



الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي  
Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale

## Liste des Médicaments à prendre en charge en mode tiers payants avec les pharmacies d'officines

version mars 2018

N°	Nom du Médicament	DCI	P/G	PPV	Prix Base de Remboursement
1	<b>BONDRONAT 50 MG COMPRIME ENROBE 1 BOITE 28 COMPRIME</b>	ACIDE IBANDRONIQUE	P	2 771,00	2 771,00
2	<b>HUMIRA 40 MG SOLUTION INJECTABLE 1 BOITE 2 SERINGUE PREREMPLIE</b>	ADALIMUMAB	P	11 683,00	11 683,00
3	<b>HEPSERA 10 MG COMPRIME 1 FLACON 30 COMPRIME</b>	ADEFOVIR	P	1 921,00	1 921,00
4	<b>ANASTROZOLE COOPER 1 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 30 COMPRIME</b>	ANASTROZOLE	G	589,00	589,00
5	<b>ANASTROZOLE ZENITH 1 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE</b>	ANASTROZOLE	G	441,00	441,00
6	<b>ANASTROZOLE ZENITH 1 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE</b>	ANASTROZOLE	G	222,00	222,00
7	<b>ARIMIDEX 1 MG COMPRIME PELLICULE SECABLE 1 BOITE 30 COMPRIME</b>	ANASTROZOLE	P	790,00	589,00
8	<b>BICALUTAMIDE COOPER 50 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE</b>	BICALUTAMIDE	G	550,00	550,00
9	<b>BICALUTAMIDE GT 50 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE</b>	BICALUTAMIDE	G	331,00	331,00
10	<b>BICALUTAMIDE GT 50 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE</b>	BICALUTAMIDE	G	496,00	496,00
11	<b>BICALUTAMIDE GT 50 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 60 COMPRIME PELLICULE</b>	BICALUTAMIDE	G	1 000,00	1 000,00
12	<b>BICALUTAMIDE ZENITH 50 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE</b>	BICALUTAMIDE	G	197,10	197,10
13	<b>BICALUTAMIDE ZENITH 50 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE</b>	BICALUTAMIDE	G	587,00	587,00
14	<b>CASODEX 50 MG COMPRIME ENROBE 1 BOITE 30 COMPRIME</b>	BICALUTAMIDE	P	675,00	587,00
15	<b>XELODA 500 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 120 COMPRIME</b>	CAPECITABINE	P	3 696,00	1 947,00
16	<b>XEPINE 500 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 120 COMPRIME PELLICULE</b>	CAPECITABINE	G	1 947,00	1 947,00
17	<b>EQUORAL 50 MG CAPSULE MOLLE 1 BOITE 30 CAPSULE</b>	CICLOSPORINE	G	699,00	699,00



الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي  
Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale

## Liste des Médicaments à prendre en charge en mode tiers payants avec les pharmacies d'officines - version mars 2018

18	<b>EQUORAL 50 MG CAPSULE MOLLE 1 BOITE 50 CAPSULE</b>	CICLOSPORINE	G	1 063,00	1 063,00
19	<b>EQUORAL 100 MG CAPSULE MOLLE 1 BOITE 30 CAPSULE</b>	CICLOSPORINE	G	1 110,00	1 110,00
20	<b>EQUORAL 100 MG CAPSULE MOLLE 1 BOITE 50 CAPSULE</b>	CICLOSPORINE	G	1 638,00	1 638,00
21	<b>IMUSPORIN 50 MG CAPSULE MOLLE 1 BOITE 50 CAPSULE MOLLE</b>	CICLOSPORINE	G	1 063,00	1 063,00
22	<b>IMUSPORIN 100 MG CAPSULE MOLLE 1 BOITE 50 CAPSULE MOLLE</b>	CICLOSPORINE	G	1 691,00	1 691,00
23	<b>NEORAL 50 MG CAPSULE MOLLE 1 BOITE 60 CAPSULE</b>	CICLOSPORINE	P	1 213,00	1 213,00
24	<b>NEORAL 100 MG CAPSULE MOLLE 1 BOITE 60 CAPSULE</b>	CICLOSPORINE	P	1 966,00	1 966,00
25	<b>EQUORAL 100MG SOLUTION BUVABLE 1 FLACON 50 ML</b>	CICLOSPORINE	G	1 736,00	1 736,00
26	<b>NEORAL 100 MG SOLUTION BUVABLE 1 FLACON 50 ML</b>	CICLOSPORINE	P	1 736,00	1 736,00
27	<b>EXJADE 125 MG COMPRIME DISPERSIBLE 1 BOITE 28 COMPRIME</b>	DEFERASIROX	P	1 778,00	1 778,00
28	<b>EXJADE 250 MG COMPRIME DISPERSIBLE 1 BOITE 28 COMPRIME</b>	DEFERASIROX	P	3 050,00	3 050,00
29	<b>EXJADE 500 MG COMPRIME DISPERSIBLE 1 BOITE 28 COMPRIME</b>	DEFERASIROX	P	5 149,00	5 149,00
30	<b>BARACLUDE 0.5 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 30 COMPRIME</b>	ENTECAVIR	P	5 266,00	5 266,00
31	<b>BARACLUDE 1 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 30 COMPRIME</b>	ENTECAVIR	P	5 357,00	5 357,00
32	<b>BINOCRIT 10000 UI SOLUTION INJECTABLE 6 SERINGUE PREREMPLIE 1 ML</b>	EPOETINE ALFA	G	2 930,00	2 930,00
33	<b>BINOCRIT 2000 UI SOLUTION INJECTABLE 6 SERINGUE PREREMPLIE 1 ML</b>	EPOETINE ALFA	G	821,00	821,00
34	<b>BINOCRIT 3000 UI SOLUTION INJECTABLE 6 SERINGUE PREREMPLIE .3 ML</b>	EPOETINE ALFA	G	1 056,00	1 056,00
35	<b>BINOCRIT 4000 UI SOLUTION INJECTABLE 6 SERINGUE PREREMPLIE .4 ML</b>	EPOETINE ALFA	G	1 294,00	1 294,00
36	<b>BINOCRIT 5000 UI SOLUTION INJECTABLE 6 SERINGUE PREREMPLIE .5 ML</b>	EPOETINE ALFA	G	1 866,00	1 866,00
37	<b>EPREX 10000 UI SOLUTION INJECTABLE 6 SERINGUE PREREMPLIE 1 ML</b>	EPOETINE ALFA	P	5 419,00	2 930,00
38	<b>EPREX 3000 UI SOLUTION INJECTABLE 6 SERINGUE PREREMPLIE .3 ML</b>	EPOETINE ALFA	P	1 792,00	1 792,00
39	<b>EPREX 4000 UI SOLUTION INJECTABLE 6 SERINGUE PREREMPLIE .4 ML</b>	EPOETINE ALFA	P	2 374,00	2 374,00
40	<b>EPREX 1000 UI SOLUTION INJECTABLE 6 SERINGUE PREREMPLIE .5 ML</b>	EPOETINE ALFA	P	821,00	821,00

## Liste des Médicaments à prendre en charge en mode tiers payants avec les pharmacies d'officines - version mars 2018

41	<b>EPREX</b> 2000 UI SOLUTION INJECTABLE 6 SERINGUE PREREMPLIE .5 ML	EPOETINE ALFA	P	1 381,00	1 381,00
42	<b>POTEX</b> 10000 UI POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE 1 BOITE 1 KIT	EPOETINE ALFA	G	1 134,00	1 134,00
43	<b>MIRCERA</b> 100 µG SOLUTION INJECTABLE 1 BOITE 1 SERINGUE PREREMPLIE	EPOETINE BETA	P	2 516,00	2 516,00
44	<b>MIRCERA</b> 150 µG SOLUTION INJECTABLE 1 BOITE 1 SERINGUE PREREMPLIE	EPOETINE BETA	P	3 559,00	3 559,00
45	<b>MIRCERA</b> 200 µG SOLUTION INJECTABLE 1 BOITE 1 SERINGUE PREREMPLIE	EPOETINE BETA	P	4 586,00	4 586,00
46	<b>MIRCERA</b> 250 µG SOLUTION INJECTABLE 1 BOITE 1 SERINGUE PREREMPLIE	EPOETINE BETA	P	5 761,00	5 761,00
47	<b>MIRCERA</b> 50 µG SOLUTION INJECTABLE 1 BOITE 1 SERINGUE PREREMPLIE	EPOETINE BETA	P	1 366,00	1 366,00
48	<b>MIRCERA</b> 75 µG SOLUTION INJECTABLE 1 BOITE 1 SERINGUE PREREMPLIE	EPOETINE BETA	P	1 895,00	1 895,00
49	<b>RECORMON</b> 2000 UI PREPARATION INJECTABLE 1 BOITE 6 SERINGUE PREREMPLIE	EPOETINE BETA	P	1 250,00	1 250,00
50	<b>RECORMON</b> 3000 UI SOLUTION INJECTABLE 1 BOITE 6 SERINGUE PREREMPLIE	EPOETINE BETA	P	1 621,00	1 621,00
51	<b>RECORMON</b> 5000 UI PREPARATION INJECTABLE 1 BOITE 6 SERINGUE PREREMPLIE	EPOETINE BETA	P	2 709,00	2 709,00
52	<b>RECORMON</b> 30000 UI SOLUTION INJECTABLE 1 BOITE 4 SERINGUE PREREMPLIE	EPOETINE BETA	P	11 083,00	11 083,00
53	<b>EPOTIN</b> 4000 UI SOLUTION INJECTABLE 10 FLACON 1 ML	ERYTHROPOIETINE HUMAINE	G	4 412,00	4 412,00
54	<b>EPOTIN</b> 2000 UI SOLUTION INJECTABLE 10 FLACON 1 ML	ERYTHROPOIETINE HUMAINE	G	2 741,00	2 741,00
55	<b>ESTRACYT</b> 140 MG GELULE 1 BOITE 100 GELULE	ESTRAMUSTINE	P	1 471,00	1 471,00
56	<b>ENBREL</b> 25 MG SOLUTION INJECTABLE 1 COFFRET 4 SERINGUE PREREMPLIE	ETANERCEPT	P	5 195,00	5 195,00
57	<b>AROMASINE</b> 25 MG COMPRIME ENROBE 1 BOITE 30 COMPRIME	EXEMESTANE	P	969,00	969,00
58	<b>FLUDARA</b> 10 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 15 COMPRIME PELLICULE	FLUDARABINE	P	3 606,00	3 606,00
59	<b>FLUDARA</b> 10 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	FLUDARABINE	P	4 940,00	4 940,00
60	<b>ZOLADEX</b> 10.8 MG IMPLANT INJECTABLE 1 KIT 1 IMPLANT INJECTABLE	GOSERELINE	P	3 340,00	3 340,00
61	<b>ZOLADEX</b> 3.6 MG IMPLANT INJECTABLE 1 BOITE 1 SERINGUE PREREMPLIE	GOSERELINE	P	1 346,00	1 346,00
62	<b>IMATEC</b> 100 MG GELULE 1 BOITE 120 GELULE	IMATINIB	G	3 800,00	3 800,00

## Liste des Médicaments à prendre en charge en mode tiers payants avec les pharmacies d'officines - version mars 2018

63	<b>IMATINIB COOPER</b> 100 MG GELULE 1 BOITE 120 GELULE	IMATINIB	G	3 500,00	3 500,00
64	<b>PEGASYS</b> 135 µG SOLUTION INJECTABLE 1 BOITE 1 SERINGUE	INTERFERON ALFA-2A PEGYLE	P	2 231,00	2 231,00
65	<b>PEGASYS</b> 180 µG SOLUTION INJECTABLE 1 BOITE 1 SERINGUE	INTERFERON ALFA-2A PEGYLE	P	2 577,00	2 577,00
66	<b>VIRAFERONPEG</b> 100 µG POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE 1 BOITE 1 STYLO PRE-REMPLE	INTERFERON ALFA-2B PEGYLE	P	2 028,00	2 028,00
67	<b>VIRAFERONPEG</b> 120 µG POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE 1 BOITE 1 STYLO PRE-REMPLE	INTERFERON ALFA-2B PEGYLE	P	2 497,00	2 497,00
68	<b>VIRAFERONPEG</b> 150 µG POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE 1 BOITE 1 STYLO PRE-REMPLE	INTERFERON ALFA-2B PEGYLE	P	3 067,00	3 067,00
69	<b>VIRAFERONPEG</b> 50 µG POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE 1 BOITE 1 STYLO PRE-REMPLE	INTERFERON ALFA-2B PEGYLE	P	1 177,00	1 177,00
70	<b>VIRAFERONPEG</b> 80 µG POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE 1 BOITE 1 STYLO PRE-REMPLE	INTERFERON ALFA-2B PEGYLE	P	1 692,00	1 692,00
71	<b>AVONEX</b> 30 µG SOLUTION INJECTABLE 1 BOITE 4 FLACON DE POUDRE + SERINGUE PREREMPLIE DE SOLVANT	INTERFERON BETA-1A	P	9 818,00	9 818,00
72	<b>AVONEX</b> 30 µG SOLUTION INJECTABLE 4 SERINGUE PREREMPLIE .5 ML	INTERFERON BETA-1A	P	9 747,00	9 747,00
73	<b>REBIF</b> 22 µG PREPARATION INJECTABLE 1 BOITE 12 SERINGUE	INTERFERON BETA-1A	P	7 449,00	7 449,00
74	<b>REBIF</b> 44 µG PREPARATION INJECTABLE 1 BOITE 12 SERINGUE	INTERFERON BETA-1A	P	10 140,00	10 140,00
75	<b>BETAFERON</b> 250 µG/ML POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE 1 BOITE 15 FLACON DE POUDRE + SERINGUE PREREMPLIE DE SOLVANT	INTERFERON BETA-1B RECOMBINANT	P	9 074,00	9 074,00
76	<b>ZEFFIX</b> 100 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	LAMIVUDINE	P	914,00	914,00
77	<b>TYKERB</b> 250 MG COMPRIME 1 BOITE 70 COMPRIME	LAPATINIB	P	11 182,00	11 182,00



## Liste des Médicaments à prendre en charge en mode tiers payants avec les pharmacies d'officines - version mars 2018

78	<b>ARAVA</b> 10 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 30 COMPRIME	LEFLUNOMIDE	P	556,00	556,00
79	<b>ARAVA</b> 20 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 30 COMPRIME	LEFLUNOMIDE	P	721,00	360,00
80	<b>FLUNOMID</b> COOPER 20 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	LEFLUNOMIDE	G	360,00	360,00
81	<b>ELOZOLE</b> 2.5 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	LETROZOLE	G	712,00	712,00
82	<b>FEMARA</b> 2.5 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	LETROZOLE	P	1 021,00	713,00
83	<b>FEMOLET</b> 2.5 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	LETROZOLE	G	713,00	713,00
84	<b>LETROZOLE</b> COOPER 2.5 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	LETROZOLE	G	713,00	713,00
85	<b>LETROZOLE</b> GT 2.5 MG COMPRIME SECABLE 1 BOITE 60 COMPRIME SECABLE	LETROZOLE	G	1 110,00	1 110,00
86	<b>LETROZOLE</b> GT 2.5 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	LETROZOLE	G	713,00	713,00
87	<b>LETROZOLE</b> GT 2.5 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 60 COMPRIME PELLICULE	LETROZOLE	G	1 110,00	1 110,00
88	<b>LETROZOLE</b> GT 2.5 MG COMPRIME SECABLE 1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	LETROZOLE	G	713,00	713,00
89	<b>LETROZOLE</b> ZENITH 2.5 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	LETROZOLE	G	211,00	211,00
90	<b>LETROZOLE</b> ZENITH 2.5 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	LETROZOLE	G	630,00	630,00
91	<b>CELLCEPT</b> 500 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 50 COMPRIME	MYCOPHENOLATE MOFETIL	P	1 203,00	683,00
92	<b>CELLCEPT</b> 250 MG GELULE 1 BOITE 100 GELULE	MYCOPHENOLATE MOFETIL	P	1 203,00	683,00
93	<b>MOFILET</b> 500 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	MYCOPHENOLATE MOFETIL	G	188,70	188,70
94	<b>MYCOPHENOLATE</b> MOFETIL NORMON 250 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 100 COMPRIME PELLICULE	MYCOPHENOLATE MOFETIL	G	683,00	683,00
95	<b>MYCOPHENOLATE</b> MOFETIL NORMON 500 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 50 COMPRIME	MYCOPHENOLATE MOFETIL	G	683,00	683,00
96	<b>TASIGNA</b> 200 MG CAPSULE 1 BOITE 112 CAPSULE	NILOTINIB	P	33 153,00	33 153,00
97	<b>COPEGUS</b> 200 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 42 COMPRIME	RIBAVIRINE	P	1 688,00	906,00

## Liste des Médicaments à prendre en charge en mode tiers payants avec les pharmacies d'officines - version mars 2018

98	<b>COPEGUS</b> 200 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 168 COMPRIME	RIBAVIRINE	P	5 510,00	5 510,00
99	<b>REBETOL</b> 200 MG GELULE 1 BOITE 140 GELULE	RIBAVIRINE	P	3 217,00	3 217,00
100	<b>RIVABIR</b> 200 MG GELULE 1 BOITE 84 GELULE	RIBAVIRINE	G	906,00	906,00
101	<b>REBETOL</b> 200 MG GELULE 1 BOITE 168 GELULE	RIBAVIRINE	P	3 727,00	3 727,00
102	<b>REBETOL</b> 200 MG GELULE 1 BOITE 84 GELULE	RIBAVIRINE	P	2 037,00	906,00
103	<b>GENOTROPIN</b> 16 UI POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE 1 BOITE 1 CARTOUCHE	SOMATROPINE	P	1 212,00	1 212,00
104	<b>NORDITROPINE</b> NORDILET 5 MG POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE 1 BOITE 1 KIT	SOMATROPINE	P	1 276,00	1 276,00
105	<b>UMATROPE</b> 18 UI POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE 1 BOITE 1 CARTOUCHE	SOMATROPINE	P	1 930,00	1 930,00
106	<b>NEXAVAR</b> 200 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 60 COMPRIME PELLICULE	SORAFENIB	P	21 152,00	21 152,00
107	<b>SUTENT</b> 12.5 MG GELULE 1 BOITE 30 GELULE	SUNITINIB	P	9 920,00	9 920,00
108	<b>SUTENT</b> 25 MG GELULE 1 BOITE 30 GELULE	SUNITINIB	P	19 440,00	19 440,00
109	<b>SUTENT</b> 50 MG GELULE 1 BOITE 30 GELULE	SUNITINIB	P	38 480,00	38 480,00
110	<b>PROGRAF</b> 1 MG GELULE 1 BOITE 100 GELULE	TACROLIMUS	P	1 980,00	1 980,00
111	<b>SEBIVO</b> 600 MG COMPRIME PELLICULE 1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	TELBIVUDINE	P	2 031,00	2 031,00
112	<b>TEMODAL</b> 100 MG GELULE 1 FLACON 5 GELULE	TEMOZOLOMIDE	P	3 156,00	3 156,00
113	<b>TEMODAL</b> 250 MG GELULE 1 FLACON 5 GELULE	TEMOZOLOMIDE	P	6 392,00	6 392,00
114	<b>MYRIN</b> 100 MG COMPRIME ENROBE 1 BOITE 30 COMPRIME ENROBE	THALIDOMIDE	G	1 584,00	1 584,00
115	<b>MYRIN</b> 50 MG COMPRIME ENROBE 1 BOITE 30 COMPRIME ENROBE	THALIDOMIDE	G	1 346,00	1 346,00
116	<b>DECAPEPTYL</b> LP 11.25 MG POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE 1 BOITE 1 FLACON + AMPOULE	TRIPTORELINE	P	3 546,00	3 546,00
117	<b>DECAPEPTYL</b> LP 3.75 MG POUDRE POUR SUSPENSION INJECTABLE 1 BOITE 1 FLACON + AMPOULE	TRIPTORELINE	P	1 456,00	1 456,00
118	<b>NAVELBINE</b> 30 MG CAPSULE MOLLE 1 BOITE 1 CAPSULE	VINORELBINE	P	1 028,00	1 028,00