETATE DE SODIUM	SIROP	4,75 mg /100ml	
12 E 026	FUMARATE FERREUX	COMP.	200 mg	
12 E 027	FUMARATE FERREUX	PDRE.OR.	100 mg	
12 E 077	HYDROXYDE FERRIQUE POLYMALTOSE	SOL.INJ.	100 mg	
12 E 078	ACIDE FOLIQUE/SULFATE FERREUX	COMP. ENROBES	0,35 mg/ 160,20 mg	
12 E 106	HYDROXYDE FERRIQUE POLYMALTOSE	SOL.BUV.	100 mg	
12 E 107	COMPLEXE DE FER II GLYCINE SULFATE	CAPS. A GRAN. GR	567,7mg. Équiv fer +100mg	
12 E 108	COMPLEXE DE FERII GLYCINE SULFATE /ACIDE FOLIQUE	GLES A GRAN. GR	454 ,13mg .Equiv .fer+ 80mg+ 1mg	
12 E 109	COMPLEXE FER III HYDROXYDE POLYMALTOSE	SIROP	50 mg / 1 ml	
12 E 120	SULFATE FERREUX / ACIDE ASCORBIQUE	GLES	50 mg (fer) / 30mg	
12 E 126	FER FERREUX II	SOL BUV en gttes	30MG/ML FER II (170MG/ML complexe glycine sulfate ferreux)	
12 E 127	FER FERREUX II	SOL BUV sous formede chlorure ferreuxtetrahydrate	50 mg/5 ml	
12 H	HEMOSTATIQUES GENERAUX			
12 H 039	ETAMSYLATE	SOL.INJ.	250 mg	
12 H 040	ETAMSYLATE	COMP.	250 mg	
12 J	FACTEURS SANGUINS			

12 J 124	IMMUNOGLOBULINE HUMAINE ANTI D (Rho)	SOL INJ	250 µg/ml	Remboursable dans les indications suivantes : - Chez les mères rhésus négatif immédiatement, après accouchement quand le père est rhésus positif ; - chez les femmes enceintes rhésus négatif qui courent le risque de recevoir du sang facteur Rh positif en raison de différentes pathologies (placenta previa, amniocentèse, avortements, saignements...) La prise en charge de ce médicament reste comprise dans le forfait-hôpital en cas d'hospitalisation dans les structures publiques de santé pour accouchement, avortement et autres situations.
13	INFECTIOLOGIE			
13 A	AMINOSIDES			
13 A 003	GENTAMICINE	SOL.INJ.	10 mg	
13 A 004	GENTAMICINE	SOL.INJ.	40 mg	
13 A 005	GENTAMICINE	SOL.INJ.	80 mg	
13 A 282	NETILMICINE SULFATE	SOL INJ IM/IV	25mg/ml	
13 A 283	NETILMICINE SULFATE	SOL INJ IM/IV	100mg/ml	
13 B	CEPHALOSPORINES			
13 B 009	CEFALEXINE	GLES	250 mg	
13 B 010	CEFALEXINE	COMP/GLES	500 mg	
13 B 011	CEFALEXINE	GRANULES. SUSP.OR.	125 mg/5 ml	
13 B 012	CEFAZOLINE	PDRE.SOL.INJ. IV	1 g	
13 B 013	CEFAZOLINE	PDRE. SOL. INJ.IM	1 g	
13 B 156	CEFALEXINE	PDRE.SOL.BUV.	250 mg/5ml	
13 B 157	CEFAZOLINE	PDRE.SOL. INJ IM/IV	0,5 g	
13 B 184	CEFAZOLINE	PDRE.SOL.INJ/IM/IV	1 g	
13 B 193	CEFRADINE	GLES	500 mg	
13 B 197	CEFIXIME	PDRE.SUSP.BUV.	40 mg/5ml	
13 B 198	CEFIXIME	PDRE.SUSP.BUV.	100 mg/5ml	
13 B 199	CEFIXIME	GRANULES	40 mg	
13 B 200	CEFIXIME	GRANULES	100 mg / sachet	
13 B 201	CEFIXIME	COMP	200 mg	
13 B 203	CEFALEXINE	GRAN.	250 mg	
13 B 207	CEFUROXIME AXETIL	COMP.	125 mg	
13 B 208	CEFUROXIME AXETIL	COMP.	250 mg	
13 B 223	CEFALEXINE	COMP.	1 g	
13 B 224	CEFUROXIME	SUSP BUV	125 mg/5ml	
13 B 257	CÉFAZOLINE SODIUM	PDRE SOL INJ /IM	500mg	

13 B 259	CEFACLOR	SUSP. BUV.	125mg/5ml	
13 B 260	CEFACLOR	SUSP BUV	250mg/5ml	
13 B 261	CEFACLOR	GLES	250mg	
13 B 262	CEFACLOR	GLES	500mg	
13 B 296	CEFUROXIME AXETIL	COMP PELL en sachet	500 mg	
13 B 309	CEFIXIME	PDRE P/SUSP BUV	50 mg/5ml	
13 B 318	CEFDINIR	CAPS	300 mg	
13 B 319	CEFDINIR	SUSP BUV	125 mg/ 5ml	
13 C	CYCLINES			
13 C 020	DOXYCYCLINE	COMP/GLES	100 mg	
13 C 022	OXYTETRACYCLINE/LIDOCAINE	SOL INJ I.M.	250 mg / 40 mg	
13 C 023	OXYTETRACYCLINE	COMP/GLES	250 mg	
13 C 246	LYMECYCLINE	GLES	150mg	
13 D	LINCOSAMIDES			
13 D 025	CLINDAMYCINE	GLES	150 mg	
13 E	MACROLIDES ET SYNERGISTINES			
13 E 028	ERYTHROMYCINE	GRAN.SUSP.BUV.	200 mg/5ml	
13 E 029	ERYTHROMYCINE	COMP	500 mg	
13 E 031	SPIRAMICYNE	COMP.	1,5 M UI	
13 E 032	SPIRAMICYNE	COMP.	3 M UI	
13 E 038	PRISTINAMYCINE	COMP.	500 mg	
13 E 154	SPIRAMICYNE	SIROP	0,375 M.UI / 5ml	
13 E 176	AZITHROMYCINE	GLES	250 mg	
13 E 177	AZITHROMYCINE	PDRE SUSP BUV	200 mg/5ml	
13 E 185	ROXITHROMYCINE	COMP	150 mg	
13 E 188	JOSAMYCINE	GRANULES.SUSP. BUV	125 mg /5ml	
13 E 189	JOSAMYCINE	GRANULES.SUSP. BUV	250 mg /5ml	
13 E 190	JOSAMYCINE	GRANULES.SUSP. BUV	500 mg	
13 E 191	JOSAMYCINE	PDRE. ORALE SACHET	250 mg	
13 E 192	JOSAMYCINE	PDRE. ORALE SACHET	500 mg	
13 E 199	METRONIDAZOLE	COMP	500 mg	
13 E 202	JOSAMYCINE	COMP.	500 mg	
13 E 206	ERYTHROMYCINE DIHYDRATEE	GLES A MICRO. GRANULES GASTRO. RESISTANTS	250 mg	
13 E 215	CLARITHROMYCINE	COMP	500 mg	
13 E 244	CLARITHROMYCINE	COMP.	250 mg	
13 E 263	TELITHROMYCINE	COMP PELL	400mg	Non remboursable dans l'indication : Angines et pharyngites
13 E 297	CLARITHROMYCINE	SUSP ORALE	250 mg / 5 ml	
13 E 299	AZITHROMYCINE	COMP PELL SEC	500 mg	

13 E 300	SPIRAMYCINE / METRONIDAZOLE	COMP	750 000 UI / 125 mg	
13 F	NITRO-5-IMIDAZOLES			
13 F 039	METRONIDAZOLE	COMP.	250 mg	
13 F 040	METRONIDAZOLE	SUSP.BUV.	125 mg/5ml	
13 F 225	METRONIDAZOLE	SUSP.BUV.	200 mg/5ml	
13 G	PENICILLINES			
13 G 042	AMOXICILLINE	PDRE.SOL.INJ.	500 mg	
13 G 043	AMOXICILLINE	PDRE.SOL.INJ.	1 g	
13 G 044	AMOXICILLINE	GLES	250 mg	
13 G 045	AMOXICILLINE	GLES	500 mg	
13 G 046	AMOXICILLINE	PDRE.SUSP.BUV	125 mg/5 ml	
13 G 047	AMOXICILLINE	PDRE.SUSP.BUV	250 mg/5ml	
13 G 049	AMOXICILLINE/ACIDE CLAVULANIQUE	SOL.INJ.	500 mg/ 50 mg	
13 G 050	AMOXICILLINE/ACIDE CLAVULANIQUE	COMP	500 mg/ 125 mg	
13 G 051	AMOXICILLINE/ACIDE CLAVULANIQUE	PDRE .SUSP. BUV	250 mg/ 62.5 mg/5ml	
13 G 053	AMPICILLINE	PDRE.SOL.INJ.	500 mg	
13 G 054	AMPICILLINE	PDRE.SOL.INJ.	1g	
13 G 055	AMPICILLINE	PDRE.SUSP.BUV	125 mg/5 ml	
13 G 056	AMPICILLINE	PDRE.SUSP.BUV	250 mg/5ml	
13 G 057	AMPICILLINE	GLES	250 mg	
13 G 058	AMPICILLINE	GLES	500 mg	
13 G 059	BENETHAMINE PENICILLINE /BENZYL PENICILLINE	PDRE.SOL.INJ	600 000UI/ 400 000UI	
13 G 060	BENZATHINE BENZYL PENICILLINE	PDRE.SOL.INJ.	600 000 UI	
13 G 061	BENZATHINE BENZYL PENICILLINE	PDRE.SOL.INJ	1,2 M UI	
13 G 062	BENZYL PENICILLINE	PDRE.SOL.INJ.	500 000 UI	
13 G 063	BENZYL PENICILLINE	PDRE.SOL.INJ.	1 M UI	
13 G 064	BENZYL PENICILLINE/BENZYLPE NICILLINE PROCAINE	PDRE.SOL.INJ	500 000 UI	
13 G 065	BENZYL PENICILLINE SODIQUE / BENZYL PENICILLINATE DE PROCAINE	PDRE.SOL.INJ	1 M UI	
13 G 068	OXACILLINE	PDRE.SOL.INJ.	500 mg	
13 G 069	OXACILLINE	PDRE.SOL.INJ.	1 g	
13 G 070	OXACILLINE	GLES	250 mg	
13 G 071	PHENOXYMETHYLPENICILLINE	PDRE.SUSP.BUV	250 mg/5ml	
13 G 072	PHENOXYMETHYLPENICILLINE	COMP.	1 M UI	
13 G 159	AMOXICILLINE/ ACIDE CLAVULANIQUE	PDRE.SUSP.BUV	125 mg /31,25 mg	
13 G 160	OXACILLINE	GLES	500 mg	
13 G 161	OXACILLINE	PDRE .SOL. BUV	250 mg/5ml	
13 G 164	COLISTINE	COMP	1,5 M UI	

13 G 181	AMOXICILLINE/ ACIDE CLAVULANIQUE	PDRE.SUSP.BUV.	100mg /12,5mg/ml	
13 G 182	AMOXICILLINE/ ACIDE CLAVULANIQUE	PDRE.SOL.INJ.	1g/200 mg	
13 G 183	AMOXICILLINE/ ACIDE CLAVULANIQUE	PDRE.SOL.INJ.	2g/200 mg	
13 G 204	AMOXICILLINE/ ACIDE CLAVULANIQUE rapport 8/1	PDRE SOL.BUV SACHET.	500 mg/ 62,5mg	
13 G 220	AMOXICILLINE	PDRE. SUSP. BUV	500 mg/5ml	
13 G 221	AMOXICILLINE	COMP	1g	
13 G 230	AMOXICILLINE TRIHYDRATE	COMP DISPER	1g	
13 G 245	AMOXICILLINE/ACIDE CLAVULANIQUE	COMP PELL	500mg/ 62,5mg	
13 G 248	CLOXACILLINE	PDRE. SOL.INJ. IM	1g/5ml	
13 G 250	CLOXACILLINE	GLÉS	500mg	
13 G 265	AMOXICILLINE/ACIDE CLAVULANIQUE	PDRE SUSP BUV	200mg /28,5mg/5ml	
13 G 266	AMOXICILLINE/ ACIDE CLAVULANIQUE	PDRE SUSP BUV	400mg / 57mg/5ml	
13 G 267	AMOXICILLINE/ACIDE CLAVULANIQUE	COMP	875mg/ 125mg	
13 G 268	AMOXICILLINE	PDRE.SOL BUV SACHET.	1g	
13 G 269	AMOXICILLINE/ACIDE CLAVULANIQUE rapport 8/1	PDRE SOL BUV SACHET	1g/125 mg	
13 G 280	AMOXICILLINE/ACIDE CLAVULANIQUE	PDRE SOL INJ IV	500 mg / 100 mg	
13 G 301	AMOXICILLINE TRIHYDRATEE	COMP DISPER	500 mg	
13 G 302	AMOXICILLINE TRIHYDRATEE	COMP DISPER	250 mg	
13 G 305	PHENOXYMETHYL PENICILLINE	GRLS SUSP BUV	400 000 UI / 5ml	
13 G 306	PHENOXYMETHYL PENICILLINE	COMP ENROB	1 500 000 UI	
13 H	PHENICOLES			
13 H 081	CHLORAMPHENICOL	SUSP.BUV.	125 mg/5ml	
13 H 082	THIAMPHENICOL	PDRE.SOL.INJ.	750 mg	
13 H 083	THIAMPHENICOL	COMP.	250 mg	
13 H 217	THIAMPHENICOL	COMP	500 mg	
13 J	POLYMYXINES			
13 J 085	COLISTINE	PDRE.SOL.INJ.	1 M UI	
13K	QUINOLONES			
13 K 229	NORFLOXACINE	COMP ENROB	400mg	
13 K 251	CIPROFLOXACINE	SOL INJ	200mg	
13 K 252	CIPROFLOXACINE	COMP PELL	250mg	
13 K 253	CIPROFLOXACINE	COMP PELL	500mg	
13 K 254	CIPROFLOXACINE	COMP	750mg	
13 L	NITROFURANES			
13 L 088	FURAZOLIDONE	COMP.	100 mg	
13 L 089	FURAZOLIDONE	SUSP.BUV.	344 mg / 100 ml	
13 M	SULFAMIDES			

13 M 090	COTRIMOXAZOLE (SULFAMETHOXAZOLE / TRIMETHOPRIME)	SUSP.BUV.	200 mg / 40 mg /5ml	
13 M 092	COTRIMOXAZOLE (SULFAMETHOXAZOLE / TRIMETHOPRIME)	COMP.	400 mg / 80 mg	
13 M 169	COTRIMOXAZOLE (SULFAMETHOXAZOLE/ TRIMETHOPRIME)	COMP.	800 mg / 160 mg	
13 N	AUTRES ANTIBIOTIQUES ET ANTIBACTERIENS			
13 N 178	ACIDE FUSIDIQUE	PDRE.SOL.INJ.	500 mg	
13 N 179	ACIDE FUSIDIQUE	COMP.	250 mg	
13 N 180	ACIDE FUSIDIQUE	SUSP.BUV	250 mg/5ml	
13 P	ANTIVIRAUX			
13 P 097	ACICLOVIR	COMP.	200 mg	
13 P 290	OSELTAMIVIR	GLES	75 mg	Remboursable uniquement dans le traitement préventif de la grippe saisonnière lors des périodes d'épidémie chez les sujets à risque élevé de complications de la grippe énumérés dans les conditions particulières de remboursement du vaccin antigrippal qui sont non vaccinés ou qui présentent une contre indication à la vaccination ou qui sont vaccinés depuis moins de 15 jours et qui ont été en contact proche avec un patient présentant un épisode d'allure grippale, et chez les immunodéprimés. Dans ces situations le remboursement ne peut être accordé au-delà de 14 jours sans accord préalable de l'organisme de sécurité sociale.
13 R	ANTIFONGIQUES SYSTEMIQUES			
13 R 106	AMPHOTERICINE B	SUSP.BUV.	100 mg	
13 R 108	FLUCONAZOLE	GLES	100 mg	
13 R 109	GRISEOFULVINE	COMP.	125 mg	
13 R 110	GRISEOFULVINE	COMP.	250 mg	
13 R 111	GRISEOFULVINE	COMP.	500 mg	
13 R 113	KETOCONAZOLE	COMP.	200 mg	
13 R 155	FLUCONAZOLE	GLES	50 mg	
13 R 170	FLUCONAZOLE	GLES	200 mg	
13 R 172	TERBINAFINE	COMP.	250 mg	
13 R 258	FLUCONAZOLE	GLES A GRAN GR	150mg	
13 U	VACCINS			

13 U 135	VACCIN ANTI GRIPPAL	SUSP INJ	0..5 ml	Remboursable pour les seuls assurés sociaux et ayants droit à risque élevé de complications de la grippe : - Personnes âgées de 65 ans et plus - Adultes et enfants atteints de pathologies chroniques pulmonaires ,cardiaques, rénales métaboliques neuromusculaires et, ceux souffrant d' accident vasculaire cérébral invalidant.
14	METABOLISME NUTRITION DIABETE			
14 A	ANTIDIABETIQUES ORAUX			
14 A 001	CARBUTAMIDE	COMP.	500 mg	
14 A 002	GLIBENCLAMIDE	COMP.	2.5 mg	
14 A 003	GLIBENCLAMIDE	COMP	5 mg	
14 A 004	GLICLAZIDE	COMP.	80 mg	
14 A 005	GLIPIZIDE	COMP.	5 mg	
14 A 006	METFORMINE CHLORHYDRATE	COMP.	500 mg	
14 A 007	METFORMINE CHLORHYDRATE	COMP.	850 mg	
14 A 008	METFORMINE EMBONATE	COMP	700 mg	
14 A 136	ACARBOSE	COMP.	50 mg	
14 A 137	GLIPIZIDE	COMP. LIBERATION MODIFIEE	5 mg	
14 A 138	GLIPIZIDE	COMP. LIBERATION MODIFIEE	10 mg	
14 A 187	GLIMEPIRIDE	COMP	1 mg	
14 A 188	GLIMEPIRIDE	COMP	2 mg	
14 A 189	GLIMEPIRIDE	COMP	3 mg	
14 A 190	GLIMEPIRIDE	COMP	4 mg	
14 A 200	REPAGLINIDE	COMP.	0,5 mg	
14 A 201	REPAGLINIDE	COMP.	1 mg	
14 A 202	REPAGLINIDE	COMP.	2 mg	
14 A 205	ROSIGLITAZONE MALEATE	COMP	4mg	Remboursable uniquement sur prescription du : Diabétologue, Endocrinologue et Médecin interniste.
14 A 206	ROSIGLITAZONE MALEATE	COMP	8mg	Remboursable uniquement sur prescription du : Diabétologue, Endocrinologue et du Médecin Interniste.
14 A 224	METFORMINE CHLORHYDRATE	COMP PELL SEC	1g	
14 A 303	GLICLAZIDE	COMP à libération modifiée	30mg	
14 A 305	GLIQUIDONE	COMP SEC	30mg	
14 B	INSULINES			
14 B 153	INSULINE RAPIDE HUMAINE	SOL INJ CART	100UI/ml	

14 B 155	INSULINE HUMAINE INTERMEDIAIRE MONOPHASIQUE	SOL.INJ.CART.	100UI/ml	
14 B 157	INSULINE HUMAINE INTERMEDIAIRE BIPHASIQUE	SOL. INJ. CART.	100UI/ml	
14 B 182	INSULINE LISPRO	SOL. INJ. CART	100UI/ml	
14 B 192	INSULINE/INSULINE ISOPHANE	SUSP. INJ. 30% / 70%	100UI/ml	
14 B 193	INSULINE ISOPHANE	SUSP. INJ.	100UI/ml	
14 B 194	INSULINE HUMAINE MONOCOMPOSEE	SOL. INJ.	100UI/ml	
14 B 196	INSULINE INTERMEDIAIRE BIPHASIQUE/INSULINE RAPIDE/ INTERMEDIAIRE	SUSP. INJ. CART.30%/70%	100UI/ml	
14 B 197	INSULINE HUMAINE RAPIDE	SUSP. INJ.	100UI/ml	
14 B 203	INSULINE HUMAINE/INSULINE ISOPHANE	SUSP. INJ. 25%/75%	100UI/ml	
14 B 210	INSULINE HUMAINE/ INSULINE ISOPHANE	SUSP INJ 25% / 75%cartouches	100UI / ml	
14 B 211	INSULINE HUMAINE ISOPHANE	SUSP INJ cartouches	100UI / ml	
14 B 213	INSULINE GLARGINE	SOL INJ	100UI / ml cartouches de 3ml pour stylos	
14 B 214	INSULINE GLARGINE	SOL INJ	100UI/ml	
14 B 215	INSULINE GLARGINE	SOL INJ	100UI / ml stylos pré remplis de 3 ml	
14 B 223	INSULINE ASPARTE	SOL INJ	100UI/ml stylos multidoses pré remplis jetables de 3 ml	
14 B 224	INSULINE ASPARTE	SOL INJ	100UI/ ml cartouches de 3ml	
14 B 225	INSULINE ASPARTE /INSULINE ASPARTE PROTAMINE	SUSP INJ30%/70%	100UI /ml stylos multi doses pré remplis jetables de 3 ml	
14 B 226	INSULINE ASPARTE /INSULINE ASPARTE PROTAMINE	SUSP INJ30%/70%	100UI/ml cartouches de 3ml	
14 B 227	INSULINE DETEMIR	SOL INJ	100 UI /ML stylos pré remplis jetables de 3 ml	
14 B 228	INSULINE DETEMIR	SOL INJ	100 UI / ML cartouche de 3 ml	
14 C	HYPERGLYCEMIANTS			
14 C 021	GLUCAGON	LYOPHILISAT	1 mg	

14 C 139	GLUCAGON	SERINGUE PREREMPLIE	1 mg	
14 D	ANTI-HYPERKALIEMIANTS			
14 D 022	POLYSTYRENE SULFONATE DE SODIUM	PDRE.SUSP.OR.		
14 G	ELEMENTS MINERAUX ET EQUILIBRE HYDRO-ELECTROLYTIQUE			
14 G 033	CALCIUM GLUBIONATE	SOL.INJ.	0,6875 g	
14 G 035	CALCIUM GLUCONOLACTATE /CARBONATE DE CALCIUM	COMP.EFFER.	2,94g/0,3 g	
14 G 038	L-CARNITINE	SOL.BUV.	1g/10ml	
14 G 054	MAGNESIUM PIDOLATE	SOL.BUV.	1,5g/ml	Remboursable uniquement dans les situations de carence avérée en magnésium
14 G 057	PHOSPHORE	COMP.EFFER.	750 mg	
14 G 061	GLUCONATE DE POTASSIUM	SIROP	7.46%	
14 G 065	SELS DE REHYDRATATION CITRATE	PDRE.ORALE.		
14 G 104	GLUCONOLACTATE ET CARBONATE DE CALCIUM	PDRE.OR. SACHET	3,405g/0,15g	
14 G 135	CALCIUM PIDOLATE	SIROP	10%	
14 G 141	CALCIUM CARBONATE	COMP.	500 mg	
14 G 161	ASPARTATE DE MAGNESIUM DIHYDRATE	GLES	400 mg	Remboursable uniquement dans les situations de carence avérée en magnésium.
14 G 162	PIDOLATE DE MAGNESIUM	SIROP	15% (0.75g/5ml)	Remboursable uniquement dans les situations de carence avérée en magnésium.
14 G 164	MAGNESIUM PIDOLATE / MAGNESIUM LACTATE / PYRIDOXINE CHLORHYDRATE	AMP.BUV.	186 mg/936 mg/10mg	Remboursable uniquement dans les situations de carence avérée en magnésium
14 G 175	CALCIUM CARBONATE / COLECALCIFEROL	COMP.	1,25g/400 UI	
14 G 229	OXYDE DE MAGNESIUM	GLES	250mg	Remboursable uniquement dans les situations de carence avérée en magnésium
14 H	VITAMINES			
14 H 085	ACIDE ASCORBIQUE	SOL.INJ.	500 mg	
14 H 088	ALFACALCIDOL	CAPS.	1 µg	
14 H 089	ALFACALCIDOL	CAPS.	0.25 µg	
14 H 092	CALCIFEDIOL	GTTES .BUV.	5 µg/GTTE	
14 H 094	COLECALCIFEROL	SOL.BUV.	200 000 UI	
14 H 095	COLECALCIFEROL	SOL.INJ.	200 000 UI	
14 H 097	COMPLEXE VITAMINIQUE	SOL.BUV. / GTTES. BUV.		
14 H 101	PYRIDOXINE	SOL.INJ.	250 mg	
14 H 102	PYRIDOXINE	COMP.	250 mg	
14 H 108	THIAMINE	SOL.INJ.	100 mg	

14 H 110	TOCOPHEROL	CAPS.	100mg	Remboursable uniquement dans le traitement de la carence avérée de la vitamine E chez les patients souffrant de la maladie de Crohn, de la maladie coeliaque, de la mucoviscidose et de l'abêtalipoprotéinémie
14 H 112	VITAMINE B1 B6	COMP	250mg/250mg	
14 H 145	CHLORURE DE POTASSIUM	COMP. LP	600 mg	
14 H 146	CHLORURE DE POTASSIUM	COMP. LP	1 g	
14 J	NUTRITION ENTERALE			
14 J 173	OXOGLURATE NEUTRE DE L(+) ORNITHINE MONOHYDRATE	PDRE SOL ORALE ET ENTERALE	5g	
14 L	LAITS ET FARINES			
14 L 131	LAIT SANS PROTEINES DE LAIT DE VACHE	PDRE		Remboursable sur prescription du pédiatre
14 L 133	LAIT SPECIAL PREMATURES	PDRE		Remboursable sur prescription du pédiatre
15	NEUROLOGIE			
15 A	ANTI-EPILEPTIQUES ET ANTI-CONVULSIVANTS			
15 A 001	ACIDE VALPROIQUE	COMP/ CAPS.	200 mg	
15 A 002	ACIDE VALPROIQUE	COMP/CAPS	500 mg	
15 A 003	ACIDE VALPROIQUE	SOL.BUV.	200 mg /ml	
15 A 004	CARBAMAZEPINE	COMP.	200 mg	
15 A 006	CARBAMAZEPINE	SUSP.BUV.	100 mg/5ml	
15 A 008	CLONAZEPAM	COMP.	2 mg	
15 A 009	CLONAZEPAM	SOL.BUV.	2,5 mg/ml	
15 A 012	PHENOBARBITAL	PDRE.SOL.INJ	40 mg	
15 A 013	PHENOBARBITAL	COMP.	50 mg	
15 A 014	PHENOBARBITAL	COMP.	100 mg	
15 A 016	PHENYTOINE	COMP.	100 mg	
15 A 036	CARBAMAZEPINE	COMP. LP	400 mg	
15 A 043	VALPROATE DE SODIUM / ACIDE VALPROIQUE	COMP.	500 mg	
15 A 051	LAMOTRIGINE	COMP.DISPER.	5 mg	
15 A 052	LAMOTRIGINE	COMP.DISPER.	25 mg	
15 A 053	LAMOTRIGINE	COMP DISPER	100mg	
15 A 056	ACIDE VALPROIQUE	SIROP ENFANTS	50mg/ml	
15 A 057	CARBAMAZEPINE	COMP LP	600mg	
15 A 058	CARBAMAZEPINE	COMP LP	300mg	
15 A 063	LAMOTRIGINE	COMP	25 mg	
15 A 064	LAMOTRIGINE	COMP	50 mg	
15 A 065	PREGABALINE	GLES	25 mg	
15 A 066	PREGABALINE	GLES	50 mg	
15 A 067	PREGABALINE	GLES	100 mg	
15 A 068	PREGABALINE	GLES	150 mg	
15 A 069	PREGABALINE	GLES	300 mg	

15 A 072	LEVETIRACETAM	COMP PELL	250 mg	Remboursable sur prescription du neurologue
15 A 076	OXCARBAZEPINE	COMP PELL	150 mg	Remboursable sur prescription du neurologue.
15 B	ANTIMIGRAINEUX			
15 B 020	DIHYDROERGOTAMINE	SOL.INJ.	1 mg/ml	
15 B 021	DIHYDROERGOTAMINE	SOL.BUV.	2 mg/ml	
15 B 022	PIZOTIFENE	COMP	0.5 mg	
15 B 037	DIHYDROERGOTAMINE MESILATE	CAPS	3 mg	
15 B 041	DIHYDROERGOTAMINE	GLES	5 mg	
15 B 045	CITICOLINE	GTTES BUV.	0.10%	
15 B 054	NARATRIPTAN	COMP	2,5mg	
15 B 059	SUMATRIPTAN succinate	COMP	50mg	
15 C	ANTIMYASTHENIQUES			
15 C 024	NEOSTIGMINE METHYLSULFATE	SOL.INJ	0,5 mg	
15 C 026	PYRIDOSTIGMINE BROMURE	COMP.	60 mg	
15 D	ANTIPARKINSONIENS			
15 D 028	BROMOCRIPTINE	GLES	10 mg	
15 D 029	LEVODOPA/BENSERAZIDE	GLES	100 mg/25mg	
15 D 030	LEVODOPA/BENSERAZIDE	COMP/GLES	200 mg/50 mg	
15 D 031	LEVODOPA/CARBIDOPA	COMP.	100 mg/10 mg	
15 D 032	LEVODOPA/CARBIDOPA	COMP.	250 mg/25 mg	
15 D 033	TRIHENYPHENIDYLE	GLES LP	2 mg	
15 D 034	TRIHENYPHENIDYLE	GLES LP	5 mg	
15 D 062	TRIHENYPHENIDYLE	COMP.	5 mg	
15 D 077	ENTACAPONE	COMP PELL	200 mg	
15 F	MALADIE D'ALZHEIMER			
15 F 074	CHLORHYDRATE DE DONEPEZIL	COMP PELL	5 mg	Remboursable uniquement sur prescription du neurologue et du psychiatre . Le remboursement de ce médicament doit être soumis à l'accord préalable de l'organisme de sécurité sociale pour le remboursement initial et tous les six mois. .La demande d'accord préalable doit être accompagnée d'un compte rendu médical du patient mentionnant initialement son état, qui doit répondre à l'indication du donépézil, puis argumentant l'utilité de la poursuite du traitement (malade répondeur, preuve de l'amélioration des fonctions cognitives par au moins deux tests psychométriques et une évaluation clinique).

15 F 075	CHLORHYDRATE DE DONEPEZIL	COMP PELL	10 mg	Remboursable uniquement sur prescription du neurologue et du psychiatre . Le remboursement de ce médicament doit être soumis à l'accord préalable de l'organisme de sécurité sociale pour le remboursement initial et tous les six mois. La demande d'accord préalable doit être accompagnée d'un compte rendu médical du patient mentionnant initialement son état, qui doit répondre à l'indication du donépézil , puis argumentant l'utilité de la poursuite du traitement (malade répondeur, preuve de l'amélioration des fonctions cognitives par au moins deux tests psychométriques et une évaluation clinique).
15 G	SCLEROSE EN PLAQUE			
15 G 055	INTERFERON BETA-1A	SOL INJ en seringue Pré remplie	44µg/0.5ml (12 MUI/0.5ml)	Remboursable uniquement sur prescription des services hospitaliers spécialisés en neurologie. En outre le remboursement de ce médicament doit être soumis à l'accord préalable de la caisse de sécurité sociale lors de la première demande de remboursement et tous les six mois. Ce médicament n'est remboursable que si les critères de remboursement consignés sur la fiche technique de la sécurité sociale sont remplis (critères diagnostiques,cliniques, d'évolution de la maladie, thérapeutiques-réponse du patient au traitement).
15 G 078	INTERFERON BETA -1 A RECOMBINANT	SOL INJ en seringue pré remplie	30µg/0.5 ml (6 MUI/0.5ml)	Remboursable uniquement sur prescription des services hospitaliers spécialisés en neurologie. En outre le remboursement de ce médicament doit être soumis à l'accord préalable de la caisse de sécurité sociale lors de la première demande de remboursement et tous les six mois. Ce médicament n'est remboursable que si les critères de remboursement consignés sur la fiche technique de la sécurité sociale sont remplis (critères diagnostiques,cliniques, d'évolution de la maladie, thérapeutiques-réponse du patient au traitement).

16	PSYCHIATRIE			
16 A	ANTIDEPRESSEURS			
16 A 001	AMITRIPTYLINE	COMP	25 mg	
16 A 002	AMITRIPTYLINE	COMP.	50 mg	
16 A 003	AMITRIPTYLINE	GTTES.BUV.	4%	
16 A 004	CLOMIPRAMINE	SOL.INJ.	25 mg	
16 A 005	CLOMIPRAMINE	COMP.	10 mg	
16 A 006	CLOMIPRAMINE	COMP.	25 mg	
16 A 007	CLOMIPRAMINE	COMP.	75 mg	
16 A 010	MAPROTILINE	COMP.	25 mg	
16 A 011	MAPROTILINE	COMP.	75 mg	
16 A 013	MIANSERINE CHLORHYDRATE	COMP	10 mg	
16 A 014	MIANSERINE CHLORHYDRATE	COMP	30 mg	
16 A 016	OPIPRAMOL	COMP / DRAG	50 mg	
16 A 017	TRIMIPRAMINE	COMP.	25 mg	
16 A 018	TRIMIPRAMINE	GTTES.BUV.	4%	
16 A 019	CLOMIPRAMINE	DRAG.	10 mg	
16 A 020	CLOMIPRAMINE	DRAG.	25 mg	
16 A 021	CLOMIPRAMINE	DRAG.	75 mg	
16 A 078	FLUOXETINE	GLES	20 mg	
16 A 086	MIRTAZAPINE	COMP .	30 mg	
16 A 087	MIRTAZAPINE	COMP .	45 mg	
16 A 088	FLUOXETINE	SOL.BUV	20 mg/5ml	
16 A 091	FLUVOXAMINE	COMP .	50 mg	
16 A 092	FLUVOXAMINE	COMP .	100 mg	
16 A 095	PAROXETINE	COMP .	20 mg	
16 A 096	CLOZAPINE	COMP .	25 mg	
16 A 097	CLOZAPINE	COMP .	100 mg	
16 A 099	SERTRALINE	GLES	50 mg	
16 A 105	ESCITALOPRAM	COMP	10 mg	
16 B	ANXIOLYTIQUES			
16 B 019	CHLORDIAZEPOXIDE	COMP.	5 mg	Médicament devant être soumis à l'accord préalable de l'organisme de sécurité sociale pour le remboursement au delà de 12 semaines de traitement consécutives.
16 B 020	CHLORDIAZEPOXIDE	COMP/GLES.	10 mg	Médicament devant être soumis à l'accord préalable de l'organisme de sécurité sociale pour le remboursement au delà de 12 semaines de traitement consécutives.
16 B 021	CLORAZEPATE DIPOTASSIQUE	LYOPH . INJ	20 mg	Médicament devant être soumis à l'accord préalable de l'organisme de sécurité sociale pour le remboursement au delà de 12 semaines de traitement consécutives

16 B 022	CLORAZEPATE DIPOTASSIQUE	LYOPH . INJ	50 mg	Médicament devant être soumis à l'accord préalable de l'organisme de sécurité sociale pour le remboursement au delà de 12 semaines de traitement consécutives
16 B 023	CLORAZEPATE DIPOTASSIQUE	GLES	5 mg	Médicament devant être soumis à l'accord préalable de l'organisme de sécurité sociale pour le remboursement au delà de 12 semaines de traitement consécutives.
16 B 024	CLORAZEPATE DIPOTASSIQUE	GLES	10 mg	Médicament devant être soumis à l'accord préalable de l'organisme de sécurité sociale pour le remboursement au delà de 12 semaines de traitement consécutives
16 B 025	DIAZEPAM	SOL.INJ.	10 mg	Médicament devant être soumis à l'accord préalable de l'organisme de sécurité sociale pour le remboursement au delà de 12 semaines de traitement consécutives.
16 B 026	DIAZEPAM	COMP.	2 mg	Médicament devant être soumis à l'accord préalable de l'organisme de sécurité sociale pour le remboursement au delà de 12 semaines de traitement consécutives
16 B 027	DIAZEPAM	COMP.	5 mg	Médicament devant être soumis à l'accord préalable de l'organisme de sécurité sociale pour le remboursement au delà de 12 semaines de traitement consécutives
16 B 028	DIAZEPAM	COMP.	10 mg	Médicament devant être soumis à l'accord préalable de l'organisme de sécurité sociale pour le remboursement au delà de 12 semaines de traitement consécutives
16 B 029	DIAZEPAM	SOL.BUV.GTTES.	1%	Médicament devant être soumis à l'accord préalable de l'organisme de sécurité sociale pour le remboursement au delà de 12 semaines de traitement consécutives
16 B 040	HYDROXYZINE	COMP.	25 mg	Médicament devant être soumis à l'accord préalable de l'organisme de sécurité sociale pour le remboursement au delà de 12 semaines de traitement consécutives

16 B 041	HYDROXYZINE	COMP.	100 mg	Médicament devant être soumis à l'accord préalable de l'organisme de sécurité sociale pour le remboursement au delà de 12 semaines de traitement consécutives
16 B 042	LORAZEPAM	COMP.	1 mg	Médicament devant être soumis à l'accord préalable de l'organisme de sécurité sociale pour le remboursement au delà de 12 semaines de traitement consécutives
16 B 043	LORAZEPAM	COMP.	2,5 mg	Médicament devant être soumis à l'accord préalable de l'organisme de sécurité sociale pour le remboursement au delà de 12 semaines de traitement consécutives.
16 B 044	MEPROBAMATE	SOL INJ.	400 mg	Médicament devant être soumis à l'accord préalable de l'organisme de sécurité sociale pour le remboursement au delà de 12 semaines de traitement consécutives.
16 B 045	MEPROBAMATE	COMP.	200 mg	Médicament devant être soumis à l'accord préalable de l'organisme de sécurité sociale pour le remboursement au delà de 12 semaines de traitement consécutives.
16 B 046	MEPROBAMATE	COMP .	400 mg	Médicament devant être soumis à l'accord préalable de l'organisme de sécurité sociale pour le remboursement au delà de 12 semaines de traitement consécutives.
16 B 078	PRAZEPAM	COMP	10 mg	Médicament devant être soumis à l'accord préalable de l'organisme de sécurité sociale pour le remboursement au delà de 12 semaines de traitement consécutives.
16 B 079	HYDROXYZINE DICHLORHYDRATE	SIROP	0.20%	Médicament devant être soumis à l'accord préalable de l'organisme de sécurité sociale pour le remboursement au delà de 12 semaines de traitement consécutives.
16 B 080	PRAZEPAM	SOL BUV GTTES	15 mg/ml	Médicament devant être soumis à l'accord préalable de l'organisme de sécurité sociale pour le remboursement au delà de 12 semaines de traitement consécutives.

16 B 093	ETIFOXINE CHLORHYDRATE	GLES	50 mg	Médicament devant être soumis à l'accord préalable de l'organisme de sécurité sociale pour le remboursement au delà de 12 semaines de traitement consécutives.
16 B 098	BROMAZEPAM	COMP.	6 mg	Médicament devant être soumis à l'accord préalable de l'organisme de sécurité sociale pour le remboursement au delà de 12 semaines de traitement consécutives.
16 C	HYPNOTIQUES			
16 C 050	FLUNITRAZEPAM	COMP.	2 mg	Médicament devant être soumis à l'accord préalable de l'organisme de sécurité sociale pour le remboursement au delà de quatre (04) semaines de traitement consécutives.
16 C 052	NITRAZEPAM	COMP.	5 mg	Médicament devant être soumis à l'accord préalable de l'organisme de sécurité sociale pour le remboursement au delà de quatre (04) semaines de traitement consécutives.
16 C 082	TEMAZEPAM	CAPS. MOLLES	20 mg	Médicament devant être soumis à l'accord préalable de l'organisme de sécurité sociale pour le remboursement au delà de quatre (04) semaines de traitement consécutives.
16 C 095	ZOLPIDEM	COMP PELL SEC	10 mg	Médicament devant être soumis à l'accord préalable de l'organisme de sécurité sociale pour le remboursement au delà de quatre (04) semaines de traitement consécutives.
16 D	NEUROLEPTIQUES			
16 D 053	CHLORPROMAZINE	SOL.INJ.	25 mg	
16 D 054	CHLORPROMAZINE	COMP /DRAG	100 mg	
16 D 055	CHLORPROMAZINE	GTTES.BUV.	4%	
16 D 056	LEVOMEPRMAZINE	SOL.INJ.	25 mg	
16 D 057	LEVOMEPRMAZINE	COMP.	25 mg	
16 D 058	LEVOMEPRMAZINE	COMP.	100 mg	
16 D 059	LEVOMEPRMAZINE	GTTES.BUV.	4%	
16 D 060	PIPOTIAZINE	COMP.	10 mg	
16 D 061	PIPOTIAZINE RETARD	SOL.INJ.	25 mg	
16 D 066	SULPIRIDE	COMP /GLES	50 mg	
16 D 067	SULPIRIDE	SOL.BUV.	25 mg/c à c	
16 D 075	TRIFLUOPERAZINE	COMP.	10 mg	
16 D 076	TRIFLUOPERAZINE	SOL.BUV.GTTES.	4%	
16 D 081	FLUPHENAZINE DICHLORHYDRATE	COMP.ENROB.	25 mg	

16 D 082	FLUPHENAZINE DICHLORHYDRATE	COMP.SEC.	100 mg	
16 D 083	FLUPHENAZINE DECANOATE	SOL.INJ.	25 mg/1ml	
16 D 084	HALOPERIDOL	SOL.INJ.	5 mg/ml	
16 D 085	HALOPERIDOL	SOL.BUV.GTTES.	2 mg/ml	
16 D 086	HALOPERIDOL	COMP.	1 mg	
16 D 087	HALOPERIDOL	COMP.	5 mg	
16 D 088	SULPIRIDE	COMP.	200 mg	
16 D 089	RISPERIDONE	COMP PELL SEC.	1 mg	Remboursable uniquement sur prescription du psychiatre
16 D 090	RISPERIDONE	COMP PELL SEC.	2 mg	Remboursable uniquement sur prescription du psychiatre
16 D 091	RISPERIDONE	COMP PELL SEC.	4 mg	Remboursable uniquement sur prescription du psychiatre
16 D 092	RISPERIDONE	SUSP BUV	1mg/ml	Remboursable uniquement sur prescription du psychiatre
16 D 094	AMISULPRIDE	COMP SEC	200 mg	
16 D 099	OLANZAPINE	COMP.	5 mg	Remboursable uniquement sur prescription du psychiatre
16 D 100	OLANZAPINE	COMP.	10 mg	Remboursable uniquement sur prescription du psychiatre
16 D 101	OLANZAPINE	COMP ORO DISPER.	10 mg	Remboursable uniquement sur prescription du psychiatre
16 E	NORMOTHYMIQUES			
16 E 077	LITHIUM BICARBONATE	COMP.	250 mg	
17	OPHTALMOLOGIE			
17 A	ANESTHESIQUES LOCAUX			
17 A 001	OXYBUPROCAINE	COLLYRE.	0.40%	
17 B	ANTI-ALLERGIQUES LOCAUX			
17 B 003	CROMOGLYCATÉ DE SODIUM	COLLYRE.	2%	
17 B 100	ACIDE N. ACÉTYL ASPARTYL GLUTAMIQUE	COLLYRE.	4,9g/100ml	
17 B 109	LEVOCABASTINE	COLLYRE	0.05%	
17 B 120	SULFATE D'ANTAZOLINE /NITRATE DE NAPHAZOLINE	COLLYRE STERILE	5 mg/0.25 mg	
17 B 121	LODOXAMIDE	COLLYRE	0.1%	
17 C	ANTI-GLAUCOMATEUX			
17 C 004	ACECLIDINE/ ACIDE BORIQUE /BORATE DE SODIUM	COLLYRE.	2%	
17 C 005	ACECLIDINE/ADRENALINE	COLLYRE.	2%/1%/10ml	
17 C 006	BETAXOLOL CHLORHYDRATE	COLLYRE.	0.50%	
17 C 007	CARTEOLOL	COLLYRE.	1%	
17 C 009	PILOCARPINE	COLLYRE.	1%	
17 C 010	PILOCARPINE	COLLYRE.	2%	
17 C 012	TIMOLOL	COLLYRE.	0.25%	
17 C 013	TIMOLOL	COLLYRE.	0,5 %	
17 C 101	CARTEOLOL	COLLYRE.	2%	

17 C 107	CARTEOLOL/PILOCARPINE	COLLYRE.	2%/2%	
17 C 116	PILOCARPINE/TIMOLOL	COLLYRE.	1g/0.5g	
17 C 121	DORZOLAMIDE CHLORHYDRATE	COLLYRE	2%	
17 C 127	LATANOPROST	COLLYRE.	50 µg/ml	
17 C 139	TRAVOPOST	COLLYRE.	40 µg/ml	
17 C 140	BRINZOLAMIDE	COLLYRE	10 mg/ml	
17 C 141	DORSOLAMIDE / TIMOLOL	COLLYRE	20 mg / 5 mg /ml	
17 C 146	CARTEOLOL	COLLYRE SOL LIB PROLONGEE	1%	
17 C 147	CARTEOLOL	COLLYRE SOL LIB PROLONGEE	2%	
17 D	ANTI-INFECTIEUX LOCAUX			
17 D 014	BACITRACINE	COLLYRE.	500 UI/ml	
17 D 015	CHLORAMPHENICOL	COLLYRE.	0.40%	
17 D 016	CHLORAMPHENICOL	PDE.OPHT.	1%/5g	
17 D 017	CHLORTETRACYCLINE	PDE.OPHT.	1%	
17 D 018	COLISTINE/HYDROCORTISONE/ BACITRACINE	COLLYRE.	25MUI/1g / 50000UI	
17 D 020	GENTAMICINE	COLLYRE.	3 mg/ml	
17 D 021	GENTAMICINE	PDE.OPHT.	3 mg/g	
17 D 022	NEOMYCINE	COLLYRE.	0.35%	
17 D 023	NEOMYCINE	COLLYRE	1%	
17 D 024	NEOMYCINE/DEXAMETHASONE	COLLYRE.	350000UI / 100 mg/%	
17 D 026	NEOMYCINE/GRAMICIDINE	COLLYRE.	0,32% / 0,005%	
17 D 027	NEOMYCINE/POLIMYXINE B	COLLYRE.	3400UI / 10 000UI	
17 D 028	NEOMYCINE/TRIAMCINOLONE	PDE.OPHT.	0,35 % / 0,1 %	
17 D 029	NORFLOXACINE	COLLYRE.	3 mg / ml	
17 D 030	OXYTETRACYCLINE	PDE.OPHT.	1% / 5g	
17 D 032	FRAMYCETINE/POLYMIXINE B/SYNEPHRINE	COLLYRE.	700UI / 700UI/100 mg	
17 D 033	RIFAMYCINE	COLLYRE.	1% /10ml	
17 D 034	RIFAMYCINE	PDE.OPHT.	1% /5g	
17 D 035	SULFACETAMIDE/ CHLORAMPHENICOL	COLLYRE	10 %/0,5%	
17 D 104	ACIDE FUSIDIQUE	GEL OPHT	1%	
17 D 108	FRAMYCETINE/ DEXAMETHASONE	COLLYRE	360 000UI / 100 mg / 100ml	
17 D 112	DEXAMETHASONE/ NEOMYCINE	COLLYRE.	100mg/ 340000UI/ 100ml	
17 D 117	DEXAMETHASONE/ OXYTETRACYCLINE	PDE. OPHT	0,267mg / 1,335mg / CAPS	
17 D 122	TOBRAMYCINE	COLLYRE.	300 000UI	
17 D 123	OXYTETRACYCLINE	COLLYRE	1%	
17 D 124	DICLOFENAC/GENTAMICINE	COLLYRE	0.1g/300 000UI pour 100ml	

17 D 125	FRAMYCETINE /DEXAMETHASONE	PDE.OPHT.	315 000 UI / 0.1g /100g	
17 D 129	NEOMYCINE/POLYMYXINE B	PDE.OPHT.	340 000 UI / 1 000 000 UI	
17 D 131	CIPROFLOXACINE CHLORHYDRATE	COLLYRE	0,30%	
17 D 138	INDOMETACINE/GENTAMICINE	COLLYRE	5mg/15000UI/ 5ml	
17 D 144	BETAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE/ NEOMYCINE SULFATE	COLLYRE /SOL AUR/SOL NAS	1 mg / 5mg / 1ml	Non remboursable pour son indication en rhinologie
17 E	ANTISEPTIQUES LOCAUX			
17 E 039	PROTEINATE D'ARGENT OU NITRATE	COLLYRE.	1%	
17 E 119	PICLOXYDINE CHLORHYDRATE	COLLYRE.	0,05g%	
17 F	ANTIVIRAUX LOCAUX			
17 F 042	ACICLOVIR	PDE. OPHT.	3%	
17 F 130	GANCICLOVIR	GEL.OPHT.	0,15%.	
17 G	CORTICOIDES LOCAUX			
17 G 046	DESONIDE PHOSPHATE BISODIQUE	COLLYRE.	0.25%	
17 G 047	DESONIDE PHOSPHATE BISODIQUE	PDE.OPHT.	0.25%	
17 G 048	DEXAMETHASONE/NEOMYCINE/ POLYMYXINE B	COLLY RE.	100mg /350000UI/ 600.000U /100ml	
17 G 051	HYDROCORTISONE	COLLYRE.	1%	
17 G 052	HYDROCORTISONE	PDE.OPHT.	1%	
17 G 053	PREDNISOLONE	COLLYRE .	0,25 %/5ml	
17 G 054	TRIAMCINOLONE	COLLYRE.	0.10%	
17 G 110	DEXAMETHASONE/ NEOMYCINE/POLYMYXINE B	PDE OPHT.	0,1g /350 000UI / 600 000UI pour 100g	
17 G 134	FLUOROMETHOLONE	COLLYRE	0,10%	
17 G 142	PREDNISOLE SODIUM PHOSPHATE	COLLYRE	53.50 mg / 10 ml	
17 G 143	BETAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	COLLYRE/SOL AUR /SOL NAS	1 mg/1ml	Non remboursable pour son indication en rhinologie
17 H	MYDRIATIQUES			
17 H 055	ATROPINE	COLLYRE.	0.25%	
17 H 056	ATROPINE	COLLYRE.	0.30%	
17 H 057	ATROPINE	COLLYRE.	0.50%	
17 H 058	ATROPINE	COLLYRE.	1%	
17 H 059	CYCLOPENTOLATE	COLLYRE.	0.50%	
17 H 060	PHENYLEPHRINE	COLLYRE.	5%	
17 H 061	PHENYLEPHRINE	COLLYRE.	10%	
17 H 062	TROPICAMIDE	COLLYRE.	1%	
17 J	PRODUITS POUR CRISTALLIN			

17 J 065	INDOMETACINE	COLLYRE.	1%/3ml	
17 J 066	INDOMETACINE	COLLYRE.	0.10%	
17 J 118	DICLOFENAC	COLLYRE.	0.10%	
17 K	DIVERS			
17 K 068	FLUORESCEINE	SOL.INJ.	10%	
17 K 070	HYDROXYETHYLCELLULOSE	COLLYRE.	1%	
17 K 071	INOSINE MONOPHOSPHATE	COLLYRE.	1 mg/ml	
17 K 074	LARMES ARTIFICIELLES	COLLYRE.	0.50%	
17 K 075	NANDROLONE	COLLYRE.	1%	
17 K 078	RETINOL	COLLYRE.	150000 UI	
17 K 111	CARBOMERE 980	GEL.OPHT	0.20%	
17 L	MEDICAMENTS PAR VOIE ORALE			
17 L 080	EXTRAIT ANTHOCYANOSIDIQUE/ BETACAROTENE	COMP.ENROB.	100 mg/5 mg	
17 N	SUPPLEANCE LACRYMALE			
17N145	CARBOMERE 974 P	GEL OPHTALM	2.5 mg/g	
18	OTOLOGIE			
18 A	ANTI-INFECTIEUX SANS CORTICOIDES			
18 A 002	RIFAMYCINE	SOL.AURIC.	2,6g /100 ml	
18 A 021	POLYMYXINE B SULFATE / NEOMYCINE SULFATE / ACETATE DE FLUDROCORTISONE / LIDOCAINE CHLORHYDRATE	SOL.INSTALLATIO N AURIC.	1000000/1/0,14 / UI/g/g/g	
18 A 022	CHLORHYDRATE DE LIDOCAINE /CHLORHYDRATE DE PHENYLEPHRINE /PROPIONATE DE SODIUM	SOL.PULV.AURIC.	1g/0,25g/5g	
18 B	ANTI-INFECTIEUX AVEC CORTICOIDES			
18 B 003	COLISTINE/TETRACYCLINE/PRE DNISOLONE	SOL.ORL	25MUI/1%/0,1 %/5ml	
18 B 004	FLUOCINOLONE/POLYMYXINE B/ NEOMYCINE	SOL.AURI.	0.03%	
18 B 022	NEOMYCINE SULFATE /POLYMYXINE B /DEXAMETHASONE/METASULFO BENZOATE	SOL AURI gouttes	1g/1MUI/0,1g /100ml	
18 C	ANTIVERTIGINEUX			
18 C 005	ACETYL- DL- LEUCINE	SOL.INJ.	500 mg/5 ml	
18 C 006	ACETYL- DL- LEUCINE	COMP.	500 mg	
18 C 007	BETAHISTINE	COMP.	8 mg	
18 C 008	MECLOZINE	COMP	25 mg	
18 C 024	BETAHISTINE	COMP	24 mg	
18 D	PRODUITS LOCAUX			
18 D 020	PHENAZONE/CHLORHYDRATE DE LIDOCAINE	SOL AURIC	4g/1g	
19	PARASITOLOGIE			

19 B	ANTI-HELMINTIQUES			
19 B 004	FLUBENDAZOLE	COMP.	100 mg	
19 B 005	FLUBENDAZOLE	SUSP.BUV.	100 mg/c à c	
19 B 006	MEBENDAZOLE	COMP.	100 mg	
19 B 007	MEBENDAZOLE	SUSP.BUV.	20 mg/5ml	
19 B 008	NICLOSAMIDE	COMP. A CROQ.	500 mg	
19 B 010	PYRANTEL	COMP.	125 mg	
19 B 011	PYRANTEL	SIROP	125 mg/c à c	
19 B 012	THIABENDAZOLE	COMP. A CROQ.	500 mg	
19 B 027	MEBENDAZOLE	GLES	100 mg	
19 B 028	PYRANTEL	COMP PELL	250 mg	
19 B 030	ALBENDAZOLE	COMP PELL SEC	400 mg	
19 C	ANTI-PALUDEENS			
19 C 014	CHLOROQUINE	COMP.	100 mg	
19 C 015	CHLOROQUINE	SIROP	0.50%	
19 D	AUTRES ANTI-PARASITAIRES			
19 D 024	ANTIMONIATE DE MEGLUMINE	SOL. INJ.	1,5 mg /5 ml	
19 D 026	TINIDAZOLE	COMP.	500 mg	
20	PNEUMOLOGIE			
20 A	BRONCHODILATATEURS ET ANTI-ASTHMATIQUES			
20 A 003	BECLOMETASONE	AERO .	250µg /BOUFFEE	
20 A 004	BECLOMETASONE (+ EMBOUT NASAL)	SUSP.INHAL.	50µg /BOUFFEE	
20 A 005	CROMOGLYCATE DE SODIUM	CAPS.+SPINHALER	22,2 mg	
20 A 006	CROMOGLYCATE DE SODIUM	PDRE.AERO.	5 mg	
20 A 011	IPRATROPIUM BROMURE	AERO.	20µg /BOUFFEE	
20 A 012	KETOTIFENE	COMP /GLES	1 mg	
20 A 013	KETOTIFENE	SOL.BUV.	1 mg/5ml	
20 A 014	SALBUTAMOL	SOL.INJ.	0,5 mg	
20 A 015	SALBUTAMOL	COMP.	2 mg	
20 A 016	SALBUTAMOL	SIROP	2 mg/c à c	
20 A 017	SALBUTAMOL	AERO.	100µg /BOUFFEE	
20 A 018	SALBUTAMOL	SOL.NEB.	5 mg/10 ml	
20 A 019	SALMETEROL	AERO.	25 µg/ BOUFFEE	Remboursable sur prescription des médecins spécialistes en pneumo phtisiologie, en pédiatrie (pour les cas pouvant relever de la pédiatrie)et en médecine interne, dans les seules situations d'asthme persistant modéré ou sévère non contrôlé par une corticothérapie inhalée seule.
20 A 020	TERBUTALINE	SOL.INJ.	0,5 mg/ml	
20 A 021	TERBUTALINE	COMP.	2,5 mg	

20 A 022	TERBUTALINE	AERO.	250µg /BOUFFEE	
20 A 023	THEOPHYLLINE	COMP. LP	100 mg	
20 A 024	THEOPHYLLINE	COMP. LP	200 mg	
20 A 028	THEOPHYLLINE	SIROP	10 mg/ml	
20 A 044	BUDESONIDE	AEROSOL BUCCAL	200 µg/DOSE	
20 A 048	TERBUTALINE	COMP. LP	5 mg	
20 A 049	TERBUTALINE	SIROP	0,3 mg/ml	
20 A 051	TERBUTALINE TURBUHALER	AERO	50µg /BOUFFEE	
20 A 052	THEOPHYLLINE	COMP. LP	300 mg	
20 A 072	BECLOMETASONE	AERO.NAS.	50 µg	
20 A 077	FLUTICASONE	SUSP.INHA.BUCC.	50 µg/DOSE	
20 A 078	FLUTICASONE	SUSP.INHA.BUCC.	125 µg/DOSE	
20 A 079	FLUTICASONE	SUSP.INHA.BUCC.	250 µg / DOSE	
20 A 080	CHLORHYDRATE DE BAMBUTEROL	COMP	10mg	Remboursable uniquement sur prescription du pneumo phtisiologue.,dans l'indication asthme persistant modéré ou sévère non contrôlé par une corticothérapie inhalée seule.
20 A 081	BUDESONIDE	SUSP POUR INHAL PAR NEBULISATEUR / Réipients unidoses	0,5mg/2ml	Remboursable uniquement pour le traitement de l'asthme persistant sévère de l'enfant et du nourrisson en cas d'inaptitude à utiliser les autres modes d'administration inhalés
20 A 082	BUDESONIDE	SUSP POUR INHAL PAR NEBULISATEUR /Réipients unidoses	1mg/2ml	Remboursable uniquement pour le traitement de l'asthme persistant sévère de l'enfant et du nourrisson en cas d'inaptitude à utiliser les autres modes d'administration inhalés
20 A 085	SALBUTAMOL	COMP.	4 mg	
20 A 086	SALBUTAMOL	COMP.	8 mg	
20 A 089	BUDESONIDE	PDRE POUR INHAL BUCCALE	200µg/dose	
20 A 091	FUMARATE DE FORMOTEROL	PDRE. INHA. GLES	12 µg	Remboursable sur prescription des médecins spécialistes en pneumo phtisiologie ,en pédiatrie (pour les cas pouvant relever de la pédiatrie) et en médecine interne, dans les seules situations d'asthme persistant modéré ou sévère non contrôlé par une corticothérapie inhalée seule.

20 A 104	PROPIONATE DE FLUTICASONE/SALMETEROL	PDRE INHAL DISKUS	100µg/50µg	<p>Remboursable uniquement sur prescription initiale et annuelle des médecins spécialistes en pneumo phtisiologie, en pédiatrie (pour les cas pouvant relever de la pédiatrie)et en médecine interne ainsi que sur prescription, pour le renouvellement du traitement dans l'intervalle (initial annuel),par tout médecin traitant.</p> <p>Ce médicament n'est pris en charge que dans les seules situations d'asthme persistant modéré ou sévère non contrôlé par une corticothérapie inhalée seule.</p> <p>ces conditions particulières de remboursement ne sont applicables qu'aux nouveaux malades mis sous traitement à compter de la date de la publication du présent arrêté.</p>
20 A 105	PROPIONATE DE FLUTICASONE/SALMETEROL	PDRE INHAL DISKUS	250µg/50µg	<p>Remboursable uniquement sur prescription initiale et annuelle des médecins spécialistes en pneumo phtisiologie, en pédiatrie (pour les cas pouvant relever de la pédiatrie)et en médecine interne ainsi que sur prescription, pour le renouvellement du traitement dans l'intervalle (initial annuel),par tout médecin traitant.</p> <p>Ce médicament n'est pris en charge que dans les seules situations d'asthme persistant modéré ou sévère non contrôlé par une corticothérapie inhalée seule.</p> <p>ces conditions particulières de remboursement ne sont applicables qu'aux nouveaux malades mis sous traitement à compter de la date de la publication du présent arrêté.</p>

20 A 106	PROPIONATE DE FLUTICASONE/SALMETEROL	PDRE INHAL DISKUS	500µg/50µg	<p>Remboursable uniquement sur prescription initiale et annuelle des médecins spécialistes en pneumo phtisiologie, en pédiatrie (pour les cas pouvant relever de la pédiatrie) et en médecine interne ainsi que sur prescription, pour le renouvellement du traitement dans l'intervalle (initial annuel), par tout médecin traitant.</p> <p>Ce médicament n'est pris en charge que dans les seules situations d'asthme persistant modéré ou sévère non contrôlé par une corticothérapie inhalée seule.</p> <p>ces conditions particulières de remboursement ne sont applicables qu'aux nouveaux malades mis sous traitement à compter de la date de la publication du présent arrêté.</p>
20 A 211	MONTELUKAST SODIQUE	COMP PELL	10 mg	<p>Remboursable uniquement sur prescription initiale et annuelle des médecins spécialistes en pneumo phtisiologie, en pédiatrie (pour les cas pouvant relever de la pédiatrie) et en médecine interne ainsi que sur prescription de renouvellement du traitement dans l'intervalle (initiale annuel) par tout médecin traitant ;</p> <p>- ce médicament n'est pris en charge que dans les seules situations d'asthme persistant modéré non contrôlé par une corticothérapie inhalée seule.</p>
20 A 215	BUDESONIDE	SUSP P/PULV NASAL	64 µg/DOSE	
20 A 225	MONTELUKAST	COMP à croquer	4 mg	<p>Remboursable uniquement sur prescription initiale et annuelle des médecins spécialistes en pneumo phtisiologie, en pédiatrie (pour les cas pouvant relever de la pédiatrie) et en médecine interne ainsi que sur prescription de renouvellement du traitement dans l'intervalle (initiale annuel) par tout médecin traitant ;</p> <p>- ce médicament n'est pris en charge que dans les seules situations d'asthme persistant modéré non contrôlé par une corticothérapie inhalée seule.</p>

20 A 226	MONTELUKAST	COMP à croquer	5 mg	Remboursable uniquement sur prescription initiale et annuelle des médecins spécialistes en pneumo phtisiologie, en pédiatrie (pour les cas pouvant relever de la pédiatrie) et en médecine interne ainsi que sur prescription de renouvellement du traitement dans l'intervalle (initiale annuel) par tout médecin traitant ; - ce médicament n'est pris en charge que dans les seules situations d'asthme persistant modéré non contrôlé par une corticothérapie inhalée seule.
20 B	ANTITUSSIFS OPIACES			
20 B 029	CODEINE PHOSPHATE	COMP.	10 mg	
20 B 030	CODETHYLIN CHLOROHYDRATE	SIROP AD		
20 B 053	CODEINE	SIROP . AD.		
20 B 069	CODEINE	COMP.	25 mg	
20 B 203	CODEINE/EXTRAIT FLUIDE D'ERYSIMUM	SIROP.	11,9mg/443mg/ 15ml	
20 C	ANTITUSSIFS NON OPIACES			
20 C 034	OXELADINE	SIROP	10 mg/5ml	
20 C 035	PENTOXYVERINE	SIROP	6,75 mg/c à c	
20 C 202	PHOLCODINE / EXTRAIT D'ERYSIMUM	SIROP	1 mg / 29.6 mg	
20 C 206	DEXTROMETHORPHANE BROMHYDRATE	SIROP	0.20%	
20 C 207	DEXTROMETHORPHANE BROMHYDRATE	SIROP	0.10%	
20 F	CORTICOIDES AVEC BRONCHODILATATEURS			
20 F 228	BUDESONIDE/ FORMOTEROL	PDRE P/INHAL	100µg/6µg/dose	Le remboursement du médicament n'intervient que sur prescription initiale et annuelle des médecins spécialistes en pneumo phtisiologie , en pédiatrie(pour les cas pouvant relever de la pédiatrie) et en médecine interne ainsi que sur prescription, pour le renouvellement du traitement dans l'intervalle(initial annuel) par tout médecin traitant . Ce médicament n'est pris en charge que dans les seules situations d'asthme persistant modéré ou sévère non contrôlé par la seule corticothérapie inhalée.

20 F 229	BUDESONIDE/ FORMOTEROL	PDRE P/INHAL	200µg/6µg/dose	<p>Le remboursement du médicament n'intervient que sur prescription initiale et annuelle des médecins spécialistes en pneumo phtisiologie , en pédiatrie(pour les cas pouvant relever de la pédiatrie) et en médecine interne ainsi que sur prescription, pour le renouvellement du traitement dans l'intervalle(initial annuel) par tout médecin traitant .</p> <p>Ce médicament n'est pris en charge que dans les seules situations d'asthme persistant modéré ou sévère non contrôlé par la seule corticothérapie inhalée.</p>
20 F 230	BUDESONIDE/ FORMOTEROL	PDRE P/INHAL	400µg/12µg/dose	<p>Le remboursement du médicament n'intervient que sur prescription initiale et annuelle des médecins spécialistes en pneumo phtisiologie , en pédiatrie(pour les cas pouvant relever de la pédiatrie) et en médecine interne ainsi que sur prescription, pour le renouvellement du traitement dans l'intervalle(initial annuel) par tout médecin traitant .</p> <p>Ce médicament n'est pris en charge que dans les seules situations d'asthme persistant modéré ou sévère non contrôlé par la seule corticothérapie inhalée.</p>
21	RHUMATOLOGIE			
21 A	ANALGESIQUES ANTIRHUMATISMAUX EXTERNES BAUMES REVULSIFS			
21 A 001	ACIDE NIFLUMIQUE	PDE	3%	
21 A 003	DEXAMETHASONE/SALYCILAMIDE/SALYCILATE DE GLYCOL	GEL	50 mg/2g/10g pour 100g	
21 A 004	DICLOFENAC	GEL	1%	
21 A 005	PIROXICAM	GEL	0,5%/30g	
21 A 006	SALICYLATE DIETHYLAMINE/MYRTECAINE	PDE	10 g/1g	
21 A 031	ACIDE NIFLUMIQUE	GEL	2.50%	
21 A 032	KETOPROFENE	GEL	2.50%	
21 B	ANTIGOUTTEUX			
21 B 007	ALLOPURINOL	CAPS/COMP	100 mg	
21 B 008	ALLOPURINOL	CAPS/COMP	300 mg	
21 B 009	COLCHICINE	COMP.	1 mg	
21 C	ANTIPAGETIQUES			
21 C 011	CALCITONINE DE SAUMON	SOL.INJ.	50UI/ml	
21 C 012	CALCITONINE DE SAUMON	SOL.INJ.	100UI/ml	

21 C 013	CALCITONINE HUMAINE DE SYNTHÈSE	LYOPHILISAT	0,50 mg	
21 C 015	PAMIDRONATE DE SODIUM (acide pamidronique)	SOL.INJ.	15 mg/5ml	
21 C 033	PAMIDRONATE DE SODIUM (acide pamidronique)	PDRE SOL INJ I.V.	60 mg/10ml	
21 C 034	PAMIDRONATE DE SODIUM (acide pamidronique)	PDRE.SOL.INJ I.V	90 mg/10ml	
21 C 041	RISEDRONATE SODIUM	COMP PELL	30mg	
21 C 045	PAMIDRONATE DE SODIUM (acide pamidronique)	LYOPH SOL INJ IV	30 mg/10ml	
21 D	ANTIRHUMATISMAUX DIVERS			
21 D 016	AUROTHIOPROPANOL SULFONATE DE SODIUM	SOL.INJ.	0,025 g	
21 D 017	AUROTHIOPROPANOL SULFONATE DE SODIUM	SOL.INJ.	0,050 g	
21 D 018	AUROTHIOPROPANOL SULFONATE DE SODIUM	SOL. INJ.	0,10 g	
21 D 020	HYDROXYCHLOROQUINE	COMP / DRAG	200 mg	
21 D 037	EXTRAIT TOTAL D'INSAPONIFIABLES AVOCAT-SOJA	GLES	300mg	Remboursable uniquement dans le traitement d'appoint des douleurs arthrosiques avec accord préalable de l'organisme de sécurité sociale pour la poursuite du remboursement au delà de 03 mois de traitement consécutifs.
21 D 040	RISEDRONATE SODIUM	COMP PELL	5mg	Remboursable uniquement dans les indications suivantes: ostéoporose post ménopausique avec fracture(s) ou antécédents de fractures ostéoporotique(s) ; Ostéoporose post ménopausique sous corticothérapie prolongée, pour la réduction du risque de fractures vertébrales et de hanche .
21 D 042	LEFLUNOMIDE	COMP PELL	10mg	
21 D 043	LEFLUNOMIDE	COMP PELL	20mg	
21 D 044	LEFLUNOMIDE	COMP PELL	100mg	
21 D 046	RISEDRONATE MONOSODIQUE	COMP PELL	35mg	Remboursable uniquement dans les indications suivantes: -ostéoporose post ménopausique avec fracture(s) ou antécédents de fractures ostéoporotique(s) ; -ostéoporose post ménopausique sous corticothérapie prolongée, pour la réduction du risque de fractures vertébrales et de hanche.
21 E	MYORELAXANTS			
21 E 025	BACLOFENE	COMP.	10 mg	
21 E 030	TETRAZEPAM	COMP ENROB	50 mg	

21 G	OSTEOPOROSSES			
21 G 049	RANELATE DE STRONTIUM	GRAN P/SUSP BUV	2 g	Remboursable uniquement dans les indications suivantes: -ostéoporose post ménopausique avec fracture(s) ou antécédents de fractures ostéoporotique(s) ; -ostéoporose post ménopausique sous corticothérapie prolongée, pour la réduction du risque de fractures vertébrales et de hanche, chez les femmes pour lesquelles existe une intolérance ou une contre indication ou une réponse non satisfaisante aux biphosphonates.
21 G 050	ACIDE ALENDRONIQUE	COMP	70 mg	Remboursable uniquement dans les indications suivantes: -ostéoporose post ménopausique avec fracture(s) ou antécédents de fractures ostéoporotique(s) ; -ostéoporose post ménopausique sous corticothérapie prolongée , pour la réduction du risque de fractures vertébrales et de hanche.
22	RHINOLOGIE			
22 C	IMMUNOTHERAPIE ET ANTIALLERGIQUES			
22 C 006	CROMOGLYCATÉ DE SODIUM	SOL.NASALE	2%	
22 C 022	PREDNISOLONE	SOL.NASALE.	0.25%	
22 E	PRODUITS LOCAUX			
22 E 027	FLUTICASONE	SPRAY.NASALE.	50 µg /	
22 E 028	TRIAMCINOLONE ACETONIDE	SUSP POUR PULVERISATION NASALE	55 µg/DOSE	
23	STOMATOLOGIE			
23 A	CORRECTEURS DES HYPOSYALIES			
23 A 001	ANETHOLTRITHIONE	COMP.ENROB.	25 mg	
24	TOXICOLOGIE			
24 D	CHELATEURS			
24 D 004	DEFEROXAMINE	SOL. INJ.	500 mg	

24 D 022	DEFERIPRONE	GLES	250 mg	Remboursable uniquement sur prescription hospitalière du spécialiste en oncologie, hématologie, médecine interne et en pédiatrie. Remboursable uniquement dans les situations de surcharge en fer chez les patients qui souffrent de thalassémie majeure pour lesquels le traitement par la deferoxamine est contre indiqué ou inadapté.
24 D 023	DEFERIPRONE	COMP	500 mg	Remboursable uniquement sur prescription hospitalière du spécialiste en oncologie, hématologie, médecine interne et en pédiatrie. Remboursable uniquement dans les situations de surcharge en fer chez les patients qui souffrent de thalassémie majeure pour lesquels le traitement par la deferoxamine est contre indiqué ou inadapté.
25	UROLOGIE ET NEPHROLOGIE			
25 B	MEDICAMENTS DE L'ADENOME PROSTATIQUE			
25 B 003	EXTRAIT PYGEUM AFRICANUM	CAPS./COMP	25 mg et 50mg	
25 B 006	SERENOA REPENS	GLES	160 mg	
25 B 022	ALFUZOSINE	COMP. LP	5 mg	
25 B 023	FINASTERIDE	COMP.	5 mg	
25 B 041	DOXAZOSINE	COMP.	1 mg	
25 B 042	DOXAZOSINE	COMP.	2 mg	
25 B 043	DOXAZOSINE	COMP.	4 mg	
25 B 047	TAMSULOSINE	GLES. MICROGRANULE S LP	0,4 MG	
25 E	ANTI-INFECTIEUX URINAIRES			
25 E 011	ACIDE PIPEMIDIQUE	COMP /GLES	400 mg	
25 E 014	NITROXOLINE	COMP.	50 mg	
25 E 015	NITROXOLINE	COMP.	100 mg	
25 E 026	ACIDE OXOLINIQUE	COMP .	750 mg	
25 E 027	FLUMEQUINE	COMP	400 mg	
25 L	AUTRES			

25 L 034	ALPROSTADIL	PDRE ET SOLV P / SOL INJ	10 µ g / 1 ml	Remboursables uniquement dans les indications suivantes : troubles de l'érection liés à des dysfonctions érectiles majeures chez les patients souffrant de : -paraplégie et tétraplégie -traumatisme du bassin compliqué de troubles urinaires -séquelles de chirurgie (anévrisme de l'aorte prostatectomie radicale, cystectomie totale et exérèse colorectale) -radiothérapie abdomino-pelvienne -séquelles du priapisme -neuropathie diabétique avérée -sclérose en plaques
25 L 035	ALPROSTADIL	PDRE ET SOLV P/ SOL INJ	20 µ g / 1 ml	Remboursables uniquement dans les indications suivantes : troubles de l'érection liés à des dysfonctions érectiles majeures chez les patients souffrant de : -paraplégie et tétraplégie -traumatisme du bassin compliqué de troubles urinaires -séquelles de chirurgie (anévrisme de l'aorte prostatectomie radicale, cystectomie totale et exérèse colorectale) -radiothérapie abdomino-pelvienne -séquelles du priapisme -neuropathie diabétique avérée -sclérose en plaques