

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000010050	ABBOTICINE	ERYTHROMYCINE	GRANULE POUR SUSPENSION BUVABLE à 200 MG	1 FLACON 60 ML	26,80	26,80	16,70	16,70	MACROLIDE	P
6118001170371	ACCUPRIL	QUINAPRIL	COMPRIME ENROBE SECABLE à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME ENROBE	41,70	41,70	26,10	26,10	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	P
6118001170388	ACCUPRIL	QUINAPRIL	COMPRIME ENROBE SECABLE à 20 MG	1 BOITE 28 COMPRIME ENROBE	103,50	103,50	64,70	64,70	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118000130789	ACEPRIL	PERINDOPRIL	COMPRIME à 2 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	44,00	44,00	27,50	27,50	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000130796	ACEPRIL	PERINDOPRIL	COMPRIME à 4 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	98,00	98,00	61,20	61,20	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000130802	ACEPRIL	PERINDOPRIL	COMPRIME à 8 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	196,00	196,00	122,50	122,50	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000130819	ACEPRIL PLUS	PERINDOPRIL / INDAPAMIDE	COMPRIME à 4 / 1.25 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME	118,00	118,00	73,70	73,70	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000260196	ACETATE	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTE CONCENTRE	1 BIDON 10 L	172,80	161,40	108,00	100,90	HEMODIALYSE	P
6118000260189	ACETATE	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTE CONCENTRE	1 BIDON 10 L	172,80	161,40	108,00	100,90	HEMODIALYSE	P
6118000260202	ACETATE	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTE CONCENTRE	1 BIDON 10 L	172,80	161,40	108,00	100,90	HEMODIALYSE	P
6118000260172	ACETATE	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTE CONCENTRE	1 BIDON 10 L	172,80	161,40	108,00	100,90	HEMODIALYSE	P
6118000270072	ACETATE EM 142	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTE CONCENTRE	1 BIDON 5 L	83,20	83,20	52,00	52,00	HEMODIALYSE	G
6118001430086	ACICLOVIR MYLAN	ACICLOVIR	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 250 MG	5 FLACON 10 ML	672,00	672,00	445,00	445,00	ANTIVIRAL	G
6118001270248	ACIDE ALENDRONIQUE GT	ALENDRONATE	COMPRIME PELLICULE à 70 MG	1 BOITE 4 COMPRIME	264,00	264,00	164,70	164,70	BIPHOSPHONATE	G
6118000230366	ACIDE ALENDRONIQUE NORMON 70 MG	ALENDRONATE	COMPRIME à 70 MG	1 BOITE 4 COMPRIME	176,00	176,00	109,70	109,70	BIPHOSPHONATE	G
6118000270157	ACIDE DEXTROSE D1 EM D1	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTE CONCENTRE	1 BIDON 5 L	78,40	71,70	49,00	44,80	HEMODIALYSE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000270102	ACIDE DEXTROSE EM 80 D2	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTE CONCENTRE	1 BIDON 5 L	80,00	80,00	50,00	50,00	HEMODIALYSE	G
6118000270140	ACIDE EM	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTE CONCENTRE	1 BIDON 5 L	78,40	71,70	49,00	44,80	HEMODIALYSE	P
6118000270126	ACIDE EM	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTE CONCENTRE	1 BIDON 10 L	144,00	108,80	90,00	68,00	HEMODIALYSE	P
6118001102082	ACIDE ZOLEDRONIQUE COOPER 4 MG	ACIDE ZOLEDRONIQUE	LYOPHILISAT ET SOLVANT POUR PERFUSION IV à 4 MG	1 BOITE 1 FLACON DE LYOPHILISAT DE 10 ML ET AMPOULE DE SOLVANT DE 5 ML	1451,00	1451,00	1160,00	1160,00	BIPHOSPHONATE	G
6118001330249	ACIDE ZOLEDRONIQUE SP 4MG/5ML	ACIDE ZOLEDRONIQUE	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 4 MG	1 FLACON 5 ML	1343,00	1343,00	1048,00	1048,00	BIPHOSPHONATE	G
6118001030538	ACLASTA 5MG/100ML	ACIDE ZOLEDRONIQUE	SOLUTION POUR PERFUSION à 5 MG/100ML	1 BOITE 1 FLACON	3999,00	3999,00	3665,00	3665,00	BIPHOSPHONATE	P
6118000091684	ACLAV	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 12 SACHET	99,00	99,00	61,70	61,70	PENICILLINE	G
6118000091776	ACLAV	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 14 SACHET	115,00	115,00	71,60	71,60	PENICILLINE	G
6118000091769	ACLAV	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 16 SACHET	132,00	132,00	82,20	82,20	PENICILLINE	G
6118000091752	ACLAV	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 24 SACHET	187,00	187,00	116,50	116,50	PENICILLINE	G
6118000091677	ACLAV	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 / 62.5 MG / MG	1 BOITE 12 SACHET	79,90	79,90	49,80	49,80	PENICILLINE	G
6118000092162	ACLAV	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 / 62.5 MG / MG	1 BOITE 16 SACHET	106,50	106,50	66,30	66,30	PENICILLINE	G
6118000092179	ACLAV	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 / 62.5 MG / MG	1 BOITE 24 SACHET	121,50	121,50	75,70	75,70	PENICILLINE	G
6118000091707	ACLAV	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 100 / 12.5 MG / MG	1 FLACON 30 ML	44,20	44,20	27,50	27,50	PENICILLINE	G
6118000091783	ACLAV	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 100 / 12.5 MG / MG	2 FLACON 30 ML	76,80	76,80	47,90	47,90	PENICILLINE	G
6118000091691	ACLAV	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 100 / 12.5 MG / MG	1 FLACON 60 ML	70,00	70,00	43,60	43,60	PENICILLINE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000091790	ACLAV	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 100 / 12.5 MG / MG	2 FLACON 60 ML	122,80	122,80	76,50	76,50	PENICILLINE	G
6118000092490	ACLAV 1G/ 200MG ADULTE	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR PREPARATION INJECTABLE à 1 / 200 G / MG	1 BOITE 1 FLACON	33,00	33,00	20,60	20,60	PENICILLINE	G
6118000092483	ACLAV 1G/100MG ENFANT	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR PREPARATION INJECTABLE à 1 / 100 G / MG	1 BOITE 1 FLACON	36,00	36,00	22,40	22,40	PENICILLINE	G
6118000092506	ACLAV 2G/200MG ADULTE	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR PREPARATION INJECTABLE à 2 / 200 G / MG	1 BOITE 1 FLACON	46,00	46,00	28,70	28,70	PENICILLINE	G
6118000092513	ACLAV 500MG/500MG ENFANT ET NOURISSON	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR PREPARATION INJECTABLE à 500 / 50 MG / MG	1 BOITE 1 FLACON	20,00	20,00	12,40	12,40	PENICILLINE	G
6118001270590	ACNO 10 MG	ISOTRETINOINE	CAPSULE MOLLE à 10 MG	1 BOITE 10 CAPSULE MOLLE	55,80	55,80	34,80	34,80	ANTIACNEIQUE	G
6118001270606	ACNO 10 MG	ISOTRETINOINE	CAPSULE MOLLE à 10 MG	1 BOITE 20 CAPSULE MOLLE	106,10	106,10	66,10	66,10	ANTIACNEIQUE	G
6118001270613	ACNO 10 MG	ISOTRETINOINE	CAPSULE MOLLE à 10 MG	1 BOITE 30 CAPSULE MOLLE	152,00	152,00	94,70	94,70	ANTIACNEIQUE	G
6118001270620	ACNO 10 MG	ISOTRETINOINE	CAPSULE MOLLE à 10 MG	1 BOITE 60 CAPSULE MOLLE	288,00	288,00	191,00	191,00	ANTIACNEIQUE	G
6118001270637	ACNO 20 MG	ISOTRETINOINE	CAPSULE MOLLE à 20 MG	1 BOITE 10 CAPSULE MOLLE	106,20	106,20	66,20	66,20	ANTIACNEIQUE	G
6118001270644	ACNO 20 MG	ISOTRETINOINE	CAPSULE MOLLE à 20 MG	1 BOITE 20 CAPSULE MOLLE	202,00	202,00	125,90	125,90	ANTIACNEIQUE	G
6118001270651	ACNO 20 MG	ISOTRETINOINE	CAPSULE MOLLE à 20 MG	1 BOITE 30 CAPSULE MOLLE	288,00	288,00	191,00	191,00	ANTIACNEIQUE	G
6118001270668	ACNO 20 MG	ISOTRETINOINE	CAPSULE MOLLE à 20 MG	1 BOITE 60 CAPSULE MOLLE	547,00	547,00	362,00	362,00	ANTIACNEIQUE	G
6118000311140	ACOL 1000 MG	METFORMINE	COMPRIME PELLICULE à 1000 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	18,30	18,30	11,40	11,40	ANTIDIABETIQUES	G
6118000311126	ACOL 1000 MG	METFORMINE	COMPRIME PELLICULE à 1000 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	32,20	32,20	20,10	20,10	ANTIDIABETIQUES	G
6118001080014	ACT HIB	VACCIN ANTI-HAEMOPHILUS INFLUENZAE TYPE B	POUDRE POUR SUSPENSION INJECTABLE	1 SERINGUE 0,5 ML	153,00	153,00	95,30	95,30	VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001050819	ACTEMRA 200MG/10ML	TOCILIZUMAB	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 200 MG/10ML	1 FLACON 20 ML	4494,00	4494,00	4172,00	4172,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	P
6118001050826	ACTEMRA 400MG/20ML	TOCILIZUMAB	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 400 MG/20ML	1 FLACON 20 ML	8915,00	8915,00	8710,00	8710,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	P
6118001050802	ACTEMRA 80MG/4ML	TOCILIZUMAB	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 80 MG/4ML	1 FLACON 10 ML	1964,00	1964,00	1686,00	1686,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	P
6118001080205	ACTONEL	RISEDRONATE	COMPRIME PELLICULE à 35 MG	1 BOITE 4 COMPRIME	293,00	194,60	182,90	121,20	BIPHOSPHONATE	P
6118001080182	ACTONEL	RISEDRONATE	COMPRIME PELLICULE à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	296,00	296,00	184,60	184,60	BIPHOSPHONATE	P
6118001271283	ACUCARB 150 MG	CARBOPLATINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 150 MG	1 FLACON 15 ML	408,00	408,00	271,00	271,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001271290	ACUCARB 450 MG	CARBOPLATINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 450 MG	1 FLACON 45 ML	906,00	906,00	602,00	602,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001170012	ACUILIX	QUINAPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 20 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME	130,60	130,60	81,60	81,60	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001030057	ACULAR	KETOROLAC	COLLYRE à 0.5 %	1 FLACON 5 ML	38,90	38,90	24,20	24,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118001310043	ACUPAN	NEFOPAM	SOLUTION INJECTABLE à 20 MG	5 AMPOULE 2 ML	52,40	52,40	32,70	32,70	ANALGESIQUE	P
6118001270880	ACUPAXIL-30	PACLITAXEL	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 30 MG	1 FLACON 5 ML	430,00	430,00	285,00	285,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118000170013	ADALATE	NIFEDIPINE	CAPSULE à 10 MG	1 BOITE 30 CAPSULE	36,00	35,90	22,50	22,40	INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118000170020	ADALATE	NIFEDIPINE	CAPSULE à 10 MG	1 BOITE 100 CAPSULE	103,90	103,90	64,90	64,90	INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118000170037	ADALATE RETARD	NIFEDIPINE	COMPRIME LP à 20 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	50,80	50,80	31,70	31,70	INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118000170044	ADALATE RETARD	NIFEDIPINE	COMPRIME LP à 20 MG	1 BOITE 50 COMPRIME	114,00	114,00	71,20	71,20	INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118000021520	ADEX	INDAPAMIDE	COMPRIME PELLICULE à 2.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	38,00	38,00	23,70	23,70	DIURETIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000022817	ADEX LP 1.5 MG	INDAPAMIDE	COMPRIME LP à 1.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	30,80	30,80	19,20	19,20	DIURETIQUE	G
6118000130154	ADIZEM	DILTIAZEM	GELULE LP à 90 MG	1 BOITE 30 GELULE	104,40	104,40	65,30	65,30	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000130161	ADIZEM	DILTIAZEM	GELULE LP à 120 MG	1 BOITE 30 GELULE	113,50	113,50	70,90	70,90	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000130178	ADIZEM	DILTIAZEM	GELULE LP à 180 MG	1 BOITE 30 GELULE	138,00	138,00	86,20	86,20	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000130185	ADIZEM	DILTIAZEM	GELULE LP à 240 MG	1 BOITE 30 GELULE	160,00	160,00	100,00	100,00	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000130192	ADIZEM	DILTIAZEM	GELULE LP à 300 MG	1 BOITE 30 GELULE	175,00	175,00	109,40	109,40	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000090021	ADO	METFORMINE	COMPRIME PELLICULE à 850 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	19,00	19,00	11,90	11,90	ANTIDIABETIQUES	G
6118000090014	ADO	METFORMINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 50 COMPRIME PELLICULE	17,50	17,50	10,90	10,90	ANTIDIABETIQUES	G
6118000090038	ADO	METFORMINE	COMPRIME PELLICULE à 850 MG	1 BOITE 60 COMPRIME PELLICULE	34,00	34,00	21,20	21,20	ANTIDIABETIQUES	G
6118000092445	ADO 1000MG	METFORMINE	COMPRIME PELLICULE à 1000 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	19,90	19,90	12,40	12,40	ANTIDIABETIQUES	G
6118000092452	ADO 1000MG	METFORMINE	COMPRIME PELLICULE à 1000 MG	1 BOITE 60 COMPRIME PELLICULE	35,00	35,00	21,90	21,90	ANTIDIABETIQUES	G
6118000092469	ADO 1000MG	METFORMINE	COMPRIME PELLICULE à 1000 MG	1 BOITE 90 COMPRIME PELLICULE	43,30	43,30	27,10	27,10	ANTIDIABETIQUES	G
6118000240976	ADRENALINE 0,25 MG	EPINEPHRINE	SOLUTION INJECTABLE à 0.25 MG	1 BOITE 100 AMPOULE INJECTABLE	167,40	167,40	104,60	104,60	SYMPATHOMIMETIQUE	G
6118000240983	ADRENALINE 0,50 MG	EPINEPHRINE	SOLUTION INJECTABLE à 0.5 MG	1 BOITE 100 AMPOULE INJECTABLE	188,60	188,60	117,90	117,90	SYMPATHOMIMETIQUE	G
6118000240990	ADRENALINE 1 MG	EPINEPHRINE	SOLUTION INJECTABLE à 1 MG	1 BOITE 100 AMPOULE INJECTABLE	194,70	194,70	121,70	121,70	SYMPATHOMIMETIQUE	G
6118001120413	ADRIBLASTINE	DOXORUBICINE	LYOPHILISAT POUR PERFUSION à 10 MG	1 BOITE 1 FLACON	109,50	95,30	68,40	59,60	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001120420	ADRIBLASTINE RD	DOXORUBICINE	LYOPHILISAT POUR PERFUSION à 50 MG	1 BOITE 1 FLACON	454,00	412,00	302,00	273,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118000041320	ADRONAT 70 MG	ALENDRONATE	COMPRIME à 70 MG	1 BOITE 4 COMPRIME	232,00	232,00	144,50	144,50	BIPHOSPHONATE	G
6118001021444	AEROL	SALBUTAMOL	SUSPENSION POUR INHALATION BUCCALE à 100 µG	1 FLACON 200 DOSE	30,40	30,40	19,00	19,00	BRONCHODILATEUR	G
6118001110360	AEROMAX	BUDESONIDE	SUSPENSION POUR PULVERISATION NASALE à 100 µG	1 FLACON 200 DOSE	190,00	190,00	118,40	118,40	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118001030996	AFINITOR 5 MG	EVEROLIMUS	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	20304,00	20304,00	19914,00	19914,00	ANTINEOPLASIQUE ET IMMUNOMODULATEUR	P
6118000180968	AFLOX	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	36,00	36,00	22,40	22,40	FLUOROQUINOLONE	G
6118000180951	AFLOX	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	59,00	59,00	36,80	36,80	FLUOROQUINOLONE	G
6118000180944	AFLOX	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 750 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	82,00	82,00	51,10	51,10	FLUOROQUINOLONE	G
6118000410140	AFONGIS 150 MG	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 1 GELULE	19,50	19,50	12,10	12,10	ANTIFONGIQUE	G
6118000410157	AFONGIS 150 MG	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 2 GELULE	34,30	34,30	21,40	21,40	ANTIFONGIQUE	G
6118000410164	AFONGIS 150 MG	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 4 GELULE	59,00	59,00	36,70	36,70	ANTIFONGIQUE	G
6118000410171	AFONGIS 150 MG	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 7 GELULE	99,00	99,00	61,70	61,70	ANTIFONGIQUE	G
6118000140870	AGIDERM	ACIDE FUSIDIQUE	POMMADE à 2 %	1 TUBE 15 G	25,00	25,00	15,60	15,60	ANTIBACTERIEN	G
6118001010202	AGIDERM	ACIDE FUSIDIQUE	CREME à 2 %	1 TUBE 15 G	28,00	28,00	17,40	17,40	ANTIBACTERIEN	G
6118000050285	AGIFENE	IBUPROFENE	SUSPENSION BUVABLE à 2 %	1 FLACON 150 ML	22,50	22,50	14,00	14,00	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000092537	AGLIM 2 MG	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 2 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	36,00	36,00	22,50	22,50	ANTIDIABETIQUES	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000092551	AGLIM 3 MG	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 3 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	51,00	51,00	31,90	31,90	ANTI-DIABETIQUES	G
6118000092544	AGLIM 3 MG	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 3 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	90,00	90,00	56,20	56,20	ANTI-DIABETIQUES	G
6118000092575	AGLIM 4 MG	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 4 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	62,90	62,90	39,30	39,30	ANTI-DIABETIQUES	G
6118000092568	AGLIM 4 MG	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 4 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	110,70	110,70	69,20	69,20	ANTI-DIABETIQUES	G
	A-GRAM	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 60 ML	32,70	32,70	21,60	21,60	PENICILLINE	G
	A-GRAM	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 MG	1 FLACON 60 ML	47,60	47,60	31,50	31,50	PENICILLINE	G
	A-GRAM	AMOXICILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 12 GELULE	56,85	56,85	37,60	37,60	PENICILLINE	G
6118000094760	AGREL 75 MG	CLOPIDOGREL	COMPRIME PELLICULE à 75 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	189,88	189,88	118,60	118,60	ANTI-AGREGANT PLAQUETTAIRE	G
6118000094777	AGREL 75 MG	CLOPIDOGREL	COMPRIME PELLICULE à 75 MG	1 BOITE 50 COMPRIME PELLICULE	316,00	316,00	210,00	210,00	ANTI-AGREGANT PLAQUETTAIRE	G
6118001102549	AGRETER 75 MG	CLOPIDOGREL	COMPRIME à 75 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	110,00	110,00	68,80	68,80	ANTI-AGREGANT PLAQUETTAIRE	G
6118001102556	AGRETER 75 MG	CLOPIDOGREL	COMPRIME à 75 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	198,00	198,00	123,80	123,80	ANTI-AGREGANT PLAQUETTAIRE	G
6118001340033	AGRIPPAL VACCIN	VACCIN ANTIGRIPPAL	SUSPENSION INJECTABLE	1 FLACON 0,5 ML	65,00	65,00			VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P
6118001100699	AIRCORT	BECLOMETASONE	SUSPENSION POUR INHALATION à 250 µG	1 FLACON 200 DOSE	83,00	83,00	51,90	51,90	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118000050414	AIRLIX	CETIRIZINE	SOLUTION BUVABLE à 1 MG	1 FLACON 60 ML	31,90	31,90	19,90	19,90	ANTI-HISTAMINIQUE H1	G
6118000050322	AIRLIX	CETIRIZINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 10 MG	1 BOITE 15 COMPRIME	52,00	52,00	32,40	32,40	ANTI-HISTAMINIQUE H1	G
6118000050964	AIRLIX	CETIRIZINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME ENROBE	91,50	91,50	57,00	57,00	ANTI-HISTAMINIQUE H1	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001330065	ALBUNORM 20%	ALBUMINE HUMAINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 20 G	1 FLACON 50 ML	693,00	693,00	459,00	459,00	SUBSTITUT DU PLASMA	P
6118001330072	ALBUNORM 20%	ALBUMINE HUMAINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 20 G	1 FLACON 100 ML	1172,00	1172,00	874,00	874,00	SUBSTITUT DU PLASMA	P
6118000250517	ALDACTAZINE	SPIRONOLACTONE / ALTIZIDE	COMPRIME ENROBE SECABLE à 25 / 15 MG / MG	1 BOITE 20 COMPRIME	39,30	39,30	24,60	24,60	DIURETIQUE	P
6118001170029	ALDACTONE	SPIRONOLACTONE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 50 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE SECABLE	57,70	57,70	36,10	36,10	DIURETIQUE	P
6118001170036	ALDACTONE	SPIRONOLACTONE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 75 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE SECABLE	110,80	110,80	69,30	69,30	DIURETIQUE	P
6118001071333	ALDOMET	METHYLDOPA	COMPRIME ENROBE à 500 MG	1 BOITE 30 COMPRIME ENROBE	56,20	56,20	35,10	35,10	ANTIHYPERTENSEUR D ACTION CENTRALE	P
6118000090045	ALDOPA	METHYLDOPA	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	35,50	35,50	22,20	22,20	ANTIHYPERTENSEUR D ACTION CENTRALE	G
6118000330561	ALEPSIA 200 MG	CARBAMAZEPINE	COMPRIME à 200 MG	1 BOITE 50 COMPRIME	47,00	47,00	29,30	29,30	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	G
6118000081975	ALER Z	CETIRIZINE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 7 COMPRIME PELLICULE	23,00	23,00	14,30	14,30	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000081968	ALER Z	CETIRIZINE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	44,00	44,00	27,40	27,40	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000081951	ALER Z	CETIRIZINE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	84,00	84,00	52,30	52,30	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000082750	ALER-Z	CETIRIZINE	SOLUTION BUvable à 1 MG	1 FLACON 120 ML	37,00	37,00	23,10	23,10	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000091974	ALFACEFAL 125 MG/5 ML	CEFACLOR	POUDRE POUR SUSPENSION BUvable à 125 MG	1 FLACON 60 ML	45,00	45,00	28,00	28,00	CEPHALOSPORINE	G
6118000091981	ALFACEFAL 250 MG/5 ML	CEFACLOR	POUDRE POUR SUSPENSION BUvable à 250 MG	1 FLACON 60 ML	74,00	74,00	46,10	46,10	CEPHALOSPORINE	G
6118000091035	ALFACEFAL 500 MG	CEFACLOR	GELULE à 500 MG	1 BOITE 12 GELULE	145,00	145,00	90,30	90,30	CEPHALOSPORINE	G
6118000091448	ALFAMOX	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUvable à 1 G	1 BOITE 14 SACHET	65,00	65,00	40,50	40,50	PENICILLINE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000091479	ALFAMOX	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 BOITE 14 SACHET	20,40	20,40	12,70	12,70	PENICILLINE	G
6118000091462	ALFAMOX	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 BOITE 14 SACHET	30,60	30,60	19,10	19,10	PENICILLINE	G
6118000091455	ALFAMOX	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 MG	1 BOITE 14 SACHET	45,00	45,00	28,00	28,00	PENICILLINE	G
6118000090052	ALFAMOX	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 100 ML	39,20	39,20	24,40	24,40	PENICILLINE	G
6118000091042	ALFAMOX	AMOXICILLINE	COMPRIME à 1 G	1 BOITE 12 COMPRIME	53,50	53,50	33,40	33,40	PENICILLINE	G
	ALFAMOX	AMOXICILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 12 GELULE	39,80	39,80	24,80	24,80	PENICILLINE	G
6118000094845	ALFAMOX 1 G	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 G	1 BOITE 16 SACHET	73,30	73,30	45,70	45,70	PENICILLINE	G
6118000090601	ALFAMOX 1000 MG	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 1 G	1 BOITE 24 COMPRIME	96,80	96,80	60,30	60,30	PENICILLINE	G
6118000090618	ALFAMOX 125 MG/5ML	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	2 FLACON 60 ML	26,60	26,60	16,60	16,60	PENICILLINE	G
6118000094838	ALFAMOX 1G	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 G	1 BOITE 24 SACHET	97,20	97,20	60,60	60,60	PENICILLINE	G
6118000090625	ALFAMOX 250 MG	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 250 MG	1 BOITE 24 COMPRIME	48,90	48,90	30,50	30,50	PENICILLINE	G
6118000090632	ALFAMOX 250 MG/5ML	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	2 FLACON 60 ML	40,30	40,30	25,10	25,10	PENICILLINE	G
6118000090656	ALFAMOX 500 MG	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 500 MG	1 BOITE 24 COMPRIME	65,40	65,40	40,80	40,80	PENICILLINE	G
6118000090663	ALFAMOX 500 MG/5ML	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 MG	2 FLACON 60 ML	59,10	59,10	36,80	36,80	PENICILLINE	G
6118000091424	ALFAPROXINE	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 2 COMPRIME	36,00	36,00	22,40	22,40	FLUOROQUINOLONE	G
6118000091394	ALFAPROXINE	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	65,00	65,00	40,50	40,50	FLUOROQUINOLONE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000091400	ALFAPROXINE	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	120,00	120,00	74,80	74,80	FLUOROQUINOLONE	G
6118000091417	ALFAPROXINE	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 750 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	195,00	195,00	121,50	121,50	FLUOROQUINOLONE	G
6118000092582	ALFAPROXINE	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 16 COMPRIME	95,00	95,00	59,20	59,20	FLUOROQUINOLONE	G
6118000092599	ALFAPROXINE	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 16 COMPRIME	170,00	170,00	105,90	105,90	FLUOROQUINOLONE	G
6118000092070	ALFAPROXINE	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	110,00	110,00	68,50	68,50	FLUOROQUINOLONE	G
6118000092063	ALFAPROXINE	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	200,00	200,00	124,60	124,60	FLUOROQUINOLONE	G
6118000021667	ALFATIL	CEFACLOR	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 FLACON 60 ML	46,60	46,60	29,00	29,00	CEPHALOSPORINE	P
6118000021674	ALFATIL	CEFACLOR	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 60 ML	74,00	74,00	46,10	46,10	CEPHALOSPORINE	P
6118000021056	ALFATIL	CEFACLOR	COMPRIME DISPERSIBLE à 500 MG	1 BOITE 12 COMPRIME	167,50	145,00	104,40	90,30	CEPHALOSPORINE	P
6118000020776	ALFATIL	CEFACLOR	GELULE à 500 MG	1 BOITE 12 GELULE	150,00	145,00	93,50	90,30	CEPHALOSPORINE	P
6118000031017	ALGANTIL	IBUPROFENE	SUSPENSION BUVABLE à 2 %	1 FLACON 150 ML	22,00	22,00	13,70	13,70	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000032328	ALGANTIL	IBUPROFENE	COMPRIME EFFERVESCENT à 200 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	14,90	14,90	9,30	9,30	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000030065	ALGANTIL	IBUPROFENE	COMPRIME ENROBE à 200 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	19,70	19,70	12,30	12,30	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000032335	ALGANTIL	IBUPROFENE	COMPRIME ENROBE GASTRO-RESISTANT à 200 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	26,80	26,80	16,70	16,70	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000030973	ALGANTIL	IBUPROFENE	SUPPOSITOIRE à 250 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	16,70	16,70	10,40	10,40	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000230069	ALGIXENE	NAPROXENE	GELULE à 250 MG	1 BOITE 30 GELULE	47,90	47,90	29,80	29,80	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000230052	ALGIXENE	NAPROXENE	SUPPOSITOIRE à 500 MG	1 BOITE 12 SUPPOSITOIRE	40,80	40,80	25,40	25,40	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000092285	ALGOFENE 20 MG/ML	IBUPROFENE	SUSPENSION BUVABLE à 100 MG	1 FLACON 150 ML	17,00	17,00	10,60	10,60	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000092612	ALGOFENE 200 MG	IBUPROFENE	COMPRIME PELLICULE à 200 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	23,50	23,50	14,60	14,60	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000092605	ALGOFENE 200 MG	IBUPROFENE	COMPRIME PELLICULE à 200 MG	1 BOITE 100 COMPRIME PELLICULE	71,40	71,40	44,50	44,50	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000092636	ALGOFENE 400 MG	IBUPROFENE	COMPRIME PELLICULE à 400 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	30,00	30,00	18,70	18,70	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000092629	ALGOFENE 400 MG	IBUPROFENE	COMPRIME PELLICULE à 400 MG	1 BOITE 100 COMPRIME PELLICULE	89,00	89,00	55,40	55,40	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118001071432	ALIMTA	PEMETREXED	POUDRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION à 100 MG	1 BOITE 1 FLACON	2974,00	2974,00	2650,00	2650,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001070862	ALIMTA	PEMETREXED	POUDRE POUR PERFUSION à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON	11999,00	11999,00	11771,00	11771,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118000230250	ALIVAR	SULPIRIDE	GELULE à 50 MG	1 BOITE 20 GELULE	27,00	27,00	16,80	16,80	NEUROLEPTIQUE	G
6118001071685	ALKERAN 2 MG	MELPHALAN	COMPRIME PELLICULE à 2 MG	1 BOITE 50 COMPRIME PELLICULE	100,40	100,40	62,70	62,70	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118000080176	ALLERGINE	LORATADINE	COMPRIME SECABLE à 10 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	28,00	28,00	17,40	17,40	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000080183	ALLERGINE	LORATADINE	COMPRIME SECABLE à 10 MG	1 BOITE 15 COMPRIME	42,30	42,30	26,40	26,40	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000080190	ALLERGINE	LORATADINE	COMPRIME SECABLE à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	83,10	83,10	51,80	51,80	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000022756	ALOXIA 15MG	MELOXICAM	COMPRIME SECABLE à 15 MG	1 BOITE 10 COMPRIME SECABLE	43,90	43,90	27,30	27,30	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000022763	ALOXIA 15MG	MELOXICAM	COMPRIME SECABLE à 15 MG	1 BOITE 20 COMPRIME SECABLE	87,40	87,40	54,40	54,40	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000022732	ALOXIA 7.5MG	MELOXICAM	COMPRIME à 7.5 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	29,00	29,00	18,10	18,10	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000022749	ALOXIA 7.5MG	MELOXICAM	COMPRIME à 7.5 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	53,10	53,10	33,10	33,10	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000120865	ALPERIDE	AMISULPRIDE	COMPRIME SECABLE à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	59,50	59,50	37,10	37,10	NEUROLEPTIQUE	G
6118000120872	ALPERIDE	AMISULPRIDE	COMPRIME SECABLE à 100 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	90,70	90,70	56,50	56,50	NEUROLEPTIQUE	G
6118001200917	ALPERIDE 200 MG	AMISULPRIDE	COMPRIME SECABLE à 200 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	204,00	204,00	127,30	127,30	NEUROLEPTIQUE	G
6118000121084	ALPERIDE 400MG	AMISULPRIDE	COMPRIME SECABLE à 400 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	295,00	295,00	184,20	184,20	NEUROLEPTIQUE	G
6118001030064	ALPHAGAN	BRIMONIDINE	COLLYRE à 0.2 %	1 FLACON 20 ML	147,50	147,50	91,90	91,90	ANTIGLAUCOMATEUX	P
6118001251384	ALPHAGAN 0.2 %	BRIMONIDINE	COLLYRE à 0.2 %	1 FLACON 5 ML	147,50	147,50	91,90	91,90	ANTIGLAUCOMATEUX	P
6118000020523	ALPRAZ	ALPRAZOLAM	COMPRIME à 1 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	35,70	35,70	22,20	22,20	ANXIOLYTIQUE	G
6118000020530	ALPRAZ	ALPRAZOLAM	COMPRIME à 0.5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	35,70	35,70	22,20	22,20	ANXIOLYTIQUE	G
6118000061922	ALPRAZOLAM WIN 0.5 MG	ALPRAZOLAM	COMPRIME SECABLE à 0.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	31,00	31,00	19,30	19,30	ANXIOLYTIQUE	G
6118000013242	ALPRAZOLAM WIN 0.5 MG	ALPRAZOLAM	COMPRIME SECABLE à 0.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	31,00	31,00	19,30	19,30	ANXIOLYTIQUE	G
6118000360032	ALTEC	RAMIPRIL	GELULE à 2.5 MG	1 BOITE 30 GELULE	36,90	36,90	23,10	23,10	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000360018	ALTEC	RAMIPRIL	GELULE à 5 MG	1 BOITE 30 GELULE	46,40	46,40	29,00	29,00	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000360025	ALTEC	RAMIPRIL	GELULE à 10 MG	1 BOITE 30 GELULE	80,00	80,00	50,00	50,00	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118001150014	ALTIAZEM	DILTIAZEM	COMPRIME SECABLE à 60 MG	1 BOITE 50 COMPRIME SECABLE	89,00	89,00	55,60	55,60	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118001230181	ALTRACART II 1000G	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	POUDRE POUR CONCENTRE POUR HEMODIALYSE à 1000 G	1 CARTOUCHE 1000 G	137,70	137,70	71,40	71,40	HEMODIALYSE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000380221	ALYVIR RANBAXY 500 MG	VALACICLOVIR	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	119,40	119,40	74,48	74,48	ANTIVIRAL	G
6118000050407	ALZOLE	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 14 GELULE	45,00	45,00	28,00	28,00	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000051015	ALZOLE 20 MG	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 FLACON 7 GELULE	25,00	25,00	15,60	15,60	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000051022	ALZOLE 20 MG	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 FLACON 28 GELULE	85,00	85,00	53,00	53,00	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000280637	AM-10	AMLODIPINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	31,00	31,00	19,30	19,30	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000280644	AM-10	AMLODIPINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	55,60	55,60	34,70	34,70	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000280651	AM-10	AMLODIPINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	77,30	77,30	48,30	48,30	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000280668	AM-10	AMLODIPINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	145,90	145,90	91,20	91,20	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000280590	AM-5	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	19,70	19,70	12,30	12,30	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000280606	AM-5	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	36,20	36,20	22,60	22,60	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000280613	AM-5	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	43,70	43,70	27,30	27,30	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000280620	AM-5	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	82,30	82,30	51,40	51,40	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000060031	AMAREL	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 2 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	60,40	57,00	37,80	35,60	ANTIDIABETIQUES	P
6118000060017	AMAREL	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 3 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	92,10	77,00	57,60	48,10	ANTIDIABETIQUES	P
6118001081325	AMAREL	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 4 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	84,00	84,00	52,50	52,50	ANTIDIABETIQUES	P
6118000061793	AMAREL	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 2 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	115,70	78,10	72,30	48,80	ANTIDIABETIQUES	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000061809	AMAREL	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 3 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	166,90	117,20	104,30	73,20	ANTIDIABETIQUES	P
6118001081578	AMAREL	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 4 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	156,70	156,70	97,90	97,90	ANTIDIABETIQUES	P
6118000130390	AMCARD	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 7 COMPRIME	14,50	14,50	9,10	9,10	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000130420	AMCARD	AMLODIPINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 7 COMPRIME	22,10	22,10	13,80	13,80	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000130406	AMCARD	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	25,00	25,00	15,60	15,60	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000130437	AMCARD	AMLODIPINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	38,90	38,90	24,30	24,30	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000130413	AMCARD	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	49,40	49,40	30,90	30,90	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000130444	AMCARD	AMLODIPINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	75,20	75,20	47,00	47,00	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000081531	AMEP 10	AMLODIPINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	38,90	38,90	24,30	24,30	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000081784	AMEP 10	AMLODIPINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	75,20	75,20	47,00	47,00	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000081517	AMEP 5	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	25,60	25,60	16,00	16,00	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000081524	AMEP 5	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	49,40	49,40	30,90	30,90	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000081777	AMEP 5	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 56 COMPRIME	97,70	97,70	61,10	61,10	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000331353	AMIAN 100 MG	AMISULPRIDE	COMPRIME SECABLE à 100 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	90,70	90,70	56,50	56,50	NEUROLEPTIQUE	G
6118000331377	AMIAN 200 MG	AMISULPRIDE	COMPRIME SECABLE à 200 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	204,00	204,00	127,30	127,30	NEUROLEPTIQUE	G
6118000331391	AMIAN 400 MG	AMISULPRIDE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 400 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE SECABLE	295,00	295,00	184,20	184,20	NEUROLEPTIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001330294	AMIFLOX 2MG/ML	CIPROFLOXACINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 200 MG	1 POCHE 100 ML	143,00	143,00	89,10	89,10	FLUOROQUINOLONE	G
6118001020775	AMIKACINE MYLAN	AMIKACINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 250 MG	1 FLACON 2 ML	35,00	35,00	21,80	21,80	AMINOSIDE	G
6118001020010	AMIKACINE MYLAN	AMIKACINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 250 MG	20 FLACON 2 ML	601,00	601,00	398,00	398,00	AMINOSIDE	G
6118001020782	AMIKACINE MYLAN	AMIKACINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 500 MG	1 FLACON 4 ML	70,00	70,00	43,60	43,60	AMINOSIDE	G
6118001020027	AMIKACINE MYLAN	AMIKACINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 500 MG	20 FLACON 4 ML	1069,00	1069,00	767,00	767,00	AMINOSIDE	G
6118001182640	AMIKLIN	AMIKACINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 250 MG	1 FLACON 250 ML	103,80	103,80	68,70	68,70	AMINOSIDE	P
6118001182657	AMIKLIN	AMIKACINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 500 MG	1 FLACON 500 ML	183,70	183,70	121,50	121,50	AMINOSIDE	P
6118000021018	AMILO	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	25,60	25,60	16,00	16,00	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000021025	AMILO	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	49,40	49,40	30,90	30,90	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118001330140	AMIPAR 10 MG/ML	PARACETAMOL	SOLUTION POUR PERFUSION à 1 G	1 POCHE 100 ML	30,10	30,10	18,80	18,80	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000330103	AMLODIPINE GT	AMLODIPINE	COMPRIME SECABLE à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	43,00	43,00	26,90	26,90	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000330127	AMLODIPINE GT	AMLODIPINE	COMPRIME SECABLE à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	76,00	76,00	47,50	47,50	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000061939	AMLODIPINE WIN	AMLODIPINE	COMPRIME SECABLE à 5 MG	1 BOITE 14 COMPRIME SECABLE	19,00	19,00	11,90	11,90	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000061953	AMLODIPINE WIN	AMLODIPINE	COMPRIME SECABLE à 10 MG	1 BOITE 14 COMPRIME SECABLE	33,60	33,60	21,00	21,00	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000012832	AMLODIPINE WIN	AMLODIPINE	COMPRIME SECABLE à 10 MG	1 BOITE 14 COMPRIME SECABLE	33,60	33,60	21,00	21,00	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000061946	AMLODIPINE WIN	AMLODIPINE	COMPRIME SECABLE à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME SECABLE	36,20	36,20	22,60	22,60	INHIBITEUR CALCIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000012849	AMLODIPINE WIN	AMLODIPINE	COMPRIME SECABLE à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME SECABLE	64,00	64,00	40,00	40,00	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000061960	AMLODIPINE WIN	AMLODIPINE	COMPRIME SECABLE à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME SECABLE	64,00	64,00	40,00	40,00	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000012825	AMLODIPINE WIN	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	36,20	36,20	22,60	22,60	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000012818	AMLODIPINE WIN	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	19,00	19,00	11,90	11,90	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000250524	AMLOR	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	48,60	25,60	30,40	16,00	INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118000250548	AMLOR	AMLODIPINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	54,80	38,90	34,20	24,30	INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118000250531	AMLOR	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	89,20	49,40	55,80	30,90	INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118000250555	AMLOR	AMLODIPINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	98,90	75,20	61,80	47,00	INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118000250012	AMLOR	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 56 COMPRIME	136,60	97,70	85,40	61,10	INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118001170784	AMLOR PLUS 10MG/10MG	AMLODIPINE / ATORVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 10 / 10 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	246,00	246,00	154,10	154,10	INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118001170777	AMLOR PLUS 5MG/10MG	AMLODIPINE / ATORVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 5 / 10 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	246,00	246,00	154,10	154,10	INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118000180043	AMODEX	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION INJECTABLE à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	15,10	15,10	9,40	9,40	PENICILLINE	G
6118000180012	AMODEX	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 60 ML	28,90	28,90	18,00	18,00	PENICILLINE	G
6118000180029	AMODEX	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 MG	1 FLACON 60 ML	38,90	38,90	24,30	24,30	PENICILLINE	G
6118000180036	AMODEX	AMOXICILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 12 GELULE	56,70	56,70	35,40	35,40	PENICILLINE	G
6118000120032	AMOVAS	AMLODIPINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	31,60	31,60	19,70	19,70	INHIBITEUR CALCIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000120018	AMOVAS	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	25,60	25,60	16,00	16,00	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000120025	AMOVAS	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	49,40	49,40	30,90	30,90	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000120681	AMOVAS	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 56 COMPRIME	97,70	97,70	61,10	61,10	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000121053	AMOVAS 10 MG	AMLODIPINE	COMPRIME SECABLE à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	80,50	80,50	50,30	50,30	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000070030	AMOXICILLINE LLORENTE	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 60 ML	28,90	28,90	18,00	18,00	PENICILLINE	G
6118000070047	AMOXICILLINE LLORENTE	AMOXICILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 12 GELULE	46,60	46,60	29,10	29,10	PENICILLINE	G
6118000070054	AMOXICILLINE LLORENTE	AMOXICILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 24 GELULE	84,00	84,00	52,30	52,30	PENICILLINE	G
6118001021055	AMOXICILLINE/ACIDE CLAVULANIQUE MYLAN	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 / 100 G / MG	1 BOITE 1 FLACON	38,00	38,00	23,70	23,70	PENICILLINE	G
6118001021031	AMOXICILLINE/ACIDE CLAVULANIQUE MYLAN	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 / 200 G / MG	1 BOITE 1 FLACON	40,00	40,00	24,90	24,90	PENICILLINE	G
6118001021079	AMOXICILLINE/ACIDE CLAVULANIQUE MYLAN	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 2 / 200 G / MG	1 BOITE 1 FLACON	51,00	51,00	31,80	31,80	PENICILLINE	G
6118001021062	AMOXICILLINE/ACIDE CLAVULANIQUE MYLAN	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 / 100 G / MG	1 BOITE 10 FLACON	358,00	358,00	237,00	237,00	PENICILLINE	G
6118001021048	AMOXICILLINE/ACIDE CLAVULANIQUE MYLAN	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 / 200 G / MG	1 BOITE 10 FLACON	378,00	378,00	250,00	250,00	PENICILLINE	G
6118001021086	AMOXICILLINE/ACIDE CLAVULANIQUE MYLAN	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 2 / 200 G / MG	1 BOITE 10 FLACON	481,00	481,00	319,00	319,00	PENICILLINE	G
6118001021017	AMOXICILLINE/ACIDE CLAVULANIQUE MYLAN	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 500 / 50 MG / MG	1 BOITE 1 FLACON	20,00	20,00	12,40	12,40	PENICILLINE	G
6118001021024	AMOXICILLINE/ACIDE CLAVULANIQUE MYLAN	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 500 / 50 MG / MG	1 BOITE 10 FLACON	160,00	160,00	99,70	99,70	PENICILLINE	G
6118000161035	AMOXIL	AMOXICILLINE	POUDRE POUR USAGE PARENTERAL à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	15,10	15,10	9,40	9,40	PENICILLINE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000161028	AMOXIL	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON	12,20	12,20	7,60	7,60	PENICILLINE	P
6118000160069	AMOXIL	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 FLACON 60 ML	15,30	15,30	9,50	9,50	PENICILLINE	P
6118000160106	AMOXIL	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 60 ML	28,90	28,90	18,00	18,00	PENICILLINE	P
6118000160168	AMOXIL	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 MG	1 FLACON 60 ML	38,90	38,90	24,30	24,30	PENICILLINE	P
6118000160052	AMOXIL	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 FLACON 100 ML	25,40	25,40	15,80	15,80	PENICILLINE	P
6118000160090	AMOXIL	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 100 ML	45,00	43,00	28,00	26,80	PENICILLINE	P
6118000160151	AMOXIL	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 MG	1 FLACON 100 ML	65,00	64,90	40,50	40,40	PENICILLINE	P
6118000160038	AMOXIL	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 1 G	1 BOITE 12 COMPRIME	55,00	55,00	34,30	34,30	PENICILLINE	P
6118000160045	AMOXIL	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 1 G	1 BOITE 24 COMPRIME	103,60	96,80	64,60	60,30	PENICILLINE	P
6118000160076	AMOXIL	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 250 MG	1 BOITE 12 COMPRIME	30,05	30,05	19,90	19,10	PENICILLINE	P
6118000160113	AMOXIL	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 500 MG	1 BOITE 12 COMPRIME	34,60	34,60	21,50	21,50	PENICILLINE	P
6118000160137	AMOXIL	AMOXICILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 12 GELULE	47,75	46,60	31,60	29,10	PENICILLINE	P
6118000160083	AMOXIL	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 250 MG	1 BOITE 24 COMPRIME	53,30	48,90	35,25	30,50	PENICILLINE	P
6118000160120	AMOXIL	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 500 MG	1 BOITE 24 COMPRIME	65,40	65,40	40,80	40,80	PENICILLINE	P
6118000160144	AMOXIL	AMOXICILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 24 GELULE	84,45	84,00	55,85	52,30	PENICILLINE	P
6118000070061	AMPICILLINE LLORENTE	AMPICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 60 ML	24,50	24,50	15,30	15,30	PENICILLINE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000070085	AMPICILLINE LLORENTE	AMPICILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 12 GELULE	36,70	36,70	22,90	22,90	PENICILLINE	G
6118000070078	AMPICILLINE LLORENTE	AMPICILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 24 GELULE	66,10	66,10	41,20	41,20	PENICILLINE	G
6118000092667	AMPICILLINE PHARMA	AMPICILLINE	POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 G	1 BOITE 1 FLACON DE POUDRE+AMPOULE DE SOLVANT	14,00	14,00	8,70	8,70	PENICILLINE	G
6118000092650	AMPICILLINE PHARMA	AMPICILLINE	POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON DE POUDRE+AMPOULE DE SOLVANT	11,00	11,00	6,80	6,80	PENICILLINE	G
6118001030088	ANAFRANIL	CLOMIPRAMINE	SOLUTION INJECTABLE à 25 MG	10 AMPOULE 2 ML	72,90	72,90	45,40	45,40	ANTIDEPRESSEUR	P
6118001030071	ANAFRANIL	CLOMIPRAMINE	COMPRIME ENROBE à 75 MG	1 BOITE 20 COMPRIME ENROBE	93,00	93,00	57,90	57,90	ANTIDEPRESSEUR	P
6118000220015	ANAFRANIL	CLOMIPRAMINE	COMPRIME ENROBE à 25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME ENROBE	47,90	47,90	29,90	29,90	ANTIDEPRESSEUR	P
6118000040033	ANALGYL	IBUPROFENE	COMPRIME ENROBE à 200 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	17,90	17,90	11,20	11,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	G
6118000410010	ANAPRED 20 MG	PREDNISOLONE	COMPRIME ORODISPERSIBLE à 20 MG	1 BOITE 20 COMPRIME ORODISPERSIBLE	40,90	40,90	25,50	25,50	ANTI-INFLAMMATOIRE STERODIEN	G
6118000410027	ANAPRED 20 MG	PREDNISOLONE	COMPRIME ORODISPERSIBLE à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME ORODISPERSIBLE	57,10	57,10	35,70	35,70	ANTI-INFLAMMATOIRE STERODIEN	G
6118001101931	ANASTROZOLE COOPER	ANASTROZOLE	COMPRIME PELLICULE à 1 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	589,00	589,00	391,00	391,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001271443	ANASTROZOLE ZENITH 1 MG	ANASTROZOLE	COMPRIME PELLICULE à 1 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	441,00	441,00	293,00	293,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001271436	ANASTROZOLE ZENITH 1MG	ANASTROZOLE	COMPRIME PELLICULE à 1 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	222,00	222,00	138,70	138,70	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118000141105	ANCINE 50 MG	LOSARTAN	COMPRIME ENROBE SECABLE à 50 MG	1 BOITE 15 COMPRIME ENROBE	36,00	36,00	22,50	22,50	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000141112	ANCINE 50 MG	LOSARTAN	COMPRIME ENROBE SECABLE à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME ENROBE	64,00	64,00	40,00	40,00	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000141068	ANCINE PLUS 100MG/25MG	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 100 / 25 MG / MG	1 BOITE 15 COMPRIME PELLICULE	59,90	59,90	37,40	37,40	ANTIHYPERTENSEUR	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000141075	ANCINE PLUS 100MG/25MG	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 100 / 25 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	105,40	105,40	65,90	65,90	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000141044	ANCINE PLUS 50MG/12.5MG	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 50 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 15 COMPRIME PELLICULE	36,50	36,50	22,80	22,80	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000141051	ANCINE PLUS 50MG/12.5MG	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 50 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	64,20	64,20	40,10	40,10	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118001110650	ANCOTIL	FLUCYTOSINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 2.5 G	4 FLACON 250 ML	531,00	531,00	352,00	352,00	ANTIFONGIQUE	P
6118000340164	ANDOL	PARACETAMOL	COMPRIME EFFERVESCENT à 1 G	1 BOITE 8 COMPRIME EFFERVESCENT	14,50	14,50	9,00	9,00	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000340157	ANDOL	PARACETAMOL	COMPRIME EFFERVESCENT à 500 MG	1 BOITE 16 COMPRIME EFFERVESCENT	14,00	14,00	8,70	8,70	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000081579	ANDOL	PARACETAMOL	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	10,00	10,00	6,20	6,20	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118001102471	ANDOL 10 MG/ML	PARACETAMOL	SOLUTION INJECTABLE POUR PERFUSION à 1 G	1 POCHE 100 ML	30,10	30,10	18,80	18,80	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000082484	ANDOL 1000 MG	PARACETAMOL	COMPRIME EFFERVESCENT à 1 G	1 BOITE 8 COMPRIME EFFERVESCENT	14,50	14,50	9,00	9,00	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000082491	ANDOL 500 MG	PARACETAMOL	COMPRIME EFFERVESCENT à 500 MG	1 BOITE 16 COMPRIME EFFERVESCENT	14,00	14,00	8,70	8,70	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000082460	ANDOL 500 MG	PARACETAMOL	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	10,00	10,00	6,20	6,20	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118001071166	ANDRAXAN	FLUTAMIDE	COMPRIME ENROBE à 250 MG	1 BOITE 30 COMPRIME ENROBE	250,00	250,00	156,20	156,20	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001090297	ANDROCUR	CYPROTERONE	COMPRIME à 50 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	194,30	194,30	121,40	121,40	HORMONOTHERAPIE	P
	ANGIMOLE 75 MG	DIPYRIDAMOL	COMPRIME DRAGEFIE à 75 MG	1 BOITE 30 COMPRIME DRAGEFIE	36,60	36,60	22,90	22,90	ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE	P
6118000092674	ANGIMOLE 75 MG	DIPYRIDAMOL	COMPRIME DRAGEFIE à 75 MG	1 BOITE 50 COMPRIME DRAGEFIE	59,30	59,30	37,10	37,10	ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE	P
6118000050629	ANGINIB	LOSARTAN	COMPRIME ENROBE à 50 MG	1 BOITE 14 COMPRIME ENROBE	45,00	45,00	28,10	28,10	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000050636	ANGINIB	LOSARTAN	COMPRIME ENROBE à 50 MG	1 BOITE 28 COMPRIME ENROBE	80,00	80,00	50,00	50,00	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000051176	ANGINIB 100MG	LOSARTAN	COMPRIME à 100 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	150,00	150,00	93,80	93,80	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000051077	ANGINIB 50MG	LOSARTAN	COMPRIME à 50 MG	1 BOITE 56 COMPRIME	140,00	140,00	87,50	87,50	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000041290	ANGLOR	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	40,70	40,70	25,40	25,40	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000041306	ANGLOR	AMLODIPINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	75,20	75,20	47,00	47,00	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000092711	ANOR	ALENDRONATE	COMPRIME à 70 MG	1 BOITE 4 COMPRIME	176,00	176,00	109,70	109,70	BIPHOSPHONATE	G
6118000092704	ANOR	ALENDRONATE	COMPRIME à 70 MG	1 BOITE 12 COMPRIME	451,00	451,00	299,00	299,00	BIPHOSPHONATE	G
6118000092681	ANOR 10 MG	ALENDRONATE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	176,00	176,00	109,70	109,70	BIPHOSPHONATE	G
6118000092698	ANOR 10 MG	ALENDRONATE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 84 COMPRIME	451,00	451,00	299,00	299,00	BIPHOSPHONATE	G
6118000020127	ANTARENE	IBUPROFENE	COMPRIME PELLICULE à 200 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	23,50	23,50	14,60	14,60	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000021032	ANTARENE	IBUPROFENE	COMPRIME PELLICULE à 400 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	33,00	33,00	20,60	20,60	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000021858	ANTARENE 20MG/ML	IBUPROFENE	SUSPENSION BUVABLE à 2 %	1 FLACON 125 ML	17,00	17,00	10,60	10,60	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118001340040	ANTETAL VACCIN	ANATOXINE TETANIQUE	PREPARATION INJECTABLE	1 BOITE 1 DOSE	18,90	18,90			VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P
6118000021780	ANTI-SPA 200 MG	MEBEVERINE	COMPRIME PELLICULE à 200 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	40,00	40,00	24,90	24,90	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	G
	ANTITOXINE TETANIQUE BP	IMMUNOGLOBULINES ANTITETANIQUES	SOLUTION INJECTABLE	1 AMPOULE 1 ML	29,00	29,00	18,10	18,10	IMMUNOGLOBULINE ET IMMUNOSERUM	P
6118000081111	ANXIOL	BROMAZEPAM	COMPRIME à 6 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	36,70	36,70	22,90	22,90	ANXIOLYTIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001250035	ANZATAX	PACLITAXEL	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 30 MG	1 FLACON 5 ML	619,00	619,00	411,00	411,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001250042	ANZATAX	PACLITAXEL	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 150 MG	1 FLACON 25 ML	2476,00	2476,00	2137,00	2137,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118000360070	APADEX LP	INDAPAMIDE	COMPRIME LP à 1.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME A LP	29,30	29,30	18,30	18,30	DIURETIQUE	G
6118001081493	APIDRA	INSULINE HUMAINE	SOLUTION INJECTABLE UR à 100 UI	1 BOITE 1 CARTOUCHE	98,40	98,40	61,50	61,50	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118001081479	APIDRA	INSULINE HUMAINE	SOLUTION INJECTABLE UR à 100 UI	1 BOITE 5 CARTOUCHE	366,00	366,00	243,00	243,00	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118001081462	APIDRA	INSULINE HUMAINE	SOLUTION INJECTABLE UR à 100 UI	1 FLACON 10 ML	235,00	235,00	147,50	147,50	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118001081622	APIDRA SOLOSTAR	INSULINE HUMAINE	SOLUTION INJECTABLE UR à 100 UI	1 BOITE 1 STYLO PRE-REMPLI	98,40	98,40	61,50	61,50	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118001081639	APIDRA SOLOSTAR	INSULINE HUMAINE	SOLUTION INJECTABLE UR à 100 UI	1 BOITE 5 STYLO PRE-REMPLI	439,00	439,00	292,00	292,00	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118000230601	APIRETIL	PARACETAMOL	SOLUTION BUvable à 100 MG	1 FLACON 30 ML	19,20	19,20	12,00	12,00	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000430018	APIRETIL	PARACETAMOL	SOLUTION BUvable à 100 MG	1 FLACON 60 ML	28,40	28,40	17,70	17,70	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000230618	APIRETIL	PARACETAMOL	SOLUTION BUvable à 100 MG	1 FLACON 60 ML	28,40	28,40	17,70	17,70	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000330578	APLEVAX 5 MG	LEVOCETIRIZINE	COMPRIME PELLICULE à 5 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	36,10	36,10	22,50	22,50	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000330585	APLEVAX 5 MG	LEVOCETIRIZINE	COMPRIME PELLICULE à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	96,90	96,90	60,40	60,40	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118001082032	APROVASC 150 MG/10 MG	IRBESARTAN / AMLODIPINE	COMPRIME PELLICULE à 150/10 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	179,50	179,50	112,20	112,20	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001082025	APROVASC 150 MG/5 MG	IRBESARTAN / AMLODIPINE	COMPRIME PELLICULE à 150/5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	155,80	155,80	97,40	97,40	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001082056	APROVASC 300 MG/10 MG	IRBESARTAN / AMLODIPINE	COMPRIME PELLICULE à 300/10 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	209,00	209,00	130,80	130,80	ANTIHYPERTENSEUR	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001082049	APROVASC 300 MG/5 MG	IRBESARTAN / AMLODIPINE	COMPRIME PELLICULE à 300/5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	185,60	185,60	116,00	116,00	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001081394	APROVEL	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 150 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	87,10	64,80	54,40	40,50	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	P
6118001081387	APROVEL	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 300 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	119,90	84,80	75,00	53,00	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	P
6118001080892	APROVEL	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 150 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	158,30	120,80	98,90	75,50	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	P
6118001080908	APROVEL	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 300 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	218,00	150,80	136,30	94,30	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	P
	APYROL	PARACETAMOL	SOLUTION BUvable à 3 %	1 FLACON 90 ML	16,60	16,60	10,30	10,30	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118001170586	ARACYTINE	CYTARABINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 G	1 FLACON 5 ML	436,00	436,00	290,00	290,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001170395	ARACYTINE	CYTARABINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 100 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	54,40	54,40	34,00	34,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001170579	ARACYTINE	CYTARABINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 500 MG	1 FLACON 5 ML	232,00	232,00	145,40	145,40	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001210053	ARANESP 10 µG	DARBEPOETIN ALFA	SOLUTION INJECTABLE à 10 µG	1 BOITE 4 SERINGUE PREREMPLIE	963,00	963,00	659,00	659,00	ANTIANEMIQUE	P
6118001210121	ARANESP 100 µG	DARBEPOETIN ALFA	SOLUTION INJECTABLE à 100 µG	1 BOITE 4 SERINGUE PREREMPLIE	6853,00	6853,00	6593,00	6593,00	ANTIANEMIQUE	P
6118001210138	ARANESP 150 µG	DARBEPOETIN ALFA	SOLUTION INJECTABLE à 150 µG	1 BOITE 4 SERINGUE PREREMPLIE	10065,00	10065,00	9848,00	9848,00	ANTIANEMIQUE	P
6118001210060	ARANESP 20 µG	DARBEPOETIN ALFA	SOLUTION INJECTABLE à 20 µG	1 BOITE 4 SERINGUE PREREMPLIE	1606,00	1606,00	1318,00	1318,00	ANTIANEMIQUE	P
6118001210077	ARANESP 30 µG	DARBEPOETIN ALFA	SOLUTION INJECTABLE à 30 µG	1 BOITE 4 SERINGUE PREREMPLIE	2355,00	2355,00	1978,00	1978,00	ANTIANEMIQUE	P
6118001210084	ARANESP 40 µG	DARBEPOETIN ALFA	SOLUTION INJECTABLE à 40 µG	1 BOITE 4 SERINGUE PREREMPLIE	2998,00	2998,00	2637,00	2637,00	ANTIANEMIQUE	P
6118001210091	ARANESP 50 µG	DARBEPOETIN ALFA	SOLUTION INJECTABLE à 50 µG	1 BOITE 4 SERINGUE PREREMPLIE	3640,00	3640,00	3296,00	3296,00	ANTIANEMIQUE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001210107	ARANESP 60 µG	DARBEPOETIN ALFA	SOLUTION INJECTABLE à 60 µG	1 BOITE 4 SERINGUE PREREMPLIE	4283,00	4283,00	3956,00	3956,00	ANTIANEMIQUE	P
6118001210114	ARANESP 80 µG	DARBEPOETIN ALFA	SOLUTION INJECTABLE à 80 µG	1 BOITE 4 SERINGUE PREREMPLIE	5568,00	5568,00	5274,00	5274,00	ANTIANEMIQUE	P
6118001080243	ARAVA	LEFLUNOMIDE	COMPRIME PELLICULE à 100 MG	1 BOITE 3 COMPRIME	365,00	365,00	242,00	242,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	P
6118001080267	ARAVA	LEFLUNOMIDE	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	721,00	360,00	477,00	238,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	P
6118001080250	ARAVA	LEFLUNOMIDE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	556,00	556,00	368,00	368,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	P
6118000340072	ARES	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	36,00	36,00	22,40	22,40	FLUOROQUINOLONE	G
6118000340096	ARES	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	72,20	72,20	45,00	45,00	FLUOROQUINOLONE	G
6118000340089	ARES	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	68,00	68,00	42,40	42,40	FLUOROQUINOLONE	G
6118000340102	ARES	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	136,80	136,80	85,20	85,20	FLUOROQUINOLONE	G
6118001170043	ARICEPT	DONEPEZIL	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	552,00	328,00	365,00	217,00	ANTI-CHOLINESTERASIQUE	P
6118001170050	ARICEPT	DONEPEZIL	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	766,00	506,00	507,00	335,00	ANTI-CHOLINESTERASIQUE	P
6118001180509	ARIMIDEX	ANASTROZOLE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 1 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	790,00	589,00	525,00	391,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118000051404	ARIPIPHI 10MG	ARIPIRAZOLE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 15 COMPRIME	208,00	208,00	129,60	129,60	ANTIPSYCHOTIQUE	G
6118000051411	ARIPIPHI 10MG	ARIPIRAZOLE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	350,00	350,00	232,00	232,00	ANTIPSYCHOTIQUE	G
6118000051428	ARIPIPHI 15MG	ARIPIRAZOLE	COMPRIME à 15 MG	1 BOITE 15 COMPRIME	235,00	235,00	146,40	146,40	ANTIPSYCHOTIQUE	G
6118000051435	ARIPIPHI 15MG	ARIPIRAZOLE	COMPRIME à 15 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	400,00	400,00	265,00	265,00	ANTIPSYCHOTIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000051442	ARIPIPHI 30MG	ARIPIRAZOLE	COMPRIME à 30 MG	1 BOITE 15 COMPRIME	292,00	292,00	182,50	182,50	ANTIPSYCHOTIQUE	G
6118000051459	ARIPIPHI 30MG	ARIPIRAZOLE	COMPRIME à 30 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	551,00	551,00	365,00	365,00	ANTIPSYCHOTIQUE	G
6118000051381	ARIPIPHI 5MG	ARIPIRAZOLE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 15 COMPRIME	115,00	115,00	71,70	71,70	ANTIPSYCHOTIQUE	G
6118000051398	ARIPIPHI 5MG	ARIPIRAZOLE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	205,00	205,00	127,70	127,70	ANTIPSYCHOTIQUE	G
6118001170067	AROMASINE	EXEMESTANE	COMPRIME ENROBE à 25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	969,00	969,00	689,00	689,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118000060314	ARTANE	TRIHXYPHENIDYLE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	13,30	13,30	8,30	8,30	ANTIPARKINSONNIEN	P
6118000092728	ASAFARM	ACIDE ACETYSALICYLIQUE	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	6,70	6,70	4,20	4,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000033196	ASKARDIL 160MG	ACIDE ACETYSALICYLIQUE	COMPRIME DISPERSIBLE à 160 MG	1 BOITE 30 COMPRIME DISPERSIBLE	23,80	23,80	15,70	15,70	ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE	G
6118000033189	ASKARDIL 75MG	ACIDE ACETYSALICYLIQUE	COMPRIME DISPERSIBLE à 75 MG	1 BOITE 30 COMPRIME DISPERSIBLE	22,40	22,40	14,80	14,80	ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE	G
6118001080939	ASPEGIC	ACIDE ACETYSALICYLIQUE	SOLUTION INJECTABLE à 500 MG	6 AMPOULE 5 ML	57,00	57,00	35,50	35,50	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P
6118000061595	ASPEGIC	ACIDE ACETYSALICYLIQUE	POUDRE POUR SOLUTION BUVABLE à 500 MG	1 BOITE 12 SACHET	18,00	18,00	11,20	11,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000061090	ASPEGIC	ACIDE ACETYSALICYLIQUE	POUDRE POUR SOLUTION BUVABLE à 500 MG	1 BOITE 20 SACHET	27,20	22,80	17,00	14,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118001080922	ASPEGIC AD	ACIDE ACETYSALICYLIQUE	SOLUTION INJECTABLE à 1 G	6 AMPOULE 5 ML	81,60	81,60	50,80	50,80	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P
6118000061083	ASPEGIC AD	ACIDE ACETYSALICYLIQUE	POUDRE POUR SOLUTION BUVABLE à 1 G	1 BOITE 10 SACHET	30,80	30,80	19,20	19,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000061076	ASPEGIC AD	ACIDE ACETYSALICYLIQUE	POUDRE POUR SOLUTION BUVABLE à 1 G	1 BOITE 20 SACHET	61,10	48,70	38,10	30,30	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000061106	ASPEGIC ENF	ACIDE ACETYSALICYLIQUE	POUDRE POUR SOLUTION BUVABLE à 250 MG	1 BOITE 20 SACHET	21,70	18,90	13,50	11,80	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000061113	ASPEGIC NOUR	ACIDE ACETYLSALICYLIQUE	POUDRE POUR SOLUTION BUVABLE à 100 MG	1 BOITE 20 SACHET	21,80	18,10	13,60	11,30	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000170365	ASPRO	ACIDE ACETYLSALICYLIQUE	COMPRIME EFFERVESCENT à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	17,00	6,70	10,60	4,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000090069	ASTAPH	FLUCLOXACILLINE	POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 G	1 BOITE 1 FLACON DE POUDRE+AMPOULE DE SOLVANT	19,90	19,90	12,40	12,40	PENICILLINE	G
6118000090113	ASTAPH	FLUCLOXACILLINE	POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE à 250 MG	1 BOITE 1 FLACON DE POUDRE+AMPOULE DE SOLVANT	9,20	9,20	5,70	5,70	PENICILLINE	G
6118000090120	ASTAPH	FLUCLOXACILLINE	POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON DE POUDRE+AMPOULE DE SOLVANT	11,70	11,70	7,30	7,30	PENICILLINE	G
6118000090083	ASTAPH	FLUCLOXACILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 FLACON 60 ML	20,90	20,90	13,00	13,00	PENICILLINE	G
6118000090106	ASTAPH	FLUCLOXACILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 60 ML	40,30	40,30	25,10	25,10	PENICILLINE	G
6118000092742	ASTAPH	FLUCLOXACILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 MG	1 FLACON 60 ML	80,60	80,60			PENICILLINE	G
6118000090076	ASTAPH	FLUCLOXACILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 FLACON 100 ML	29,60	29,60	18,40	18,40	PENICILLINE	G
6118000090090	ASTAPH	FLUCLOXACILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 100 ML	60,20	60,20	37,50	37,50	PENICILLINE	G
6118000092735	ASTAPH	FLUCLOXACILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 MG	1 FLACON 100 ML	120,40	120,40			PENICILLINE	G
6118000090137	ASTAPH	FLUCLOXACILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 12 GELULE	50,00	50,00	31,10	31,10	PENICILLINE	G
6118000090144	ASTAPH	FLUCLOXACILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 24 GELULE	90,80	90,80	56,60	56,60	PENICILLINE	G
6118001020522	ATACAND	CANDESARTAN	COMPRIME SECABLE à 4 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	119,50	119,50	74,70	74,70	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	P
6118001020539	ATACAND	CANDESARTAN	COMPRIME SECABLE à 8 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	127,70	127,70	79,80	79,80	ANTHYPERTENSEUR	P
6118001020546	ATACAND	CANDESARTAN	COMPRIME SECABLE à 16 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	165,50	165,50	103,40	103,40	ANTHYPERTENSEUR	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000250838	ATAMEL 500MG	PARACETAMOL	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	7,00	7,00	4,40	4,40	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000021100	ATARAX	HYDROXYZINE	SOLUTION INJECTABLE à 100 MG	1 BOITE 6 AMPOULE INJECTABLE	45,20	45,20	28,10	28,10	ANXIOLYTIQUE	P
	ATARAX	HYDROXYZINE	SOLUTION BUvable à 2 MG	1 FLACON 200 ML	17,20	17,20	10,70	10,70	ANXIOLYTIQUE	P
6118000020714	ATARAX	HYDROXYZINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	29,10	29,10	18,10	18,10	ANXIOLYTIQUE	P
6118000120056	ATENOR	ATENOLOL	COMPRIME SECABLE à 100 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	25,00	25,00	15,60	15,60	BETABLOQUANT	G
6118000120063	ATENOR	ATENOLOL	COMPRIME SECABLE à 100 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	37,00	37,00	23,10	23,10	BETABLOQUANT	G
6118000120070	ATENOR	ATENOLOL	COMPRIME SECABLE à 100 MG	1 BOITE 56 COMPRIME	71,00	71,00	44,40	44,40	BETABLOQUANT	G
6118000242222	ATENSIL 160 MG	VALSARTAN	COMPRIME ENROBE à 160 MG	1 BOITE 14 COMPRIME ENROBE	98,00	98,00	61,30	61,30	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000242239	ATENSIL 160 MG	VALSARTAN	COMPRIME ENROBE à 160 MG	1 BOITE 28 COMPRIME ENROBE	175,00	175,00	109,40	109,40	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000242185	ATENSIL 40 MG	VALSARTAN	COMPRIME ENROBE à 40 MG	1 BOITE 14 COMPRIME ENROBE	44,80	44,80	28,00	28,00	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000242192	ATENSIL 40 MG	VALSARTAN	COMPRIME ENROBE à 40 MG	1 BOITE 28 COMPRIME ENROBE	78,80	78,80	49,30	49,30	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000242215	ATENSIL 80 MG	VALSARTAN	COMPRIME ENROBE à 80 MG	1 BOITE 28 COMPRIME ENROBE	130,00	130,00	81,30	81,30	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000242208	ATENSIL 80 MG	VALSARTAN	COMPRIME ENROBE à 80 MG	1 BOITE 14 COMPRIME ENROBE	74,70	74,70	46,70	46,70	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000080763	ATHYMIL	MIANSERINE	COMPRIME ENROBE à 30 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	98,30	98,30	61,20	61,20	ANTIDEPRESSEUR	P
6118000310952	ATIAF 100MG	ACIDE TIAPROFENIQUE	COMPRIME à 100 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	11,60	11,60	7,20	7,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000310969	ATIAF 100MG	ACIDE TIAPROFENIQUE	COMPRIME à 100 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	20,00	20,00	12,50	12,50	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000310976	ATIAF 100MG	ACIDE TIAPROFENIQUE	COMPRIME à 100 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	26,00	26,00	16,20	16,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000310983	ATIAF 200MG	ACIDE TIAPROFENIQUE	COMPRIME à 200 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	20,20	20,20	12,60	12,60	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000310990	ATIAF 200MG	ACIDE TIAPROFENIQUE	COMPRIME à 200 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	36,00	36,00	22,40	22,40	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000180647	ATOPIX	CETIRIZINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 10 MG	1 BOITE 15 COMPRIME	48,00	48,00	29,90	29,90	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
	ATOPIX	CETIRIZINE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	84,50	84,50	52,60	52,60	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118001180516	ATRICAN	TENONITROZOLE	CAPSULE MOLLE GASTRO-RESISTANTE à 250 MG	1 BOITE 8 CAPSULE GASTRO-RESISTANT	35,50	35,50	22,10	22,10	ANTIPARASITAIRE	P
6118000241003	ATROPINE PROMOPHARM 0,25 MG	ATROPINE	SOLUTION INJECTABLE à 0.25 MG	1 BOITE 100 AMPOULE INJECTABLE	163,20	163,20	102,00	102,00	ANTISPASMODIQUE ANTICHOLINERGIQUE	G
6118000241010	ATROPINE PROMOPHARM 0,50 MG	ATROPINE	SOLUTION INJECTABLE à 0.5 MG	1 BOITE 100 AMPOULE INJECTABLE	173,00	173,00	108,10	108,10	ANTISPASMODIQUE ANTICHOLINERGIQUE	G
6118000241027	ATROPINE PROMOPHARM 1 MG	ATROPINE	SOLUTION INJECTABLE à 1 MG	1 BOITE 100 AMPOULE INJECTABLE	192,50	192,50	120,30	120,30	ANTISPASMODIQUE ANTICHOLINERGIQUE	G
6118001040018	ATROVENT	IPRATROPIUM	SOLUTION POUR INHALATION PAR NEBULISEUR à 0.5 MG/2ML	1 BOITE 10 RECIPIENT UNIDOSE	68,80	68,80	43,00	43,00	ANTICHOLINERGIQUE	P
6118001040025	ATROVENT ENFANT	IPRATROPIUM	SOLUTION POUR INHALATION PAR NEBULISEUR à 0.25 MG/2ML	1 BOITE 10 RECIPIENT UNIDOSE	50,40	50,40	31,50	31,50	ANTICHOLINERGIQUE	P
6118000160175	AUGMENTIN	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 12 SACHET	126,30	99,00	78,70	61,70	PENICILLINE	P
6118000160182	AUGMENTIN	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 16 SACHET	168,20	132,00	104,80	82,20	PENICILLINE	P
6118000161042	AUGMENTIN	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 24 SACHET	222,00	203,00	138,40	126,50	PENICILLINE	P
6118000160236	AUGMENTIN	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 / 125 MG / MG	1 BOITE 12 SACHET	145,05	117,30	95,95	95,95	PENICILLINE	P
6118001140046	AUGMENTIN ADULTE	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 / 200 G / MG	1 BOITE 1 FLACON	47,80	40,00	29,80	24,90	PENICILLINE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000161288	AUGMENTIN ADULTE	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	COMPRIME PELLICULE à 500 / 62.5 MG / MG	1 BOITE 32 COMPRIME	138,30	138,30	86,20	86,20	PENICILLINE	P
6118000160243	AUGMENTIN ENFANT	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 / 62.5 MG / MG	1 BOITE 12 SACHET	79,90	79,90	49,80	49,80	PENICILLINE	P
6118000160205	AUGMENTIN ENFANT	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 100 / 12.5 MG / MG	1 FLACON 60 ML	70,60	70,00	44,00	43,60	PENICILLINE	P
6118001140053	AUGMENTIN ENFANTS ET NOURRISSONS	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 500 / 50 MG / MG	1 BOITE 1 FLACON	20,00	20,00	12,40	12,40	PENICILLINE	P
6118000160199	AUGMENTIN NOURRISSON	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 100 / 12.5 MG / MG	1 FLACON 30 ML	44,20	44,20	27,50	27,50	PENICILLINE	P
6118001220045	AULCER 20 MG	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 14 GELULE	52,80	52,80	32,90	32,90	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118001220038	AULCER 20 MG	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 28 GELULE	102,00	102,00	63,50	63,50	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000021261	AURICULARUM	OXYTETRACYCLINE / POLYMYXINE B / NYSTATINE / DEXAMETHASONE	POUDRE AURICULAIRE à 0.09 / 0.1 / 1 / 10 MUI / MUI / MUI / MG	1 BOITE 1 FLACON	79,00	79,00	49,20	49,20	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN/ANTIBIOTIQUE	P
6118000121015	AVACOR 150MG	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 150 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	131,60	131,60	82,20	82,20	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000121022	AVACOR 300MG	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 300 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	160,00	160,00	100,00	100,00	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118001142262	AVAMYS 27.5 µg/PULVERISATION	FUROATE DE FLUTICASONE	SUSPENSION POUR PULVERISATION NASALE à 0.0275 MG	1 FLACON 120 PULVERISATIONS	115,00	115,00	71,60	71,60	DECONGESTIONANT NASAL	P
6118000121060	AVAQUIN 500 MG	LEVOFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 500 MG	1 BOITE 7 COMPRIME PELLICULE SECABLE	110,00	110,00	68,50	68,50	FLUOROQUINOLONE	G
6118001050642	AVASTIN	BEVACIZUMAB	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 100 MG	1 BOITE 1 FLACON	3553,00	2908,00	3246,00	2582,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001050659	AVASTIN	BEVACIZUMAB	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 400 MG	1 BOITE 1 FLACON	11805,00	9511,00	11582,00	9333,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118000131205	AVAZAR	LOSARTAN	COMPRIME à 50 MG	1 BOITE 7 COMPRIME	23,40	23,40	14,60	14,60	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000131212	AVAZAR	LOSARTAN	COMPRIME à 50 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	41,90	41,90	26,20	26,20	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000131229	AVAZAR	LOSARTAN	COMPRIME à 50 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	80,90	80,90	50,60	50,60	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118001090037	AVELOX	MOXIFLOXACINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 400 MG	1 FLEXIPOCHE 250 ML	465,00	465,00	308,00	308,00	FLUOROQUINOLONE	P
6118001090013	AVELOX	MOXIFLOXACINE	COMPRIME ENROBE à 400 MG	1 BOITE 5 COMPRIME	308,00	197,00	204,00	122,70	FLUOROQUINOLONE	P
6118001090020	AVELOX	MOXIFLOXACINE	COMPRIME ENROBE à 400 MG	1 BOITE 7 COMPRIME	419,00	267,00	277,00	166,70	FLUOROQUINOLONE	P
6118000022671	AVEPRO	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 150 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	64,00	64,00	40,00	40,00	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000022695	AVEPRO	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 300 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	84,00	84,00	52,50	52,50	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000022688	AVEPRO	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 150 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	120,00	120,00	75,00	75,00	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000022701	AVEPRO	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 300 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	150,00	150,00	93,70	93,70	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118001250769	AVIRANZ	EFAVIRENZ	COMPRIME PELLICULE à 600 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	422,00	422,00	281,00	281,00	ANTIVIRAL	G
6118001250721	AVIRANZ	EFAVIRENZ	GELULE à 200 MG	1 BOITE 90 GELULE	543,00	543,00	361,00	361,00	ANTIVIRAL	G
6118001250059	AVIRO-Z	ZIDOVUDINE	COMPRIME PELLICULE à 300 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	464,00	464,00	308,00	308,00	ANTIVIRAL	G
6118000090151	AVLOCAN	PROPRANOLOL	COMPRIME à 40 MG	1 BOITE 50 COMPRIME	30,00	30,00	18,70	18,70	BETABLOQUANT	G
6118001180523	AVLOCARDYL	PROPRANOLOL	SOLUTION POUR PERFUSION à 5 MG	1 BOITE 5 AMPOULE INJECTABLE	21,60	21,60	13,50	13,50	BETABLOQUANT	P
6118000010227	AVLOCARDYL	PROPRANOLOL	COMPRIME SECABLE à 40 MG	1 BOITE 50 COMPRIME	41,80	30,00	26,20	18,70	BETABLOQUANT	P
6118001180530	AVLOCARDYL LP	PROPRANOLOL	GELULE LP à 160 MG	1 BOITE 30 GELULE LP	88,20	88,20	55,10	55,10	BETABLOQUANT	P
6118001250073	AVOCOMB	LAMIVUDINE / ZIDOVUDINE	COMPRIME PELLICULE à 150 / 300 MG / MG	1 BOITE 60 COMPRIME	615,00	615,00	408,00	408,00	ANTIVIRAL	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001250080	AVOLAM	LAMIVUDINE	COMPRIME PELLICULE à 150 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	162,00	162,00	101,20	101,20	ANTIVIRAL	G
6118001070107	AVONEX 30 µG	INTERFERON BETA-1A	SOLUTION INJECTABLE à 30 µG	1 BOITE 4 FLACON DE POUDRE + SERINGUE PREREMPLIE DE SOLVANT	9818,00	9818,00	9606,00	9606,00	IMMUNOSTIMULANT IMMUNOMODULATEUR	P
6118001070879	AVONEX 30µG/0.5ML	INTERFERON BETA-1A	SOLUTION INJECTABLE à 30 µG	4 SERINGUE PREREMPLIE 0,5 ML	9747,00	9747,00	9537,00	9537,00	IMMUNOSTIMULANT IMMUNOMODULATEUR	P
6118001250097	AVOSTAV	STAVUDINE	GELULE à 30 MG	1 BOITE 60 GELULE	337,00	337,00	224,00	224,00	ANTIVIRAL	G
6118000030102	AXIMYCINE	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	15,10	15,10	9,40	9,40	PENICILLINE	G
6118000031185	AXIMYCINE	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 G	1 BOITE 6 FLACON	72,70	72,70	45,30	45,30	PENICILLINE	G
6118000030096	AXIMYCINE	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON	12,20	12,20	7,60	7,60	PENICILLINE	G
6118000032236	AXIMYCINE	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 BOITE 16 SACHET	33,90	33,90	22,40	22,40	PENICILLINE	G
6118000030119	AXIMYCINE	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 100 ML	43,00	43,00	26,80	26,80	PENICILLINE	G
6118000031154	AXIMYCINE	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 MG	1 FLACON 100 ML	64,90	64,90	40,40	40,40	PENICILLINE	G
6118000031161	AXIMYCINE	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 1 G	1 BOITE 14 COMPRIME DISPERSIBLE	64,10	64,10	40,00	40,00	PENICILLINE	G
6118000031178	AXIMYCINE	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 1 G	1 BOITE 24 COMPRIME	96,80	96,80	60,30	60,30	PENICILLINE	G
6118000031130	AXIMYCINE	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 500 MG	1 BOITE 16 COMPRIME	46,10	46,10	28,70	28,70	PENICILLINE	G
6118000031147	AXIMYCINE	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 500 MG	1 BOITE 24 COMPRIME DISPERSIBLE	65,40	65,40	40,80	40,80	PENICILLINE	G
6118000190103	AZ	AZITHROMYCINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 200 MG	1 FLACON 15 ML	60,00	60,00	37,40	37,40	MACROLIDE	G
6118000190981	AZ	AZITHROMYCINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 200 MG	1 FLACON 30 ML	70,00	70,00	43,60	43,60	MACROLIDE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000190097	AZ	AZITHROMYCINE	COMPRIME SECABLE à 500 MG	1 BOITE 3 COMPRIME	60,00	60,00	37,40	37,40	MACROLIDE	G
6118000190080	AZ	AZITHROMYCINE	GELULE à 250 MG	1 BOITE 6 GELULE	137,70	137,70	85,80	85,80	MACROLIDE	G
6118001071654	AZARGA 10 MG/ML+5 MG/ML	BRINZOLAMIDE / TIMOLOL	COLLYRE à 10 / 5 MG / MG	1 FLACON 5 ML	194,30	194,30	121,10	121,10	ANTIGLAUCOMATEUX	P
6118000280378	AZIBAC	AZITHROMYCINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 3 COMPRIME PELLICULE	60,00	60,00	37,40	37,40	MACROLIDE	G
6118000021568	AZILIDE	AZITHROMYCINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 3 COMPRIME	70,00	70,00	43,60	43,60	MACROLIDE	G
6118000250029	AZIMAX	AZITHROMYCINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 200 MG	1 FLACON 22,5 ML	120,00	70,00	74,80	43,60	MACROLIDE	P
6118000250562	AZIMAX	AZITHROMYCINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 200 MG	1 FLACON 37,5 ML	150,00	80,00	93,50	49,80	MACROLIDE	P
6118000241706	AZIMYCINE	AZITHROMYCINE	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 3 COMPRIME	66,00	66,00	41,10	41,10	MACROLIDE	G
6118000070092	AZITHRIX	AZITHROMYCINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 200 MG	1 FLACON 15 ML	63,30	63,30	39,50	39,50	MACROLIDE	G
6118000070108	AZITHRIX	AZITHROMYCINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 200 MG	1 FLACON 30 ML	99,00	99,00	61,70	61,70	MACROLIDE	G
6118000070115	AZITHRIX	AZITHROMYCINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 3 COMPRIME	79,70	79,70	49,70	49,70	MACROLIDE	G
6118000061977	AZITHROMYCINE WIN 500 MG	AZITHROMYCINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 3 COMPRIME PELLICULE	60,00	60,00	37,40	37,40	MACROLIDE	G
6118000012924	AZITHROMYCINE WIN 500 MG	AZITHROMYCINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 3 COMPRIME PELLICULE	60,00	60,00	37,40	37,40	MACROLIDE	G
6118000040941	AZIX	AZITHROMYCINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 3 COMPRIME	79,70	79,70	49,70	49,70	MACROLIDE	G
6118000041245	AZIX 1500 MG	AZITHROMYCINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 200 MG	1 FLACON 37,5 ML	80,00	80,00	49,80	49,80	MACROLIDE	G
6118000041238	AZIX 900 MG	AZITHROMYCINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 200 MG	1 FLACON 22,5 ML	70,00	70,00	43,60	43,60	MACROLIDE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000240068	AZOLE	ALBENDAZOLE	COMPRIME ENROBE à 400 MG	1 BOITE 1 COMPRIME	21,30	21,30	13,30	13,30	ANTIPARASITAIRE	G
6118000241843	AZOLE	ALBENDAZOLE	COMPRIME ENROBE à 400 MG	1 BOITE 60 COMPRIME ENROBE	599,00	599,00	397,00	397,00	ANTIPARASITAIRE	G
6118000240075	AZOLE 4%	ALBENDAZOLE	SUSPENSION BUVABLE à 4 %	1 FLACON 10 ML	23,50	23,50	14,60	14,60	ANTIPARASITAIRE	G
6118001070114	AZOPT	BRINZOLAMIDE	COLLYRE à 10 MG	1 FLACON 5 ML	125,00	125,00	77,90	77,90	INHIBITEUR DE L'ANHYDRASE CARBONIQUE	P
6118001300013	BACQUIRE	IMPENEME / CILASTATINE	POUDRE POUR PERFUSION à 500 / 500 MG / MG	1 FLACON 30 ML	129,40	129,40	80,60	80,60	PENICILLINE	G
6118001251063	BACQUIRE	IMPENEME / CILASTATINE	POUDRE POUR PERFUSION à 500 / 500 MG / MG	1 FLACON 30 ML	129,40	129,40	80,60	80,60	PENICILLINE	G
6118000140733	BACTALL	CIPROFLOXACINE	COMPRIME ENROBE à 250 MG	1 BOITE 10 COMPRIME ENROBE	34,00	34,00	21,20	21,20	FLUOROQUINOLONE	G
6118000140740	BACTALL	CIPROFLOXACINE	COMPRIME ENROBE à 500 MG	1 BOITE 10 COMPRIME ENROBE	62,00	62,00	38,60	38,60	FLUOROQUINOLONE	G
6118000150046	BACTRIM	SULFAMETHOXAZOLE / TRIMETHOPRIME	SUSPENSION BUVABLE à 200 / 40 MG / MG	1 FLACON 100 ML	28,20	21,20	17,60	13,20	SULFAMIDE	P
6118000150022	BACTRIM FORT	SULFAMETHOXAZOLE / TRIMETHOPRIME	COMPRIME SECABLE à 800 / 160 MG / MG	1 BOITE 10 COMPRIME	33,60	23,10	20,90	15,10	SULFAMIDE	P
6118000150039	BACTRIM FORT	SULFAMETHOXAZOLE / TRIMETHOPRIME	COMPRIME SECABLE à 800 / 160 MG / MG	1 BOITE 20 COMPRIME	62,80	38,00	39,20	23,70	SULFAMIDE	P
6118001183371	BARACLUDE	ENTECAVIR	COMPRIME PELLICULE à 0.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	5266,00	2833,00	5009,00	2504,00	ANTIVIRAL	P
6118001183388	BARACLUDE	ENTECAVIR	COMPRIME PELLICULE à 1 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	5357,00	2878,00	5102,00	2551,00	ANTIVIRAL	P
6118000170075	BAYCUTENE N	CLOTRIMAZOLE / DEXAMETHASONE	CREME à 1 / 40 G / MG	1 TUBE 15 G	22,70	22,70	14,20	14,20	ANTI-ECZEMATEUX	P
6118000200024	BC-F 8,4%	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTE CONCENTRE	1 BIDON 10 L	112,00	108,80	70,00	68,00	HEMODIALYSE	P
	BCG CULTURE SSI	LA TUBERCULOSE [BCG]	POUDRE POUR INSTILLATION INTRAVESICALE	1 BOITE 4 FLACON	1491,00	1491,00	1226,00	1226,00	VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001140183	BECONASE	BECLOMETASONE	SUSPENSION NASALE à 50 µg	1 FLACON 100 DOSE	38,10	38,10	23,70	23,70	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118000071624	BELMAZOL 20MG	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 7 GELULE	22,50	22,50	14,90	14,90	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000070122	BELMAZOL 20MG	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 14 GELULE	49,00	49,00	30,50	30,50	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000070139	BELMAZOL 20MG	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 28 GELULE	96,00	96,00	59,80	59,80	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000240143	BENCLAMID	GLIBENCLAMIDE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	20,00	20,00	12,50	12,50	ANTIDIABETIQUES	G
6118000240150	BENCLAMID	GLIBENCLAMIDE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	36,20	36,20	22,60	22,60	ANTIDIABETIQUES	G
6118000050278	BERLOCID 960	SULFAMETHOXAZOLE / TRIMETHOPRIME	COMPRIME à 800 / 160 MG / MG	1 BOITE 10 COMPRIME	23,10	23,10	15,10	15,10	SULFAMIDE	G
6118000050087	BERLOCID 960	SULFAMETHOXAZOLE / TRIMETHOPRIME	COMPRIME à 800 / 160 MG / MG	1 BOITE 20 COMPRIME	35,35	35,35	23,20	23,20	SULFAMIDE	G
6118000120278	BERTOCIL	BETAXOLOL	COLLYRE à 0.5 %	1 FLACON 3 ML	50,00	50,00	31,10	31,10	BETABLOQUANT	G
6118001090686	BETAFERON 250 µG/ML	INTERFERON BETA-1B RECOMBINANT	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 250 µG/ML	1 BOITE 15 FLACON DE POUDRE + SERINGUE PREREMLIE DE SOLVANT	9074,00	9074,00	8873,00	8873,00	ANTINEOPLASIQUE ET IMMUNOMODULATEUR	P
6118000091806	BETASTENE 0.05 %	BETAMETHASONE	SOLUTION BUVABLE à 0.5 MG/ML	1 FLACON 30 ML	30,00	30,00	18,70	18,70	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118000092476	BETASTENE 2 MG	BETAMETHASONE	COMPRIME DISPERSIBLE à 2 MG	1 BOITE 20 COMPRIME DISPERSIBLE	41,50	41,50	25,90	25,90	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118000160281	BETNEVAL	BETAMETHASONE	CREME à 0.1 G	1 TUBE 10 G	12,00	12,00	7,50	7,50	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118000160311	BETNEVAL	BETAMETHASONE	POMMADE à 0.1 G	1 TUBE 10 G	12,00	12,00	7,50	7,50	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118001070121	BETOPTIC	BETAXOLOL	COLLYRE à 0.5 %	1 FLACON 3 ML	62,30	50,00	38,80	31,10	BETABLOQUANT	P
6118001070138	BETOPTIC	BETAXOLOL	COLLYRE à 0.25 %	1 FLACON 3 ML	61,10	61,10	38,00	38,00	BETABLOQUANT	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000190110	BEVIRAN	MEBEVERINE	COMPRIME ENROBE à 100 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	35,60	35,60	22,20	22,20	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	G
6118000190943	BEVIRAN	MEBEVERINE	COMPRIME ENROBE à 200 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	44,00	44,00	27,40	27,40	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	G
6118001210015	BIBAG	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	POUDRE POUR CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	1 POCHE 650 G	75,80	75,80	47,40	47,40	HEMODIALYSE	P
6118001102365	BICALUTAMIDE COOPER 50MG	BICALUTAMIDE	COMPRIME PELLICULE à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	550,00	550,00	365,00	365,00	ANTIANDROGENE	G
6118001270897	BICALUTAMIDE GT	BICALUTAMIDE	COMPRIME PELLICULE à 50 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	331,00	331,00	219,00	219,00	ANTIANDROGENE	G
6118001270903	BICALUTAMIDE GT	BICALUTAMIDE	COMPRIME PELLICULE à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	496,00	496,00	329,00	329,00	ANTIANDROGENE	G
6118001270910	BICALUTAMIDE GT	BICALUTAMIDE	COMPRIME PELLICULE à 50 MG	1 BOITE 60 COMPRIME PELLICULE	1000,00	1000,00	720,00	720,00	ANTIANDROGENE	G
6118001271399	BICALUTAMIDE ZENITH	BICALUTAMIDE	COMPRIME PELLICULE à 50 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	197,10	197,10	123,20	123,20	ANTIANDROGENE	G
6118001271405	BICALUTAMIDE ZENITH	BICALUTAMIDE	COMPRIME PELLICULE à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	587,00	587,00	390,00	390,00	ANTIANDROGENE	G
6118000270041	BICARBONATE EM 39	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTE CONCENTRE	1 BIDON 5 L	73,60	71,70	46,00	44,80	HEMODIALYSE	P
6118000270034	BICARBONATE EM 59	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTE CONCENTRE	1 BIDON 5 L	73,60	71,70	46,00	44,80	HEMODIALYSE	P
6118000270133	BICARBONATE EM 59	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTE CONCENTRE	1 BIDON 10 L	113,60	108,80	71,00	68,00	HEMODIALYSE	P
6118001182664	BICNU	CARMUSTINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 100 MG	1 BOITE 1 FLACON	505,00	505,00	336,00	336,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118000092223	BIDONTOGYL	SPIRAMYCINE / METRONIDAZOLE	COMPRIME PELLICULE à 1.5 / 250 MUI / MG	1 BOITE 15 COMPRIME PELLICULE	76,00	76,00	47,30	47,30	ANTIBACTERIEN	G
6118000081128	BIGUAN 500	METFORMINE	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 50 COMPRIME	19,40	19,40	12,10	12,10	ANTIDIABETIQUES	G
6118000081135	BIGUAN 850	METFORMINE	COMPRIME à 850 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	20,40	20,40	12,70	12,70	ANTIDIABETIQUES	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000081142	BIGUAN 850	METFORMINE	COMPRIME à 850 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	37,70	37,70	23,60	23,60	ANTIDIABETIQUES	G
6118001031283	BINOCRIT 10000 UI/1.0ML	EPOETINE ALFA	SOLUTION INJECTABLE à 10000 UI	6 SERINGUE PREREMPLIE 1 ML	2930,00	2930,00	2568,00	2568,00	ANTIANEMIQUE	G
6118001031245	BINOCRIT 2000 UI/1.0ML	EPOETINE ALFA	SOLUTION INJECTABLE à 2000 UI	6 SERINGUE PREREMPLIE 1 ML	821,00	821,00	544,00	544,00	ANTIANEMIQUE	G
6118001031252	BINOCRIT 3000 UI/0.3ML	EPOETINE ALFA	SOLUTION INJECTABLE à 10000 UI	6 SERINGUE PREREMPLIE 0,3 ML	1056,00	1056,00	754,00	754,00	ANTIANEMIQUE	G
6118001031269	BINOCRIT 4000 UI/0.4ML	EPOETINE ALFA	SOLUTION INJECTABLE à 10000 UI	6 SERINGUE PREREMPLIE 0,4 ML	1294,00	1294,00	999,00	999,00	ANTIANEMIQUE	G
6118001031276	BINOCRIT 5000 UI/0.5ML	EPOETINE ALFA	SOLUTION INJECTABLE à 10000 UI	6 SERINGUE PREREMPLIE 0,5 ML	1866,00	1866,00	1586,00	1586,00	ANTIANEMIQUE	G
6118000070177	BIODROXIL	CEFADROXIL	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 FLACON 60 ML	25,80	25,80	16,10	16,10	CEPHALOSPORINE	G
6118000070184	BIODROXIL	CEFADROXIL	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 60 ML	45,90	45,90	28,60	28,60	CEPHALOSPORINE	G
6118000070160	BIODROXIL	CEFADROXIL	COMPRIME ENROBE à 1 G	1 BOITE 12 COMPRIME	153,00	153,00	95,30	95,30	CEPHALOSPORINE	G
6118000070153	BIODROXIL	CEFADROXIL	GELULE à 500 MG	1 BOITE 12 GELULE	76,50	76,50	47,70	47,70	CEPHALOSPORINE	G
6118000070221	BIOMOX	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 60 ML	23,40	23,40	14,60	14,60	PENICILLINE	G
6118000070214	BIOMOX	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 100 ML	33,60	33,60	21,00	21,00	PENICILLINE	G
6118000070207	BIOMOX	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 1 G	1 BOITE 12 COMPRIME	55,00	55,00	34,30	34,30	PENICILLINE	G
6118000070191	BIOMOX	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 1 G	1 BOITE 24 COMPRIME	96,80	96,80	60,30	60,30	PENICILLINE	G
6118000070238	BIOMOX	AMOXICILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 12 GELULE	39,80	39,80	24,80	24,80	PENICILLINE	G
6118000070245	BIOMOX	AMOXICILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 24 GELULE	69,30	69,30	43,20	43,20	PENICILLINE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000140962	BI-ORAGIN 1.5 MUI/250 MG	SPIRAMYCINE / METRONIDAZOLE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 1.5 / 250 MUI / MG	1 BOITE 16 COMPRIME PELLICULE SECABLE	65,20	65,20	40,60	40,60	ANTIBACTERIEN	G
6118000120315	BIOSULIN 30/70 MIXTE	INSULINE HUMAINE	SUSPENSION INJECTABLE INTERMEDIAIRE à 100 UI	1 FLACON 10 ML	130,00	130,00	81,20	81,20	INSULINES ET ANALOGUES	G
6118000120292	BIOSULIN N	INSULINE HUMAINE	SUSPENSION INJECTABLE INTERMEDIAIRE à 100 UI	1 FLACON 10 ML	130,00	130,00	81,20	81,20	INSULINES ET ANALOGUES	G
6118000120308	BIOSULIN R	INSULINE HUMAINE	SOLUTION INJECTABLE à 100 UI	1 FLACON 10 ML	130,00	130,00	81,20	81,20	INSULINES ET ANALOGUES	G
6118000191025	BIOTIC PLUS	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 14 SACHET	125,00	125,00	77,90	77,90	PENICILLINE	G
6118000191100	BIOTIC PLUS	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 24 SACHET	203,00	203,00	126,50	126,50	PENICILLINE	G
6118000190127	BIOTIC PLUS	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 100 / 12.5 MG / MG	1 FLACON 60 ML	51,00	51,00	31,80	31,80	PENICILLINE	G
6118000190134	BIOTIC PLUS	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 / 62.5 MG / MG	1 FLACON 60 ML	83,60	83,60	52,10	52,10	PENICILLINE	G
6118000190141	BIOTIC PLUS	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	COMPRIME ENROBE à 500 / 62.5 MG / MG	1 BOITE 12 COMPRIME	62,50	62,50	38,90	38,90	PENICILLINE	G
6118000190158	BIOTIC PLUS	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	COMPRIME ENROBE à 500 / 62.5 MG / MG	1 BOITE 24 COMPRIME	111,60	111,60	69,50	69,50	PENICILLINE	G
6118000410058	BIOVANIC 500MG	LEVOFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 500 MG	1 BOITE 5 COMPRIME	69,00	69,00	43,00	43,00	FLUOROQUINOLONE	G
6118000410065	BIOVANIC 500MG	LEVOFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 500 MG	1 BOITE 7 COMPRIME	87,00	87,00	54,20	54,20	FLUOROQUINOLONE	G
6118000100324	BIPRETERAX ARGININE	INDAPAMIDE / PERINDOPRIL	COMPRIME PELLICULE à 1.25 / 5 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME	125,60	103,30	78,50	64,60	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118000100331	BIPRETERAX ARGININE 10 MG/2.5 MG	PERINDOPRIL / INDAPAMIDE	COMPRIME PELLICULE à 6.79/2.50 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	182,80	157,90	114,20	98,70	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	P
6118000060581	BI-PROFENID	KETOPROFENE	COMPRIME SECABLE à 150 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	92,50	92,50	57,60	57,60	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118001200825	BIPROL POLYMEDIC	BISOPROLOL	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE SECABLE	72,00	72,00	45,00	45,00	BETABLOQUANT	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000060567	BIRODOGYL	SPIRAMYCINE / METRONIDAZOLE	COMPRIME PELLICULE à 1.5 / 250 MUI / MG	1 BOITE 15 COMPRIME	102,00	79,90	63,50	49,80	ANTIBACTERIEN	P
6118000040934	BISPIRAZOLE	SPIRAMYCINE / METRONIDAZOLE	COMPRIME ENROBE à 1.5 / 250 MUI / MG	1 BOITE 15 COMPRIME	79,90	79,90	49,80	49,80	ANTIBACTERIEN	G
6118001180097	BI-TILDIEM LP	DILTIAZEM	COMPRIME LP à 90 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	97,50	97,50	60,90	60,90	INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118000061984	BI-TILDIEM LP	DILTIAZEM	COMPRIME ENROBE LP à 90 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	97,50	97,50	60,90	60,90	INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118001180080	BI-TILDIEM LP	DILTIAZEM	COMPRIME LP à 120 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	119,90	106,00	74,90	66,20	INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118001121045	BLEOMYCINE BELLON	BLEOMYCINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 15 MG	1 BOITE 1 FLACON	345,00	215,00	229,00	134,40	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001010158	BLUCIN	BLEOMYCINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 15 MG	1 BOITE 1 FLACON	215,00	215,00	134,40	134,40	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001050666	BONDRONAT	ACIDE IBANDRONIQUE	COMPRIME ENROBE à 50 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	2771,00	2771,00	2441,00	2441,00	BIPHOSPHONATE	P
6118001050703	BONDRONAT 6MG/6ML	ACIDE IBANDRONIQUE	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 6 MG	1 BOITE 1 FLACON	2718,00	1459,00	2386,00	1193,00	BIPHOSPHONATE	P
6118000240174	BREXIN	PIROXICAM BETA CYCLODEXTRINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 20 MG	1 BOITE 10 SACHET	57,10	57,10	35,60	35,60	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000241164	BREXIN	PIROXICAM BETA CYCLODEXTRINE	COMPRIME EFFERVESCENT à 20 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	59,30	59,30	37,00	37,00	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000240181	BREXIN	PIROXICAM BETA CYCLODEXTRINE	COMPRIME SECABLE à 20 MG	1 BOITE 20 COMPRIME SECABLE	84,80	84,80	52,80	52,80	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000241171	BREXIN	PIROXICAM BETA CYCLODEXTRINE	COMPRIME EFFERVESCENT à 20 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	100,40	100,40	62,60	62,60	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118001020768	BRICANYL	TERBUTALINE	SOLUTION POUR INHALATION à 5 MG/ML	1 BOITE 50 DOSE	200,00	200,00	125,10	125,10	BRONCHODILATEUR	P
6118001020560	BRICANYL TURBUHALER	TERBUTALINE	POUDRE POUR INHALATION à 500 µG	1 FLACON 200 DOSE	112,20	112,20	70,10	70,10	BRONCHODILATEUR	P
6118001250837	BRONCOTEC	FORMOTEROL	GELULE INHALEE à 12 µG	1 BOITE 20 GELULE	84,60	84,60	52,90	52,90	BRONCHODILATEUR	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001250844	BRONCOTEC	FORMOTEROL	GELULE INHALEE à 12 µG	1 BOITE 30 GELULE	123,80	123,80	77,40	77,40	BRONCHODILATEUR	G
6118001250851	BRONCOTEC	FORMOTEROL	GELULE INHALEE à 12 µG	1 BOITE 60 GELULE	235,00	235,00	147,00	147,00	BRONCHODILATEUR	G
6118001380206	BRONCOTEC 12µG	FORMOTEROL	POUDRE POUR INHALATION EN GELULE à 12 µG	1 BOITE 20 GELULE	84,60	84,60	52,90	52,90	ANTIASTHMATIQUE	G
6118001380213	BRONCOTEC 12µG	FORMOTEROL	POUDRE POUR INHALATION EN GELULE à 12 µG	1 BOITE 30 GELULE	123,80	123,80	77,40	77,40	ANTIASTHMATIQUE	G
6118001380220	BRONCOTEC 12µG	FORMOTEROL	POUDRE POUR INHALATION EN GELULE à 12 µG	1 BOITE 60 GELULE	235,00	235,00	147,00	147,00	ANTIASTHMATIQUE	G
6118000080039	BRUFEN	IBUPROFENE	SUSPENSION BUVABLE à 2 %	1 FLACON 150 ML	22,50	22,50	14,00	14,00	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000080015	BRUFEN	IBUPROFENE	COMPRIME ENROBE à 400 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	35,30	33,00	22,00	20,60	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000080022	BRUFEN	IBUPROFENE	SUPPOSITOIRE à 500 MG	1 BOITE 12 SUPPOSITOIRE	23,90	23,90	15,80	15,80	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000092773	BRUMIXOL	CICLOPIROXOLAMINE	CREME à 1 %	1 TUBE 30 G	37,80	37,80	23,50	23,50	ANTIFONGIQUE	G
6118000092193	BUCOPEN	PHENOXYMETHYLPENICILLINE	COMPRIME PELLICULE à 1 MUI	1 BOITE 12 COMPRIME	29,00	29,00	18,10	18,10	PENICILLINE	G
6118000092797	BUCOPEN 0.4 MUI	PHENOXYMETHYLPENICILLINE BENZATHINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 0.4 MUI	1 FLACON 50 G	19,40	19,40	12,10	12,10	PENICILLINE	G
6118001250127	BUDENA	BUDESONIDE	SUSPENSION NASALE à 100 µG	1 FLACON 200 DOSE	149,00	149,00	82,88	82,88	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118001250110	BUDENA	BUDESONIDE	SUSPENSION POUR INHALATION BUCCALE à 200 µG	1 FLACON 200 DOSE	234,00	234,00	146,20	146,20	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118000130123	BULMOL	SALBUTAMOL	GELULE à 4 MG	1 BOITE 10 GELULE LP	32,00	32,00	20,00	20,00	BRONCHODILATEUR	G
6118000130130	BULMOL	SALBUTAMOL	GELULE à 8 MG	1 BOITE 10 GELULE LP	38,00	38,00	23,70	23,70	BRONCHODILATEUR	G
6118001000258	BULMOL	SALBUTAMOL	SUSPENSION POUR INHALATION BUCCALE à 100 µG	1 FLACON 200 DOSE	45,30	45,30	28,30	28,30	BRONCHODILATEUR	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001230150	BUPIVACAINE RACHIANESTHESIE AGUETTANT	BUPIVACAINE	SOLUTION INJECTABLE à 0.5 %	1 BOITE 20 FLACON	722,00	722,00	478,00	478,00	ANESTHESIQUE LOCO-REGIONAL	G
6118001230389	BUPIVACAINE AGUETTANT	BUPIVACAINE	SOLUTION INJECTABLE à 0.5 %	1 BOITE 10 FLACON	236,00	236,00	147,10	147,10	ANESTHESIQUE LOCO-REGIONAL	G
6118001230372	BUPIVACAINE AGUETTANT	BUPIVACAINE	SOLUTION INJECTABLE à 0.25 %	1 BOITE 10 FLACON	236,00	236,00	147,10	147,10	ANESTHESIQUE LOCO-REGIONAL	G
6118001020041	BUPIVACAINE MYLAN 20 MG/4 ML	BUPIVACAINE	SOLUTION INJECTABLE à 0.5 %	1 BOITE 10 FLACON	406,00	406,00	269,00	269,00	ANESTHESIQUE LOCO-REGIONAL	G
6118001020034	BUPIVACAINE MYLAN RACHIANESTHESIE 20 MG/4 ML	BUPIVACAINE	SOLUTION INJECTABLE à 0.5 %	1 BOITE 20 FLACON	796,00	796,00	527,00	527,00	ANESTHESIQUE LOCO-REGIONAL	G
6118000061762	BUSCOPAN	N-BUTYL HYOSCINE	SOLUTION INJECTABLE à 20 MG	1 BOITE 6 AMPOULE INJECTABLE	23,30	17,70	14,50	11,10	ANTISPASMODIQUE ANTICHOLINERGIQUE	P
6118000061649	BUSCOPAN	N-BUTYL HYOSCINE	COMPRIME ENROBE à 10 MG	1 BOITE 40 COMPRIME	21,60	20,00	13,50	12,50	ANTISPASMODIQUE ANTICHOLINERGIQUE	P
	BUSCOPAN	N-BUTYL HYOSCINE	SUPPOSITOIRE à 10 MG	1 BOITE 6 SUPPOSITOIRE	11,40	10,80	7,10	6,80	ANTISPASMODIQUE ANTICHOLINERGIQUE	P
6118000190189	BUTAMYL	SALBUTAMOL	SOLUTION BUvable à 2 MG/5ML	1 FLACON 150 ML	21,40	21,40	13,40	13,40	BRONCHODILATEUR	G
6118000190172	BUTAMYL	SALBUTAMOL	COMPRIME à 2 MG	1 BOITE 40 COMPRIME	19,40	19,40	12,10	12,10	BRONCHODILATEUR	G
6118000190196	BUTAMYL	SALBUTAMOL	SUSPENSION POUR INHALATION BUCCALE à 100 µG	1 FLACON 200 DOSE	45,30	45,30	28,30	28,30	BRONCHODILATEUR	G
6118000190202	BUTAMYL	SALBUTAMOL	SUPPOSITOIRE à 1 MG	1 BOITE 12 SUPPOSITOIRE	30,60	30,60	19,10	19,10	BRONCHODILATEUR	G
6118000220022	BUTAZOLIDINE	PHENYLBUTAZONE	COMPRIME ENROBE à 100 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	14,70	14,70	9,20	9,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000220039	BUTAZOLIDINE	PHENYLBUTAZONE	SUPPOSITOIRE à 250 MG	1 BOITE 5 SUPPOSITOIRE	14,10	14,10	8,80	8,80	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000240228	BUTOVENT	SALBUTAMOL	SOLUTION BUvable à 2 MG/5ML	1 FLACON 150 ML	21,90	21,90	13,70	13,70	BRONCHODILATEUR	G
6118000241188	BUTOVENT	SALBUTAMOL	SUSPENSION POUR INHALATION BUCCALE à 100 µG	1 FLACON 200 DOSE	45,30	45,30	28,30	28,30	BRONCHODILATEUR	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Generique
6118001260058	BUTOVENT	SALBUTAMOL	SUSPENSION POUR INHALATION BUCCALE à 100 µG	1 FLACON 200 DOSE	45,30	45,30	28,30	28,30	BRONCHODILATEUR	G
6118000240204	BUTOVENT 2 MG	SALBUTAMOL	COMPRIME à 2 MG	1 BOITE 50 COMPRIME	21,90	21,90	13,70	13,70	BRONCHODILATEUR	G
6118000240211	BUTOVENT 4 MG	SALBUTAMOL	COMPRIME SECABLE à 4 MG	1 BOITE 50 COMPRIME	35,10	35,10	21,90	21,90	BRONCHODILATEUR	G
6118001040056	CACIT	CALCIUM	COMPRIME EFFERVESCENT à 1 G	1 BOITE 10 COMPRIME	36,00	36,00	22,50	22,50	ELEMENT MINERAL	P
6118001040049	CACIT	CALCIUM	COMPRIME EFFERVESCENT à 1 G	1 BOITE 30 COMPRIME	107,70	107,70	67,10	67,10	ELEMENT MINERAL	P
6118001040063	CACIT	CALCIUM	COMPRIME EFFERVESCENT à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	36,00	36,00	22,50	22,50	ELEMENT MINERAL	P
6118001040070	CACIT VITAMINE D3	CALCIUM CARBONATE / COLECALCIFEROL (VITAMINE D3)	GRANULE EFFERVESCENT à 1 / 880 G / UI	1 BOITE 30 SACHET	110,10	110,10	68,60	68,60	VITAMINES/ELEMENTS MINERAUX	P
6118000240235	CALCIDIA	CALCIUM	GRANULE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1540 MG	1 BOITE 20 SACHET	61,60	61,60	38,40	38,40	ELEMENT MINERAL	P
6118000021407	CALCIFIX VIT D3	CALCIUM / COLECALCIFEROL (VITAMINE D3)	COMPRIME A CROQUER à 500 / 400 MG / UI	1 BOITE 30 COMPRIME	42,20	42,20	26,30	26,30	ELEMENT MINERAL/VITAMINE	G
6118000050490	CALCINIB	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	25,60	25,60	16,00	16,00	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000050513	CALCINIB	AMLODIPINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	38,90	38,90	24,30	24,30	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000050506	CALCINIB	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	49,40	49,40	30,90	30,90	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000050520	CALCINIB	AMLODIPINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	75,20	75,20	47,00	47,00	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118001081004	CALCIPARINE	HEPARINE CALCIQUE	SOLUTION INJECTABLE à 5000 UI	2 AMPOULE 0,2 ML	35,30	35,30	22,10	22,10	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE	P
6118001080984	CALCIPARINE	HEPARINE CALCIQUE	SOLUTION INJECTABLE à 12500 UI	2 AMPOULE 0,5 ML	43,80	43,80	27,40	27,40	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE	P
6118001080991	CALCIPARINE	HEPARINE CALCIQUE	SOLUTION INJECTABLE à 25000 UI	2 AMPOULE 1 ML	57,70	57,70	36,10	36,10	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000030652	CALCIUM SANDOZ	CALCIUM	SIROP à 270 MG	1 FLACON 200 ML	28,90	28,90	18,00	18,00	ELEMENT MINERAL	P
6118000032199	CALCIUM SANDOZ	CALCIUM	COMPRIME EFFERVESCENT à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	45,20	45,20	28,20	28,20	ELEMENT MINERAL	P
6118000160328	CALPOL	PARACETAMOL	SUSPENSION BUVABLE à 120 MG	1 FLACON 100 ML	20,60	20,60	12,80	12,80	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P
6118000160335	CALPOL	PARACETAMOL	COMPRIME SECABLE à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	10,30	10,20	6,40	6,40	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P
6118000160342	CALPOL SIX PLUS	PARACETAMOL	SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 100 ML	23,80	23,80	14,80	14,80	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P
6118001170524	CAMPTO	IRINOTECAN	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 40 MG	1 FLACON 2 ML	533,00	533,00	354,00	354,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001170531	CAMPTO	IRINOTECAN	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 100 MG	1 FLACON 5 ML	1313,00	1313,00	1043,00	1043,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118000091066	CANAFLUCAN	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 1 GELULE	33,00	33,00	20,60	20,60	ANTIFONGIQUE	G
6118000091639	CANAFLUCAN	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 2 GELULE	50,20	50,20	31,30	31,30	ANTIFONGIQUE	G
6118000091097	CANAFLUCAN	FLUCONAZOLE	GELULE à 50 MG	1 BOITE 3 GELULE	63,00	63,00	39,20	39,20	ANTIFONGIQUE	G
6118000091073	CANAFLUCAN	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 3 GELULE	86,30	86,30	53,80	53,80	ANTIFONGIQUE	G
6118000091646	CANAFLUCAN	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 4 GELULE	95,40	95,40	59,40	59,40	ANTIFONGIQUE	G
6118000091660	CANAFLUCAN	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 5 GELULE	292,85	292,85			ANTIFONGIQUE	G
6118000091653	CANAFLUCAN	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 6 GELULE	351,40	351,40			ANTIFONGIQUE	G
6118000091103	CANAFLUCAN	FLUCONAZOLE	GELULE à 50 MG	1 BOITE 7 GELULE	136,00	136,00	84,70	84,70	ANTIFONGIQUE	G
6118000091080	CANAFLUCAN	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 7 GELULE	147,00	147,00	91,60	91,60	ANTIFONGIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000191087	CANDICID	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 1 GELULE	30,00	30,00	18,70	18,70	ANTIFONGIQUE	G
6118000191094	CANDICID	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 4 GELULE	114,00	114,00	71,00	71,00	ANTIFONGIQUE	G
6118000191070	CANDICID	FLUCONAZOLE	GELULE à 50 MG	1 BOITE 7 GELULE	130,00	130,00	81,00	81,00	ANTIFONGIQUE	G
6118000170082	CANESTEN	CLOTRIMAZOLE	CREME à 1 %	1 TUBE 20 G	25,40	25,40	16,80	16,80	ANTIFONGIQUE	P
6118000170099	CANESTENE	CLOTRIMAZOLE	SOLUTION POUR APPLICATION LOCALE à 1 %	1 FLACON 20 ML	25,50	25,50	15,90	15,90	ANTIFONGIQUE	P
6118000170358	CANESTENE	CLOTRIMAZOLE	CREME à 1 %	1 TUBE 30 G	36,00	29,70	22,40	18,50	ANTIFONGIQUE	P
6118001210022	CAPD/DPCA 2	CONCENTRE POUR DIALYSE PERITONEALE	SOLUTION POUR DIALYSE PERITONEALE	4 POCHE 2000 ML	376,00	376,00	250,00	250,00	DIALYSE PERITONEALE	P
6118001210039	CAPD/DPCA 3	CONCENTRE POUR DIALYSE PERITONEALE	SOLUTION POUR DIALYSE PERITONEALE	4 POCHE 2000 ML	376,00	376,00	250,00	250,00	DIALYSE PERITONEALE	P
6118001210046	CAPD/DPCA 4	CONCENTRE POUR DIALYSE PERITONEALE	SOLUTION POUR DIALYSE PERITONEALE	4 POCHE 2000 ML	376,00	376,00	250,00	250,00	DIALYSE PERITONEALE	P
6118000130529	CAPEN	CAPTOPRIL	COMPRIME à 25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	75,00	75,00	46,90	46,90	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000130536	CAPEN	CAPTOPRIL	COMPRIME à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	140,00	140,00	87,50	87,50	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000280569	CAPLOR	CLOPIDOGREL	COMPRIME PELLICULE à 75 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	64,00	64,00	40,00	40,00	ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE	G
6118000280576	CAPLOR	CLOPIDOGREL	COMPRIME PELLICULE à 75 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	114,30	114,30	71,40	71,40	ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE	G
6118000280583	CAPLOR	CLOPIDOGREL	COMPRIME PELLICULE à 75 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	171,40	171,40	107,10	107,10	ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE	G
6118001182671	CAPOZIDE	CAPTOPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME SECABLE à 50 / 25 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME	226,80	226,80	150,00	150,00	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118000230434	CARBAMAZEPINE NORMON 200 MG	CARBAMAZEPINE	COMPRIME à 200 MG	1 BOITE 50 COMPRIME	38,10	38,10	23,70	23,70	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000230441	CARBAMAZEPINE NORMON 400 MG	CARBAMAZEPINE	COMPRIME à 400 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	38,10	38,10	23,70	23,70	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	G
6118001230129	CARBOPLATINE AGUETTANT 150 MG	CARBOPLATINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 150 MG	1 BOITE 1 FLACON	1096,00	1096,00	820,00	820,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001230136	CARBOPLATINE AGUETTANT 450 MG	CARBOPLATINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 450 MG	1 BOITE 1 FLACON	2713,00	2713,00	2381,00	2381,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001230112	CARBOPLATINE AGUETTANT 50 MG	CARBOPLATINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 50 MG	1 BOITE 1 FLACON	467,00	467,00	310,00	310,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001101306	CARBOPLATINE COOPER	CARBOPLATINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 150 MG	1 FLACON 20 ML	686,00	686,00	456,00	456,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001101313	CARBOPLATINE COOPER	CARBOPLATINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 450 MG	1 FLACON 50 ML	1553,00	1553,00	1289,00	1289,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001250134	CARBOPLATINE DBL	CARBOPLATINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 50 MG	1 BOITE 1 FLACON	272,00	272,00	181,00	181,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001250141	CARBOPLATINE DBL	CARBOPLATINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 150 MG	1 BOITE 1 FLACON	663,00	663,00	441,00	441,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001250158	CARBOPLATINE DBL	CARBOPLATINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 450 MG	1 BOITE 1 FLACON	1493,00	1493,00	1228,00	1228,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001020072	CARBOPLATINE MYLAN	CARBOPLATINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 50 MG	1 BOITE 1 FLACON	272,00	272,00	181,00	181,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001020065	CARBOPLATINE MYLAN	CARBOPLATINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 150 MG	1 BOITE 1 FLACON	684,00	684,00	454,00	454,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001020058	CARBOPLATINE MYLAN	CARBOPLATINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 450 MG	1 BOITE 1 FLACON	1577,00	1577,00	1315,00	1315,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001100859	CARDENSIEL	BISOPROLOL	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 2.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	54,10	54,10	33,80	33,80	BETABLOQUANT	P
6118001100873	CARDENSIEL	BISOPROLOL	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	58,10	58,10	36,30	36,30	BETABLOQUANT	P
6118001151011	CARDIJECT	DOBUTAMINE	POUDRE POUR USAGE PARENTERAL à 250 MG	1 BOITE 1 FLACON	126,00	126,00	78,70	78,70	SYMPATHOMIMETIQUE	G
6118001101351	CARDINOR	CARVEDILOL	COMPRIME à 6.25 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	17,00	17,00	10,60	10,60	BETABLOQUANT	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001101320	CARDINOR	CARVEDILOL	COMPRIME à 25 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	33,00	33,00	20,60	20,60	BETABLOQUANT	G
6118001101368	CARDINOR	CARVEDILOL	COMPRIME à 6.25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	47,00	47,00	29,40	29,40	BETABLOQUANT	G
6118001101337	CARDINOR	CARVEDILOL	COMPRIME à 25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	95,00	95,00	59,40	59,40	BETABLOQUANT	G
6118001101375	CARDINOR	CARVEDILOL	COMPRIME à 6.25 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	89,00	89,00	55,60	55,60	BETABLOQUANT	G
6118001101344	CARDINOR	CARVEDILOL	COMPRIME à 25 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	180,00	180,00	112,50	112,50	BETABLOQUANT	G
6118001090280	CARDIOASPIRINE	ACIDE ACETYLSALICYLIQUE	COMPRIME GASTRO-RESISTANT à 100 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	27,70	27,70	17,30	17,30	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000121282	CARDIOGREL 75 MG	CLOPIDOGREL	COMPRIME PELLICULE à 75 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	213,00	213,00	133,50	133,50	ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE	G
6118000050551	CARDIX	CARVEDILOL	COMPRIME SECABLE à 6.25 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	23,00	23,00	14,40	14,40	BETABLOQUANT	G
6118000050568	CARDIX	CARVEDILOL	COMPRIME SECABLE à 6.25 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	44,00	44,00	27,50	27,50	BETABLOQUANT	G
6118000050582	CARDIX	CARVEDILOL	COMPRIME SECABLE à 25 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	89,00	89,00	55,60	55,60	BETABLOQUANT	G
6118001270033	CARTEOL	CARTEOLOL	COLLYRE à 2 %	1 FLACON 3 ML	55,50	55,50	34,60	34,60	BETABLOQUANT	P
6118001270026	CARTEOL LP	CARTEOLOL	COLLYRE LP à 1 %	1 FLACON 3 ML	72,80	72,80	45,40	45,40	BETABLOQUANT	P
6118001270040	CARTEOL LP	CARTEOLOL	COLLYRE LP à 2 %	1 FLACON 3 ML	84,90	84,90	52,90	52,90	BETABLOQUANT	P
6118000080060	CARTREX 100 MG	ACECLOFENAC	COMPRIME PELLICULE à 100 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	54,20	54,20	33,80	33,80	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000082736	CARTREX 100 MG	ACECLOFENAC	COMPRIME PELLICULE à 100 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	54,20	54,20	33,80	33,80	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118001270262	CARVEDILOL GT	CARVEDILOL	COMPRIME SECABLE à 6.25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	46,00	46,00	28,70	28,70	BETABLOQUANT	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001270286	CARVEDIOL GT	CARVEDIOL	COMPRIME SECABLE à 25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	95,00	95,00	59,40	59,40	BETABLOQUANT	G
6118001180585	CASODEX	BICALUTAMIDE	COMPRIME ENROBE à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	675,00	587,00	448,00	390,00	ANTIANDROGENE	P
6118000220046	CATAFLAM	DICLOFENAC	COMPRIME ENROBE à 25 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	24,60	18,00	15,40	11,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	P
6118000220053	CATAFLAM	DICLOFENAC	COMPRIME ENROBE à 50 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	45,50	32,40	28,40	20,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	P
6118000220350	CATAFLAM	DICLOFENAC	SUPPOSITOIRE à 75 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	29,50	29,50	18,40	18,40	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	P
6118000220367	CATAFLAM 50 MG	DICLOFENAC	COMPRIME ENROBE à 50 MG	1 BOITE 10 COMPRIME ENROBE	24,00	24,00	14,90	14,90	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	P
6118000180098	CATALGINE	ACIDE ACETYLSALICYLIQUE	POUDRE POUR SOLUTION BUvable à 250 MG	1 BOITE 20 SACHET	17,50	17,50	10,90	10,90	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	P
6118000180111	CATALGINE ADULTE	ACIDE ACETYLSALICYLIQUE	POUDRE POUR SOLUTION BUvable à 1 G	1 BOITE 20 SACHET	34,00	34,00	21,20	21,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	P
6118000180081	CATALGINE ENFANTS ET NOURRISSONS	ACIDE ACETYLSALICYLIQUE	POUDRE POUR SOLUTION BUvable à 100 MG	1 BOITE 20 SACHET	13,50	13,50	8,40	8,40	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	P
6118000180104	CATALGINE NORMALE	ACIDE ACETYLSALICYLIQUE	POUDRE POUR SOLUTION BUvable à 500 MG	1 BOITE 20 SACHET	22,00	22,00	13,70	13,70	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	P
6118000040156	CATAPRESSAN	CLONIDINE	COMPRIME SECABLE à 0.15 MG	1 BOITE 20 COMPRIME SECABLE	25,40	25,40	15,90	15,90	ANTIHYPERTENSEUR D ACTION CENTRALE	P
6118000070290	CATEX	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	85,00	85,00	53,00	53,00	FLUOROQUINOLONE	G
6118000070276	CATEX	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	150,00	150,00	93,50	93,50	FLUOROQUINOLONE	G
6118000070283	CATEX	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	150,00	150,00	93,50	93,50	FLUOROQUINOLONE	G
6118000071334	CATEX	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	288,00	288,00	191,20	191,20	FLUOROQUINOLONE	G
6118000242161	C-BAC 500 MG	CLARITHROMYCINE	COMPRIME ENROBE à 500 MG	1 BOITE 7 COMPRIME ENROBE	75,00	75,00	46,70	46,70	MACROLIDE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000242178	C-BAC 500 MG	CLARITHROMYCINE	COMPRIME ENROBE à 500 MG	1 BOITE 14 COMPRIME ENROBE	132,00	132,00	82,20	82,20	MACROLIDE	G
6118000180913	CEDOL 400 MG/20 MG	PARACETAMOL / CODEINE	COMPRIME à 400 / 20 MG / MG	1 BOITE 20 COMPRIME	17,10	17,10	13,70	13,70	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118001010141	CEFOTRIM	CEFTRIAZONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	114,30	114,30	71,20	71,20	CEPHALOSPORINE	G
6118001010134	CEFOTRIM	CEFTRIAZONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 250 MG	1 BOITE 1 FLACON	33,00	33,00	20,60	20,60	CEPHALOSPORINE	G
6118001010127	CEFOTRIM	CEFTRIAZONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON	61,00	61,00	38,00	38,00	CEPHALOSPORINE	G
6118001020805	CEFTRIAZONE MYLAN	CEFTRIAZONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 2 G	1 BOITE 1 FLACON	270,00	270,00	168,20	168,20	CEPHALOSPORINE	G
6118001020140	CEFTRIAZONE MYLAN	CEFTRIAZONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 2 G	1 BOITE 5 FLACON	976,00	976,00	672,00	672,00	CEPHALOSPORINE	G
6118001020126	CEFTRIAZONE MYLAN	CEFTRIAZONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 G	1 BOITE 10 FLACON	860,00	860,00	569,00	569,00	CEPHALOSPORINE	G
6118001020089	CEFTRIAZONE MYLAN	CEFTRIAZONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 250 MG	1 BOITE 1 FLACON	51,50	51,50	32,10	32,10	CEPHALOSPORINE	G
6118001020102	CEFTRIAZONE MYLAN	CEFTRIAZONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON	61,00	61,00	38,00	38,00	CEPHALOSPORINE	G
6118001020096	CEFTRIAZONE MYLAN	CEFTRIAZONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 250 MG	1 BOITE 10 FLACON	387,00	387,00	256,00	256,00	CEPHALOSPORINE	G
6118001020119	CEFTRIAZONE MYLAN	CEFTRIAZONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 500 MG	1 BOITE 10 FLACON	458,00	458,00	304,00	304,00	CEPHALOSPORINE	G
6118001020171	CEFTRIAZONE MYLAN 1G/10ML	CEFTRIAZONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	114,30	114,30	71,20	71,20	CEPHALOSPORINE	G
6118001020133	CEFTRIAZONE MYLAN 1G/3,5ML	CEFTRIAZONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	114,30	114,30	71,20	71,20	CEPHALOSPORINE	G
6118001020157	CEFTRIAZONE MYLAN IM 500 MG/2 ML	CEFTRIAZONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON	61,00	61,00	38,00	38,00	CEPHALOSPORINE	G
6118001020164	CEFTRIAZONE MYLAN IV 500 MG/5 ML	CEFTRIAZONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON	61,00	61,00	38,00	38,00	CEPHALOSPORINE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000022442	CEFUTIL	CEFUROXIME	COMPRIME PELLICULE à 125 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	55,70	55,70	34,70	34,70	CEPHALOSPORINE	G
6118000022459	CEFUTIL	CEFUROXIME	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	94,40	94,40	58,80	58,80	CEPHALOSPORINE	G
6118000032250	CEKACORT	PREDNISONE / ACIDE ASCORBIQUE (VITAMINE C) / CHLORURE DE POTASSIUM	COMPRIME ENROBE GASTRO-RESISTANT à 5 / 125 / 125 MG / MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME	20,30	20,30	12,70	12,70	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118000250081	CELEBREX	CELECOXIB	GELULE à 200 MG	1 BOITE 10 GELULE	89,00	82,00	55,40	51,10	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000250074	CELEBREX	CELECOXIB	GELULE à 100 MG	1 BOITE 20 GELULE	117,30	82,00	73,10	51,10	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000250098	CELEBREX	CELECOXIB	GELULE à 200 MG	1 BOITE 20 GELULE	150,00	150,00	93,50	93,50	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000400066	CELENO 25MG	CARVEDIOL	COMPRIME à 25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	89,00	89,00	55,60	55,60	BETABLOQUANT	G
6118000400059	CELENO 6.25MG	CARVEDIOL	COMPRIME à 6.25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	44,00	44,00	27,50	27,50	BETABLOQUANT	G
6118001150090	CELESTENE	BETAMETHASONE	SOLUTION INJECTABLE à 8 MG	1 AMPOULE 2 ML	29,40	29,40	18,40	18,40	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118001150083	CELESTENE	BETAMETHASONE	SOLUTION INJECTABLE à 4 MG	1 BOITE 3 AMPOULE INJECTABLE	45,80	45,80	28,60	28,60	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118000050759	CELESTENE	BETAMETHASONE	SOLUTION POUR GOUTTES BUVABLES à 0.5 MG/ML	1 FLACON 30 ML	33,20	30,00	20,80	18,70	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118000050131	CELESTENE	BETAMETHASONE	COMPRIME DISPERSIBLE SECABLE à 2 MG	1 BOITE 20 COMPRIME DISPERSIBLE SECABLE	46,00	41,50	28,70	25,90	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118001150106	CELESTENE CHRONODOSE	BETAMETHASONE	SOLUTION INJECTABLE à 5.7 MG	1 AMPOULE 1 ML	26,70	26,70	16,60	16,60	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118001050031	CELLCEPT	MYCOPHENOLATE MOFETIL	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 50 COMPRIME	1203,00	683,00	905,00	452,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	P
6118001050048	CELLCEPT	MYCOPHENOLATE MOFETIL	GELULE à 250 MG	1 BOITE 100 GELULE	1203,00	683,00	905,00	452,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	P
6118001030095	CELLUVISC	CARMELLOSE	COLLYRE à 4 MG/0.4ML	1 BOITE 30 RECIPIENT UNIDOSE	44,40	44,40	27,70	27,70	LARMES ARTIFICIELLES	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001260492	CEMIVIL 100MG	IMATINIB	COMPRIME PELLICULE à 100 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	1234,00	1234,00	961,00	961,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001010172	CEPLATIN	CISPLATINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 10 MG	1 BOITE 1 FLACON	37,80	37,80	23,60	23,60	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001010189	CEPLATIN	CISPLATINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 50 MG	1 BOITE 1 FLACON	117,90	117,90	73,70	73,70	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118000071204	CEROXIM	CEFUROXIME	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	99,40	99,40	61,90	61,90	CEPHALOSPORINE	G
6118001080281	CERUBIDINE	DAUNORUBICINE	POUDRE POUR PERFUSION à 20 MG	1 BOITE 10 FLACON	1050,00	1050,00	772,00	772,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118000380122	CERUVIN	CLOPIDOGREL	COMPRIME PELLICULE à 75 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	85,00	85,00	53,10	53,10	ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE	G
6118000380139	CERUVIN	CLOPIDOGREL	COMPRIME PELLICULE à 75 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	160,00	160,00	100,00	100,00	ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE	G
6118000190233	CETAMYL	PARACETAMOL	POUDRE POUR SOLUTION BUVABLE à 125 MG	1 BOITE 12 SACHET	11,20	11,20	7,00	7,00	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000190240	CETAMYL	PARACETAMOL	POUDRE POUR SOLUTION BUVABLE à 250 MG	1 BOITE 12 SACHET	12,70	12,70	7,90	7,90	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000190257	CETAMYL	PARACETAMOL	POUDRE POUR SOLUTION BUVABLE à 500 MG	1 BOITE 12 SACHET	14,30	14,30	8,90	8,90	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000190226	CETAMYL	PARACETAMOL	COMPRIME EFFERVESCENT à 500 MG	1 BOITE 16 COMPRIME	15,30	15,30	9,50	9,50	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000190219	CETAMYL	PARACETAMOL	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	10,20	10,20	6,40	6,40	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000190264	CETAMYL	PARACETAMOL	SUPPOSITOIRE à 80 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	9,00	9,00	5,60	5,60	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000190271	CETAMYL	PARACETAMOL	SUPPOSITOIRE à 170 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	10,70	10,70	6,70	6,70	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118001101382	CETAXON	CEFOTAXIME	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	69,00	69,00	43,00	43,00	CEPHALOSPORINE	G
6118001101399	CETAXON	CEFOTAXIME	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON	28,60	28,60	17,80	17,80	CEPHALOSPORINE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
611800071402	CETIRAL	CETIRIZINE	SOLUTION BUvable à 1 MG	1 FLACON 60 ML	30,00	30,00	18,70	18,70	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
611800070306	CETIRAL	CETIRIZINE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 15 COMPRIME ENROBE	52,00	52,00	32,40	32,40	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000140832	CETOLERG	CETIRIZINE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 15 COMPRIME	45,00	45,00	28,00	28,00	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000131076	CEZIN	CETIRIZINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 7 COMPRIME	11,00	11,00	6,80	6,80	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000131083	CEZIN	CETIRIZINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	20,00	20,00	12,50	12,50	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000131069	CEZIN	CETIRIZINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	38,00	38,00	23,70	23,70	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118001250561	CHEMOSET	ONDANSETRON	COMPRIME PELLICULE à 4 MG	1 BOITE 1 COMPRIME PELLICULE	22,00	22,00	13,70	13,70	ANTIEMETIQUE	G
6118001250592	CHEMOSET	ONDANSETRON	COMPRIME PELLICULE à 8 MG	1 BOITE 1 COMPRIME PELLICULE	39,00	39,00	24,30	24,30	ANTIEMETIQUE	G
6118001250578	CHEMOSET	ONDANSETRON	COMPRIME PELLICULE à 4 MG	1 BOITE 5 COMPRIME PELLICULE	98,00	98,00	61,10	61,10	ANTIEMETIQUE	G
6118001250608	CHEMOSET	ONDANSETRON	COMPRIME PELLICULE à 8 MG	1 BOITE 5 COMPRIME PELLICULE	188,00	188,00	117,10	117,10	ANTIEMETIQUE	G
6118001250585	CHEMOSET	ONDANSETRON	COMPRIME PELLICULE à 4 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	188,00	188,00	117,10	117,10	ANTIEMETIQUE	G
6118001250615	CHEMOSET	ONDANSETRON	COMPRIME PELLICULE à 8 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	357,00	357,00	236,00	236,00	ANTIEMETIQUE	G
6118001250547	CHEMOSET 2MG/ML	ONDANSETRON	SOLUTION INJECTABLE à 4 MG	5 AMPOULE 2 ML	288,00	288,00	191,20	191,20	ANTIEMETIQUE	G
6118001250530	CHEMOSET 2MG/ML	ONDANSETRON	SOLUTION INJECTABLE à 8 MG	5 AMPOULE 4 ML	547,00	547,00	362,00	362,00	ANTIEMETIQUE	G
6118001220069	CHOLESTIN 10 MG	SIMVASTATINE	COMPRIME SECABLE à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	79,40	79,40	49,60	49,60	HYPOLIPEMIANT	G
6118001220076	CHOLESTIN 20 MG	SIMVASTATINE	COMPRIME SECABLE à 20 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	91,00	91,00	56,90	56,90	HYPOLIPEMIANT	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001220083	CHOLESTIN 40 MG	SIMVASTATINE	COMPRIME SECABLE à 40 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	159,60	159,60	99,70	99,70	HYPOLIPEMIANT	G
6118001090051	CHRONADALATE L.P	NIFEDIPINE	COMPRIME OSMOTIQUE LP à 20 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	43,90	43,90	27,40	27,40	INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118001090099	CHRONADALATE L.P	NIFEDIPINE	COMPRIME OSMOTIQUE LP à 60 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	48,20	48,20	30,10	30,10	INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118001090075	CHRONADALATE L.P	NIFEDIPINE	COMPRIME OSMOTIQUE LP à 30 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	68,60	68,60	42,90	42,90	INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118001090068	CHRONADALATE L.P	NIFEDIPINE	COMPRIME OSMOTIQUE LP à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	112,00	112,00	70,00	70,00	INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118001090082	CHRONADALATE L.P	NIFEDIPINE	COMPRIME OSMOTIQUE LP à 30 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	126,80	126,80	79,20	79,20	INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118001090105	CHRONADALATE L.P	NIFEDIPINE	COMPRIME OSMOTIQUE LP à 60 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	180,50	180,50	112,80	112,80	INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118001250165	CICLOVIRAL	ACICLOVIR	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 250 MG	1 BOITE 5 FLACON	672,00	672,00	445,00	445,00	ANTIVIRAL	G
6118000071310	CICLOVIRAL	ACICLOVIR	COMPRIME à 800 MG	1 BOITE 12 COMPRIME	265,00	265,00	165,10	165,10	ANTIVIRAL	G
6118000070313	CICLOVIRAL	ACICLOVIR	COMPRIME à 200 MG	1 BOITE 25 COMPRIME	97,50	97,50	60,70	60,70	ANTIVIRAL	G
6118000071303	CICLOVIRAL	ACICLOVIR	COMPRIME à 400 MG	1 BOITE 25 COMPRIME	270,00	270,00	168,20	168,20	ANTIVIRAL	G
6118000071327	CICLOVIRAL	ACICLOVIR	COMPRIME à 800 MG	1 BOITE 25 COMPRIME	502,00	502,00	333,00	333,00	ANTIVIRAL	G
6118000210016	CIFLOXINE	CIPROFLOXACINE	COMPRIME ENROBE GASTRO-RESISTANT à 250 MG	1 BOITE 10 COMPRIME ENROBE	65,00	65,00	40,50	40,50	FLUOROQUINOLONE	G
6118000210030	CIFLOXINE	CIPROFLOXACINE	COMPRIME ENROBE GASTRO-RESISTANT à 500 MG	1 BOITE 10 COMPRIME ENROBE	120,00	120,00	74,80	74,80	FLUOROQUINOLONE	G
6118000210023	CIFLOXINE	CIPROFLOXACINE	COMPRIME ENROBE à 250 MG	1 BOITE 20 COMPRIME ENROBE	120,00	120,00	74,80	74,80	FLUOROQUINOLONE	G
6118000210047	CIFLOXINE	CIPROFLOXACINE	COMPRIME ENROBE à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME ENROBE	230,00	230,00	143,30	143,30	FLUOROQUINOLONE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001300310	CILENTRA 10 MG	ESCITALOPRAM	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 10 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE SECABLE	71,80	71,80	44,70	44,70	ANTIDEPRESSEUR	G
6118001300303	CILENTRA 10 MG	ESCITALOPRAM	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE SECABLE	126,00	126,00	78,50	78,50	ANTIDEPRESSEUR	G
6118001070176	CILOXAN	CIPROFLOXACINE	COLLYRE à 0.3 %	1 FLACON 5 ML	45,90	27,50	28,60	17,10	FLUOROQUINOLONE	P
6118001070855	CILOXAN	CIPROFLOXACINE	POMMADE OPHTALMIQUE à 0.3 %	1 TUBE 3,5 G	60,00	60,00	37,40	37,40	FLUOROQUINOLONE	P
6118000130307	CINABAC	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	40,00	40,00	24,90	24,90	FLUOROQUINOLONE	G
6118000130314	CINABAC	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	80,00	80,00	49,80	49,80	FLUOROQUINOLONE	G
6118000280330	CINET	DOMPERIDONE	SUSPENSION BUVABLE à 1 MG/ML	1 FLACON 200 ML	30,00	30,00	18,70	18,70	ANTIEMETIQUE	G
6118000280309	CINET	DOMPERIDONE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	17,00	17,00	10,60	10,60	ANTIEMETIQUE	G
6118000280316	CINET	DOMPERIDONE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	30,00	30,00	18,70	18,70	ANTIEMETIQUE	G
6118000280323	CINET	DOMPERIDONE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	44,00	44,00	27,40	27,40	ANTIEMETIQUE	G
6118001090112	CIPRO LP 500 MG	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE LP à 500 MG	1 BOITE 3 COMPRIME PELLICULE	60,00	60,00	37,40	37,40	FLUOROQUINOLONE	P
6118001270385	CIPROFLOXACINE GT	CIPROFLOXACINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 200 MG	1 FLACON 100 ML	143,00	143,00	89,10	89,10	FLUOROQUINOLONE	G
6118001021161	CIPROFLOXACINE MYLAN 200 MG/100 ML	CIPROFLOXACINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 200 MG	10 POCHES 100 ML	854,00	854,00	566,00	566,00	FLUOROQUINOLONE	G
6118001021154	CIPROFLOXACINE MYLAN 400 MG/200 ML	CIPROFLOXACINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 400 MG	10 POCHES 200 ML	1891,00	1891,00	1611,00	1611,00	FLUOROQUINOLONE	G
6118001220397	CIPROFLOXACINE NORMON	CIPROFLOXACINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 200 MG	50 FLACON 100 ML	2773,00	2773,00	2406,00	2406,00	FLUOROQUINOLONE	G
6118001220410	CIPROFLOXACINE NORMON	CIPROFLOXACINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 200 MG	50 POCHES 100 ML	2773,00	2773,00	2406,00	2406,00	FLUOROQUINOLONE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001220380	CIPROFLOXACINE NORMON	CIPROFLOXACINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 200 MG	1 FLACON 200 ML	142,10	142,10	88,50	88,50	FLUOROQUINOLONE	G
6118001220373	CIPROFLOXACINE NORMON	CIPROFLOXACINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 200 MG	1 FLACON 100 ML	87,60	87,60	54,60	54,60	FLUOROQUINOLONE	G
6118000013082	CIPROFLOXACINE WIN 250 MG	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	36,00	36,00	22,40	22,40	FLUOROQUINOLONE	G
6118000061991	CIPROFLOXACINE WIN 250 MG	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	36,00	36,00	22,40	22,40	FLUOROQUINOLONE	G
6118000062004	CIPROFLOXACINE WIN 250 MG	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	63,40	63,40	39,50	39,50	FLUOROQUINOLONE	G
6118000013099	CIPROFLOXACINE WIN 250 MG	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	63,40	63,40	39,50	39,50	FLUOROQUINOLONE	G
6118000062011	CIPROFLOXACINE WIN 500 MG	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	59,00	59,00	36,80	36,80	FLUOROQUINOLONE	G
6118000013105	CIPROFLOXACINE WIN 500 MG	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	59,00	59,00	36,80	36,80	FLUOROQUINOLONE	G
6118000062028	CIPROFLOXACINE WIN 500 MG	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	103,80	103,80	64,70	64,70	FLUOROQUINOLONE	G
6118000013112	CIPROFLOXACINE WIN 500 MG	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	103,80	103,80	64,70	64,70	FLUOROQUINOLONE	G
6118001220403	CIPROFLOXACINE NORMON	CIPROFLOXACINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 200 MG	20 FLACON 200 ML	1843,00	1843,00	1562,00	1562,00	FLUOROQUINOLONE	G
6118001090136	CIPROXINE	CIPROFLOXACINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 200 MG	1 BOITE 1 FLACON	264,00	264,00	165,10	165,10	FLUOROQUINOLONE	P
6118001090143	CIPROXINE	CIPROFLOXACINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 400 MG	1 FLACON 200 ML	415,00	271,00	275,00	168,80	FLUOROQUINOLONE	P
6118000170136	CIPROXINE	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 750 MG	1 BOITE 6 COMPRIME	222,00	222,00	138,90	138,90	FLUOROQUINOLONE	P
6118000170105	CIPROXINE	CIPROFLOXACINE	COMPRIME ENROBE à 250 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	118,20	118,20	73,70	73,70	FLUOROQUINOLONE	P
6118000170112	CIPROXINE	CIPROFLOXACINE	COMPRIME ENROBE SECABLE à 500 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	210,00	210,00	131,00	131,00	FLUOROQUINOLONE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001101108	CISPLATINE COOPER	CISPLATINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 10 MG	1 BOITE 1 FLACON	45,00	45,00	28,10	28,10	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001101115	CISPLATINE COOPER	CISPLATINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 50 MG	1 BOITE 1 FLACON	140,00	140,00	87,50	87,50	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001200580	CISPLATINE EBEWE	CISPLATINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 10 MG	1 BOITE 1 FLACON	43,00	43,00	26,90	26,90	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001200573	CISPLATINE EBEWE	CISPLATINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 50 MG	1 BOITE 1 FLACON	133,00	133,00	83,10	83,10	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001020188	CISPLATINE MYLAN	CISPLATINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 10 MG	1 BOITE 1 FLACON	51,40	51,40	32,10	32,10	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001020195	CISPLATINE MYLAN	CISPLATINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 25 MG	1 BOITE 1 FLACON	80,10	80,10	50,10	50,10	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001020201	CISPLATINE MYLAN	CISPLATINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 50 MG	1 BOITE 1 FLACON	154,20	154,20	96,40	96,40	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001290079	CITAFINE 1G	GEMCITABINE	POUDRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION à 1 G	1 FLACON 50 ML	971,00	971,00	691,00	691,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118000041030	CIVASTINE	SIMVASTATINE	COMPRIME ENROBE à 20 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	51,70	51,70	32,30	32,30	HYPOLIPEMIANT	G
6118000041023	CIVASTINE	SIMVASTATINE	COMPRIME ENROBE à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	70,00	70,00	43,70	43,70	HYPOLIPEMIANT	G
6118000041047	CIVASTINE	SIMVASTATINE	COMPRIME ENROBE à 20 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	130,00	130,00	81,20	81,20	HYPOLIPEMIANT	G
6118000041054	CIVASTINE	SIMVASTATINE	COMPRIME ENROBE à 40 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	217,00	217,00	135,60	135,60	HYPOLIPEMIANT	G
6118000280408	CLADIA	CLARITHROMYCINE	COMPRIME ENROBE à 250 MG	1 BOITE 10 COMPRIME ENROBE	85,00	85,00	53,00	53,00	MACROLIDE	G
6118000280439	CLADIA	CLARITHROMYCINE	COMPRIME ENROBE à 500 MG	1 BOITE 10 COMPRIME ENROBE	137,30	137,30	85,50	85,50	MACROLIDE	G
6118000280415	CLADIA	CLARITHROMYCINE	COMPRIME ENROBE à 250 MG	1 BOITE 20 COMPRIME ENROBE	161,50	161,50	100,60	100,60	MACROLIDE	G
6118000280446	CLADIA	CLARITHROMYCINE	COMPRIME ENROBE à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME ENROBE	274,00	274,00	171,10	171,10	MACROLIDE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000280422	CLADIA	CLARITHROMYCINE	COMPRIME ENROBE à 250 MG	1 BOITE 30 COMPRIME ENROBE	236,00	236,00	147,20	147,20	MACROLIDE	G
6118000280453	CLADIA	CLARITHROMYCINE	COMPRIME ENROBE à 500 MG	1 BOITE 30 COMPRIME ENROBE	362,00	362,00	240,00	240,00	MACROLIDE	G
6118001080304	CLAFORAN	CEFOTAXIME	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	69,00	69,00	43,00	43,00	CEPHALOSPORINE	P
6118001080298	CLAFORAN	CEFOTAXIME	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON	28,60	28,60	17,80	17,80	CEPHALOSPORINE	P
6118001230839	CLAIRYG 50MG/ML	IMMUNOGLOBULINE HUMAINE NORMALE	SOLUTION POUR PERFUSION à 50 MG/ML	1 BOITE 1 FLACON 100 ML	3050,00	3050,00	2691,00	2691,00	IMMUNOGLOBULINE ET IMMUNOSERUM	P
6118001230815	CLAIRYG 50MG/ML	IMMUNOGLOBULINE HUMAINE NORMALE	SOLUTION POUR PERFUSION à 50 MG/ML	1 BOITE 1 FLACON 20 ML	838,00	838,00	555,00	555,00	IMMUNOGLOBULINE ET IMMUNOSERUM	P
6118001230846	CLAIRYG 50MG/ML	IMMUNOGLOBULINE HUMAINE NORMALE	SOLUTION POUR PERFUSION à 50 MG/ML	1 BOITE 1 FLACON 200 ML	5673,00	5673,00	5383,00	5383,00	IMMUNOGLOBULINE ET IMMUNOSERUM	P
6118001230853	CLAIRYG 50MG/ML	IMMUNOGLOBULINE HUMAINE NORMALE	SOLUTION POUR PERFUSION à 50 MG/ML	1 BOITE 1 FLACON 400 ML	11253,00	11253,00	11013,00	11013,00	IMMUNOGLOBULINE ET IMMUNOSERUM	P
6118001230822	CLAIRYG 50MG/ML	IMMUNOGLOBULINE HUMAINE NORMALE	SOLUTION POUR PERFUSION à 50 MG/ML	1 BOITE 1 FLACON 50 ML	1632,00	1632,00	1345,00	1345,00	IMMUNOGLOBULINE ET IMMUNOSERUM	P
6118000161059	CLAMOXYL	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	15,10	15,10	9,40	9,40	PENICILLINE	P
6118000161066	CLAMOXYL	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON	12,20	12,20	7,60	7,60	PENICILLINE	P
6118000160380	CLAMOXYL	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 FLACON 60 ML	15,30	15,30	9,50	9,50	PENICILLINE	P
6118000160427	CLAMOXYL	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 60 ML	30,10	28,90	18,80	18,00	PENICILLINE	P
6118000160489	CLAMOXYL	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 MG	1 FLACON 60 ML	38,90	38,90	24,30	24,30	PENICILLINE	P
6118000160373	CLAMOXYL	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 FLACON 100 ML	25,40	25,40	15,80	15,80	PENICILLINE	P
6118000160410	CLAMOXYL	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 100 ML	48,70	43,00	30,30	26,80	PENICILLINE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000160472	CLAMOXYL	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 MG	1 FLACON 100 ML	65,00	64,90	40,50	40,40	PENICILLINE	P
6118000160359	CLAMOXYL	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 1 G	1 BOITE 12 COMPRIME	55,00	55,00	34,30	34,30	PENICILLINE	P
6118000160366	CLAMOXYL	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 1 G	1 BOITE 24 COMPRIME	103,60	96,80	64,60	60,30	PENICILLINE	P
6118000160434	CLAMOXYL	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 500 MG	1 BOITE 12 COMPRIME	34,60	34,60	21,50	21,50	PENICILLINE	P
6118000160458	CLAMOXYL	AMOXICILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 12 GELULE	52,00	46,60	34,40	29,10	PENICILLINE	P
6118000160441	CLAMOXYL	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 500 MG	1 BOITE 24 COMPRIME	65,40	65,40	40,80	40,80	PENICILLINE	P
6118000160465	CLAMOXYL	AMOXICILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 24 GELULE	93,35	84,00	61,70	52,30	PENICILLINE	P
6118000170532	CLARADOL	PARACETAMOL	COMPRIME EFFERVESCENT à 500 MG	1 BOITE 16 COMPRIME	17,10	15,30	10,70	9,50	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P
6118000190998	CLARIL	CLARITHROMYCINE	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	120,00	120,00	74,80	74,80	MACROLIDE	G
6118000191001	CLARIL	CLARITHROMYCINE	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	160,00	160,00	99,70	99,70	MACROLIDE	G
6118000050162	CLARITYNE	LORATADINE	SIROP à 5 MG	1 FLACON 60 ML	34,10	26,00	21,20	16,20	ANTIHISTAMINIQUE H1	P
6118000050155	CLARITYNE	LORATADINE	SIROP à 5 MG	1 FLACON 120 ML	64,90	48,00	40,50	29,90	ANTIHISTAMINIQUE H1	P
6118000050148	CLARITYNE	LORATADINE	COMPRIME SECABLE à 10 MG	1 BOITE 15 COMPRIME SECABLE	66,20	48,90	41,30	30,50	ANTIHISTAMINIQUE H1	P
6118000050803	CLARITYNE	LORATADINE	COMPRIME EFFERVESCENT à 10 MG	1 BOITE 15 COMPRIME	94,90	48,90	59,10	30,50	ANTIHISTAMINIQUE H1	P
6118000090229	CLARTEC	LORATADINE	SIROP à 0.1 %	1 FLACON 60 ML	26,50	26,50	16,50	16,50	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000091387	CLARTEC	LORATADINE	SIROP à 0.1 %	1 FLACON 120 ML	47,00	47,00	29,30	29,30	ANTIHISTAMINIQUE H1	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000090205	CLARTEC	LORATADINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	22,00	22,00	13,70	13,70	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000090212	CLARTEC	LORATADINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 15 COMPRIME	32,00	32,00	19,90	19,90	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000091370	CLARTEC	LORATADINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	61,00	61,00	38,00	38,00	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000091172	CLAVAM	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 / 62.5 MG / MG	1 BOITE 12 SACHET	63,25	63,25			PENICILLINE	G
6118000091196	CLAVAM	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 / 125 MG / MG	1 BOITE 12 SACHET	117,30	117,30			PENICILLINE	G
6118000091189	CLAVAM	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	COMPRIME à 500 / 125 MG / MG	1 BOITE 12 COMPRIME	117,30	117,30			PENICILLINE	G
6118001140190	CLAVULIN	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 / 200 G / MG	1 BOITE 1 FLACON	47,80	40,00	29,80	24,90	PENICILLINE	P
6118001140206	CLAVULIN	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 500 / 50 MG / MG	1 BOITE 1 FLACON	20,00	20,00	12,40	12,40	PENICILLINE	P
6118000160496	CLAVULIN	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 12 SACHET	120,40	99,00	75,00	61,70	PENICILLINE	P
6118000160502	CLAVULIN	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 16 SACHET	149,00	132,00	92,90	82,20	PENICILLINE	P
6118000161332	CLAVULIN	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 24 SACHET	221,00	203,00	138,30	126,50	PENICILLINE	P
6118000160564	CLAVULIN	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 / 62.5 MG / MG	1 BOITE 12 SACHET	79,90	79,90	49,80	49,80	PENICILLINE	P
6118000160519	CLAVULIN	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 100 / 12.5 MG / MG	1 FLACON 30 ML	44,20	44,20	27,50	27,50	PENICILLINE	P
6118000160526	CLAVULIN	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 100 / 12.5 MG / MG	1 FLACON 60 ML	70,60	70,00	44,00	43,60	PENICILLINE	P
6118000160533	CLAVULIN	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	COMPRIME PELLICULE à 500 / 125 MG / MG	1 BOITE 12 COMPRIME	147,90	117,30	97,80	97,80	PENICILLINE	P
6118000330455	CLAZEN	CLARITHROMYCINE	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	79,60	79,60	49,60	49,60	MACROLIDE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001271306	CLAZEN 125 MG/5 ML	CLARITHROMYCINE	SUSPENSION BUvable à 25 MG/ML	1 FLACON 60 ML	58,10	58,10	36,20	36,20	MACROLIDE	G
6118000330462	CLAZEN 500 MG	CLARITHROMYCINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	132,00	132,00	82,20	82,20	MACROLIDE	G
6118000330448	CLAZEN XL 500MG	CLARITHROMYCINE	COMPRIME PELLICULE LP à 500 MG	1 BOITE 7 COMPRIME PELLICULE	85,50	85,50	53,30	53,30	MACROLIDE	G
6118000241201	CLENIL FORTE	BECLOMETASONE	SOLUTION POUR INHALATION BUCCALE à 250 µG	1 FLACON 200 DOSE	86,50	86,50	54,00	54,00	ANTI-INFLAMMATOIRE STERODIEN	G
6118000180319	CLOFENE	DICLOFENAC	SOLUTION INJECTABLE à 75 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	12,30	9,70	7,70	6,00	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	P
6118000180616	CLOFENE	DICLOFENAC	SOLUTION INJECTABLE à 75 MG	1 BOITE 3 AMPOULE INJECTABLE	35,00	35,00	21,80	21,80	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	P
6118000180159	CLOFENE	DICLOFENAC	COMPRIME ENROBE GASTRO-RESISTANT à 50 MG	1 BOITE 20 COMPRIME ENROBE GASTRO-RESISTANT	32,90	32,40	20,50	20,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	P
6118000180142	CLOFENE	DICLOFENAC	COMPRIME ENROBE GASTRO-RESISTANT à 25 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	20,50	18,00	12,80	11,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	P
6118000180166	CLOFENE	DICLOFENAC	SUPPOSITOIRE à 100 MG	1 BOITE 5 SUPPOSITOIRE	20,50	20,50	12,80	12,80	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	P
6118000180302	CLOFENE	DICLOFENAC	SUPPOSITOIRE à 50 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	25,50	25,50	15,90	15,90	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	P
6118000070344	CLOMITER	CLOTRIMAZOLE	SOLUTION POUR APPLICATION LOCALE à 1 %	1 FLACON 30 ML	28,90	28,90	18,00	18,00	ANTIFONGIQUE	G
6118000070337	CLOMITER	CLOTRIMAZOLE	CREME à 1 %	1 TUBE 30 G	29,70	29,70	18,50	18,50	ANTIFONGIQUE	G
6118000051367	CLOPICARD 75MG	CLOPIDOGREL	COMPRIME PELLICULE à 75 MG	1 BOITE 15 COMPRIME PELLICULE	90,00	90,00	56,30	56,30	ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE	G
6118000051374	CLOPICARD 75MG	CLOPIDOGREL	COMPRIME PELLICULE à 75 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	170,00	170,00	106,30	106,30	ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE	G
6118000330349	CLOPIDOGREL GT 75 MG	CLOPIDOGREL	COMPRIME PELLICULE à 75 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	255,00	255,00	159,90	159,90	ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE	G
6118000330356	CLOPIDOGREL GT 75 MG	CLOPIDOGREL	COMPRIME PELLICULE à 75 MG	1 BOITE 60 COMPRIME PELLICULE	447,00	447,00	297,00	297,00	ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000031277	CLOPRAME	METOCLOPRAMIDE	SOLUTION INJECTABLE à 10 MG	4 AMPOULE 2 ML	9,20	9,20	5,70	5,70	ANTIEMETIQUE	G
6118000030157	CLOPRAME	METOCLOPRAMIDE	SOLUTION INJECTABLE à 10 MG	10 AMPOULE 2 ML	22,30	22,30	13,90	13,90	ANTIEMETIQUE	G
6118000031284	CLOPRAME	METOCLOPRAMIDE	SOLUTION POUR GOUTTES BUVABLES à 0.26 %	1 FLACON 60 ML	13,10	13,10	8,20	8,20	ANTIEMETIQUE	G
6118000031291	CLOPRAME	METOCLOPRAMIDE	SOLUTION BUVABLE à 0.1 %	1 FLACON 130 ML	18,30	18,30	11,40	11,40	ANTIEMETIQUE	G
6118000030164	CLOPRAME	METOCLOPRAMIDE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 40 COMPRIME	17,30	17,30	10,80	10,80	ANTIEMETIQUE	G
6118000031260	CLOPRAME	METOCLOPRAMIDE	SUPPOSITOIRE à 10 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	9,60	9,60	6,00	6,00	ANTIEMETIQUE	G
6118000031253	CLOPRAME	METOCLOPRAMIDE	SUPPOSITOIRE à 20 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	13,60	13,60	8,50	8,50	ANTIEMETIQUE	G
6118000021117	CLORACEF	CEFACLOR	GRANULE POUR SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 FLACON 60 ML	46,60	46,60	29,00	29,00	CEPHALOSPORINE	G
6118000021124	CLORACEF	CEFACLOR	GRANULE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 60 ML	74,00	74,00	46,10	46,10	CEPHALOSPORINE	G
6118000021148	CLORACEF	CEFACLOR	COMPRIME DISPERSIBLE à 500 MG	1 BOITE 12 COMPRIME	135,00	135,00	84,10	84,10	CEPHALOSPORINE	G
6118000181125	CO VEZAR 150/12.5 MG	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 150 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	135,20	135,20	84,50	84,50	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000181118	CO VEZAR 300/12.5 MG	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 300 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	158,20	158,20	98,90	98,90	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000181101	CO VEZAR 300/25 MG	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 300 / 25 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	163,30	163,30	102,10	102,10	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000390077	CO-AMOXICLAV SP	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 12 SACHET	93,00	93,00	57,90	57,90	PENICILLINE	G
6118000390084	CO-AMOXICLAV SP	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 16 SACHET	124,00	124,00	77,20	77,20	PENICILLINE	G
6118000390053	CO-AMOXICLAV SP ENFANT	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 / 62.5 MG / MG	1 BOITE 12 SACHET	66,30	66,30	41,30	41,30	PENICILLINE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000390060	CO-AMOXICLAV SP ENFANT	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 / 62.5 MG / MG	1 BOITE 16 SACHET	88,30	88,30	55,00	55,00	PENICILLINE	G
6118000390107	CO-AMOXICLAV SP ENFANT	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 100 / 12.5 MG / MG	1 FLACON 60 ML	63,00	63,00	39,20	39,20	PENICILLINE	G
6118000390091	CO-AMOXICLAV SP NOURISSON	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 100 / 12.5 MG / MG	1 FLACON 30 ML	38,00	38,00	23,70	23,70	PENICILLINE	G
6118000050704	CO-ANGINIB	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 50 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME	125,00	125,00	78,10	78,10	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000051060	CO-ANGINIB	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME à 50 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 60 COMPRIME	205,00	205,00	128,60	128,60	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118001081417	COAPROVEL	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME ENROBE GASTRO-RESISTANT à 150 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME	96,20	70,00	60,10	43,70	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001081400	COAPROVEL	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME ENROBE à 300 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME	131,90	85,00	82,40	53,10	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001081561	COAPROVEL	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 300 / 25 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME	134,40	87,30	84,00	54,60	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001081028	COAPROVEL	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME ENROBE à 150 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME	134,30	134,30	83,90	83,90	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001081035	COAPROVEL	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME ENROBE GASTRO-RESISTANT à 300 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME	239,00	158,00	150,00	98,70	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001081554	COAPROVEL	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 300 / 25 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME	251,00	163,60	157,30	102,30	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118000121237	COAVACOR 150/12.5	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 150 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	134,20	134,20	83,90	83,90	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000121244	COAVACOR 300/12.5	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 300 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	158,20	158,20	98,90	98,90	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000121251	COAVACOR 300/25 MG	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 300 / 25 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	163,30	163,30	102,10	102,10	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000022633	CO-AVEPRO	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 150 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	70,00	70,00	43,70	43,70	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000022619	CO-AVEPRO	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 300 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	85,00	85,00	53,10	53,10	ANTIHYPERTENSEUR	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000022596	CO-AVEPRO	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 300 / 25 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	87,30	87,30	54,60	54,60	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000022640	CO-AVEPRO	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 150 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	135,00	135,00	84,40	84,40	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000022626	CO-AVEPRO	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 300 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	158,00	158,00	98,70	98,70	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000022602	CO-AVEPRO	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 300 / 25 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	163,00	163,00	101,90	101,90	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000082989	COCCIDIN 2%	ACIDE FUSIDIQUE	POMMADE à 2 %	1 TUBE 15 G	25,00	25,00	15,60	15,60	ANTIBACTERIEN	G
6118000082972	COCCIDIN 2%	ACIDE FUSIDIQUE	CREME à 2 %	1 TUBE 15 G	28,00	28,00	17,40	17,40	ANTIBACTERIEN	G
6118000040217	CODOLIPRANE	PARACETAMOL / CODEINE	COMPRIME SECABLE à 400 / 20 MG / MG	1 BOITE 16 COMPRIME	22,20	22,20	13,90	13,90	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P
6118000420019	COERIL 4 MG	PERINDOPRIL	COMPRIME SECABLE à 4 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	90,00	90,00	56,20	56,20	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000420026	COERIL 8 MG	PERINDOPRIL	COMPRIME SECABLE à 8 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	160,00	160,00	100,00	100,00	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000380504	COIRBESAR SUN 150 MG/12,5 MG	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 150 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	69,50	69,50	43,40	43,40	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000380511	COIRBESAR SUN 150 MG/12,5 MG	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 150 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	134,30	134,30	83,90	83,90	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000380528	COIRBESAR SUN 300 MG/12,5 MG	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 300 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	85,00	85,00	53,10	53,10	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000380535	COIRBESAR SUN 300 MG/12,5 MG	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 300 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	158,00	158,00	98,70	98,70	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000380542	COIRBESAR SUN 300 MG/25 MG	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 300 / 25 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	87,30	87,30	54,60	54,60	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000380559	COIRBESAR SUN 300 MG/25 MG	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 300 / 25 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	163,60	163,60	102,30	102,30	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000071952	CO-IRVEL 150MG/12.5MG	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 150 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 7 COMPRIME PELLICULE	39,50	39,50	24,70	24,70	ANTIHYPERTENSEUR	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000071969	CO-IRVEL 150MG/12.5MG	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 150 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	69,50	69,50	43,40	43,40	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000071976	CO-IRVEL 150MG/12.5MG	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 150 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	134,50	134,50	83,00	83,00	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000071983	CO-IRVEL 300MG/12.5MG	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 300 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 7 COMPRIME PELLICULE	42,50	42,50	26,50	26,50	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000071990	CO-IRVEL 300MG/12.5MG	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 300 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	85,00	85,00	53,10	53,10	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000072003	CO-IRVEL 300MG/12.5MG	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 300 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	158,00	158,00	98,70	98,70	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000082156	COLCHICINE OPOCALCIUM	COLCHICINE	COMPRIME à 1 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	13,40	13,40	8,30	8,30	ANTIGOUTTEUX ANTI-INFLAMMATOIRE	P
6118000340614	COLENOR 20 MG	PRAVASTATINE	COMPRIME SECABLE à 20 MG	1 BOITE 10 COMPRIME SECABLE	37,60	37,60	23,50	23,50	HYPOLIPEMIANT	G
6118000340621	COLENOR 20 MG	PRAVASTATINE	COMPRIME SECABLE à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	99,00	99,00	61,90	61,90	HYPOLIPEMIANT	G
6118000011972	COLPRONE	MEDROGESTONE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	55,90	55,90	34,80	34,80	PROGESTATIF	P
6118000250128	COMBANTRIN	PYRANTEL	SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 FLACON 15 ML	21,40	21,40	13,30	13,30	ANTIPARASITAIRE	P
6118000250111	COMBANTRIN	PYRANTEL	COMPRIME A CROQUER à 250 MG	1 BOITE 3 COMPRIME	22,10	22,10	13,80	13,80	ANTIPARASITAIRE	P
6118000250104	COMBANTRIN	PYRANTEL	COMPRIME à 125 MG	1 BOITE 6 COMPRIME	20,00	20,00	12,50	12,50	ANTIPARASITAIRE	P
6118001140213	COMBIVIR	LAMIVUDINE / ZIDOVUDINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 150 / 300 MG / MG	1 BOITE 60 COMPRIME	2478,00	615,00	2140,00	408,00	ANTIVIRAL	P
6118001300549	CONTIFLO OD 0.4 MG	TAMSULOSINE	GELULE A LP à 0.4 MG	1 BOITE 10 GELULE LP	53,60	53,60	33,40	33,40	ALPHA-BLOQUANT UROSELECTIF	G
6118001300556	CONTIFLO OD 0.4 MG	TAMSULOSINE	GELULE A LP à 0.4 MG	1 BOITE 30 GELULE LP	109,70	109,70	68,30	68,30	ALPHA-BLOQUANT UROSELECTIF	G
6118001300563	CONTIFLO OD 0.4 MG	TAMSULOSINE	GELULE A LP à 0.4 MG	1 BOITE 60 GELULE LP	193,10	193,10	120,30	120,30	ALPHA-BLOQUANT UROSELECTIF	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
611800070351	CONVERTAL	CAPTOPRIL	COMPRIME à 25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	91,80	91,80	57,40	57,40	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
611800070368	CONVERTAL	CAPTOPRIL	COMPRIME à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	164,20	164,20	102,60	102,60	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118001101634	CO-OLMETEC	OLMESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 20 / 25 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME	242,00	242,00	151,40	151,40	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001101627	CO-OLMETEC	OLMESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 20 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME	252,00	252,00	157,70	157,70	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001050055	COPEGUS	RIBAVIRINE	COMPRIME PELLICULE à 200 MG	1 BOITE 42 COMPRIME	1688,00	906,00	1429,00	624,00	ANTIVIRAL	P
6118001050062	COPEGUS	RIBAVIRINE	COMPRIME PELLICULE à 200 MG	1 BOITE 168 COMPRIME	5510,00	5510,00	5260,00	5260,00	ANTIVIRAL	P
6118001082018	COPLAVIX 75 MG/100 MG	CLOPIDOGREL / ACIDE ACETYL SALICYLIQUE	COMPRIME PELLICULE à 75 / 100 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	278,00	278,00	173,70	173,70	ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE	P
6118001130054	CORALAN	IVABRADINE	COMPRIME PELLICULE à 7.5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	378,00	378,00	251,00	251,00	ANTIANGOREUX	P
6118001130030	CORALAN	IVABRADINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	378,00	378,00	251,00	251,00	ANTIANGOREUX	P
6118001130061	CORALAN	IVABRADINE	COMPRIME PELLICULE à 7.5 MG	1 BOITE 56 COMPRIME	719,00	719,00	478,00	478,00	ANTIANGOREUX	P
6118001130047	CORALAN	IVABRADINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 5 MG	1 BOITE 56 COMPRIME	719,00	719,00	478,00	478,00	ANTIANGOREUX	P
6118001081042	CORDARONE	AMIODARONE	SOLUTION POUR PERFUSION à 150 MG	1 BOITE 6 AMPOULE INJECTABLE	54,40	54,40	34,00	34,00	ANTIARYTHMIQUE	P
6118000061120	CORDARONE	AMIODARONE	COMPRIME SECABLE à 200 MG	1 BOITE 40 COMPRIME	89,70	89,70	56,10	56,10	ANTIARYTHMIQUE	P
6118000290032	CO-RENITEC	ENALAPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 20 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME	66,70	66,70	41,70	41,70	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001250172	CORONAT	CARVEDILOL	COMPRIME à 6.25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	49,50	49,50	30,90	30,90	BETABLOQUANT	G
6118001250189	CORONAT	CARVEDILOL	COMPRIME à 25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	116,90	116,90	73,10	73,10	BETABLOQUANT	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001380244	CORONAT 25MG	CARVEDILOL	COMPRIME à 25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	116,90	116,90	73,10	73,10	BETABLOQUANT	G
6118001380237	CORONAT 6.25MG	CARVEDILOL	COMPRIME à 6.25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	49,50	49,50	30,90	30,90	BETABLOQUANT	G
6118000400257	CO-ROSAR 100 MG/25 MG	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 100 / 25 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	75,00	75,00	46,90	46,90	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000400264	CO-ROSAR 100 MG/25 MG	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 100 / 25 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	139,00	139,00	86,90	86,90	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000400240	CO-ROSAR 50 MG/12.5 MG	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 50 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	51,00	51,00	31,90	31,90	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000400233	CO-ROSAR 50 MG/12.5 MG	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 50 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	101,00	101,00	63,10	63,10	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000380184	CORPRIL 1.25 MG	RAMIPRIL	GELULE à 1.25 MG	1 BOITE 30 GELULE	40,00	40,00	25,00	25,00	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000380214	CORPRIL 10 MG	RAMIPRIL	GELULE à 10 MG	1 BOITE 30 GELULE	105,80	105,80	66,10	66,10	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000380191	CORPRIL 2.5 MG	RAMIPRIL	GELULE à 2.5 MG	1 BOITE 30 GELULE	46,00	46,00	28,70	28,70	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000380207	CORPRIL 5 MG	RAMIPRIL	GELULE à 5 MG	1 BOITE 30 GELULE	55,50	55,50	34,70	34,70	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000060680	CORTANCYL	PREDNISONE	COMPRIME à 20 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	45,80	45,80	28,60	28,60	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118001080328	CORTANCYL	PREDNISONE	COMPRIME à 1 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	13,40	12,30	8,40	7,70	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118000060345	CORTANCYL	PREDNISONE	COMPRIME SECABLE à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	22,80	19,00	14,20	11,90	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118001021420	CORTIS	BECLOMETASONE	SUSPENSION POUR INHALATION BUCCALE à 50 µG	1 FLACON 200 DOSE	51,40	51,40	32,10	32,10	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118001021437	CORTIS	BECLOMETASONE	SUSPENSION POUR INHALATION BUCCALE à 250 µG	1 FLACON 200 DOSE	58,00	58,00	36,20	36,20	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118001250196	CORTIVENT	BECLOMETASONE	SUSPENSION POUR INHALATION à 50 µG	1 FLACON 200 DOSE	55,00	55,00	34,40	34,40	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001250202	CORTIVENT	BECLOMETASONE	SUSPENSION POUR INHALATION à 250 µG	1 FLACON 200 DOSE	86,50	86,50	54,00	54,00	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118001250219	CORTOFTAL	CLOBETASONE BUTYRATE	COLLYRE à 0.1 %	1 FLACON 5 ML	24,50	24,50	15,30	15,30	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118001080335	CORVASAL	MOLSIDOMINE	COMPRIME SECABLE à 2 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	47,80	47,80	29,90	29,90	ANTIANGOREUX VASODILATEUR	P
6118001160532	COSOPT	DORZOLAMIDE / TIMOLOL	COLLYRE à 20 / 5 MG / MG	60 RECIPIENT 0,2 ML	263,00	263,00	163,90	163,90	ANTI GLAUCOMATEUX	P
6118001160082	COSOPT	DORZOLAMIDE / TIMOLOL	COLLYRE à 20 / 5 MG / MG	1 FLACON 5 ML	164,20	110,70	102,30	69,00	ANTI GLAUCOMATEUX	P
6118000380467	COSTARVAL 160 MG/ 12,5 MG	VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 160 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME	74,10	74,10	46,30	46,30	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000380474	COSTARVAL 160 MG/ 12,5 MG	VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 160 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME	131,40	131,40	82,10	82,10	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000380481	COSTARVAL 160 MG/ 25 MG	VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 160 / 25 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	104,30	104,30	65,20	65,20	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000380498	COSTARVAL 160 MG/ 25 MG	VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 160 / 25 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	186,30	186,30	116,40	116,40	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000380443	COSTARVAL 80 MG/ 12,5 MG	VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 80 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	82,90	82,90	51,80	51,80	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000380450	COSTARVAL 80 MG/ 12,5 MG	VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 80 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	148,00	148,00	92,50	92,50	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000071747	CO-TANZAAR	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 50 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	62,30	62,30	38,90	38,90	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000071761	CO-TANZAAR	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 100 / 25 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	80,00	80,00	50,00	50,00	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000071754	CO-TANZAAR	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 50 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	116,60	116,60	72,90	72,90	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000071778	CO-TANZAAR	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 100 / 25 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	140,00	140,00	87,50	87,50	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118001030521	COTAREG	VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 160 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	203,00	132,40	127,30	82,70	ANTIHYPERTENSEUR	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001030125	COTAREG	VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 80 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME	153,00	148,00	95,60	92,50	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001030132	COTAREG	VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 160 / 25 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME	205,00	186,30	128,60	116,40	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118000041016	COTIPRED	PREDNISOLONE	COMPRIME SECABLE EFFERVESCENT à 20 MG	1 BOITE 20 COMPRIME EFFERVESCENT	48,50	48,50	30,30	30,30	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118000030188	CO-TRIM	SULFAMETHOXAZOLE / TRIMETHOPRIME	SUSPENSION BUVABLE à 200 / 40 MG / MG	1 FLACON 100 ML	21,20	21,20	13,20	13,20	SULFAMIDE	G
6118000030171	CO-TRIM	SULFAMETHOXAZOLE / TRIMETHOPRIME	COMPRIME à 400 / 80 MG / MG	1 BOITE 20 COMPRIME	30,60	30,60	19,10	19,10	SULFAMIDE	G
6118000030195	CO-TRIM FORT	SULFAMETHOXAZOLE / TRIMETHOPRIME	COMPRIME à 800 / 160 MG / MG	1 BOITE 20 COMPRIME	38,00	38,00	23,70	23,70	SULFAMIDE	G
6118000013075	CO-VALSARTAN WIN 160MG/25MG	VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 160 / 25 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	186,30	186,30	116,40	116,40	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000062042	CO-VALSARTAN WIN 160MG/25MG	VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 160 / 25 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	186,30	186,30	116,40	116,40	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000062035	CO-VALSARTAN WIN 80MG/12.5MG	VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 80 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	148,00	148,00	92,50	92,50	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000013068	CO-VALSARTAN WIN 80MG/12.5MG	VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 80 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	148,00	148,00	92,50	92,50	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000023029	CO-VARTEX 160MG/ 12.5MG	VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 160 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME	74,10	74,10	46,30	46,30	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000023036	CO-VARTEX 160MG/ 12.5MG	VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 160 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME	132,40	132,40	82,70	82,70	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000023043	CO-VARTEX 160MG/ 25MG	VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 160 / 25 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME	104,30	104,30	65,20	65,20	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000023050	CO-VARTEX 160MG/ 25MG	VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 160 / 25 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME	186,30	186,30	116,40	116,40	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000023005	CO-VARTEX 80MG/ 12.5MG	VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 80 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME	82,90	82,90	51,80	51,80	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000023012	CO-VARTEX 80MG/ 12.5MG	VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 80 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME	148,00	148,00	92,50	92,50	ANTIHYPERTENSEUR	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000022886	CO-VEPRAN 150 MG/12.5 MG	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 150 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	69,50	69,50	43,40	43,40	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000022893	CO-VEPRAN 150 MG/12.5 MG	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 150 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	134,30	134,30	83,90	83,90	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000022862	CO-VEPRAN 300 MG/12.5 MG	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 300 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	85,00	85,00	53,10	53,10	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000022879	CO-VEPRAN 300 MG/12.5 MG	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 300 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	158,00	158,00	98,70	98,70	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000022848	CO-VEPRAN 300 MG/25 MG	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 300 / 25 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	87,30	87,30	54,60	54,60	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000022855	CO-VEPRAN 300 MG/25 MG	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 300 / 25 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	163,00	163,00	101,90	101,90	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118001130108	COVERAM 10MG/10MG	PERINDOPRIL / AMLODIPINE	COMPRIME à 10 / 10 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME	294,00	294,00	195,90	195,90	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001130092	COVERAM 10MG/5MG	PERINDOPRIL / AMLODIPINE	COMPRIME à 10 / 5 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME	269,00	269,00	178,80	178,80	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001130085	COVERAM 5MG/10MG	PERINDOPRIL / AMLODIPINE	COMPRIME à 5 / 10 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME	237,00	237,00	148,40	148,40	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001130078	COVERAM 5MG/5MG	PERINDOPRIL / AMLODIPINE	COMPRIME à 5 / 5 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME	208,00	208,00	130,30	130,30	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118000100294	COVERSYL	PERINDOPRIL	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	145,90	145,90	91,20	91,20	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	P
6118000100300	COVERSYL	PERINDOPRIL	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	248,00	248,00	155,10	155,10	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	P
6118000082934	CO-VIZARTAN 50 MG/12.5MG	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 50 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	60,60	60,60	37,90	37,90	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000082941	CO-VIZARTAN 50MG/12.5MG	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 50 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	108,30	108,30	67,70	67,70	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000290025	COZAAR	LOSARTAN	COMPRIME ENROBE SECABLE à 50 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	83,70	45,00	52,30	28,10	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	P
6118000290018	COZAAR	LOSARTAN	COMPRIME ENROBE SECABLE à 50 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	149,30	85,00	93,30	53,10	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001160310	COZAAR	LOSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 100 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	250,00	153,00	156,40	95,60	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	P
6118000331087	CO-ZENOVAN 160/ 12.5 MG	VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 160 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	139,80	139,80	87,40	87,40	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000331100	CO-ZENOVAN 160/ 25 MG	VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 160 / 25 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	196,70	196,70	122,90	122,90	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000331063	CO-ZENOVAN 80/ 12.5 MG	VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 80 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	156,30	156,30	97,70	97,70	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118001183111	CRESTOR	ROSUVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	243,00	157,80	151,90	98,60	HYPOLIPEMIANT	P
6118001183104	CRESTOR	ROSUVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	196,20	196,20	122,70	122,70	HYPOLIPEMIANT	P
6118001183128	CRESTOR	ROSUVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	424,00	255,00	281,00	159,60	HYPOLIPEMIANT	P
6118001160105	CRIXIVAN	INDINAVIR	GELULE à 400 MG	1 BOITE 180 GELULE	1043,00	1043,00	765,00	765,00	ANTIVIRAL	P
6118000032458	CRIZEPINE	CARBAMAZEPINE	COMPRIME SECABLE à 200 MG	1 BOITE 50 COMPRIME	56,00	56,00	34,90	34,90	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	G
6118001220014	CRONODINE LP	DILTIAZEM	GELULE LP à 240 MG	1 BOITE 30 GELULE	165,00	165,00	103,10	103,10	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118001220021	CRONODINE LP 120 MG	DILTIAZEM	GELULE LP à 120 MG	1 BOITE 30 GELULE	113,50	113,50	70,90	70,90	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118001180738	CURACNE	ISOTRETINOINE	CAPSULE MOLLE à 5 MG	1 BOITE 30 CAPSULE	123,00	123,00	76,60	76,60	ANTIACNEIQUE	G
6118001180714	CURACNE	ISOTRETINOINE	CAPSULE MOLLE à 10 MG	1 BOITE 30 CAPSULE	209,00	209,00	130,20	130,20	ANTIACNEIQUE	G
6118001180721	CURACNE	ISOTRETINOINE	CAPSULE MOLLE à 20 MG	1 BOITE 30 CAPSULE	344,00	344,00	228,00	228,00	ANTIACNEIQUE	G
6118001183135	CURACNE	ISOTRETINOINE	CAPSULE MOLLE à 40 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	517,00	517,00	342,00	342,00	ANTIACNEIQUE	G
6118000220411	CURAM	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 12 SACHET	88,00	88,00	54,80	54,80	PENICILLINE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000220237	CURAM	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 / 62.5 MG / MG	1 FLACON 60 ML	84,90	84,90	52,90	52,90	PENICILLINE	G
6118000220459	CURAM 1G/125MG	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 16 SACHET	116,00	116,00	72,30	72,30	PENICILLINE	G
6118001260133	CUROSURF 120 MG	FRACTION PHOSPHOLIPIDIQUE	SUSPENSION POUR INSTILLATION ENDOTRACHEO-BRONCHIQUE à 120 MG	1 BOITE 1 FLACON	4499,00	4499,00	4178,00	4178,00	SURFACTANT PULMONAIRE	P
6118001260140	CUROSURF 240 MG	FRACTION PHOSPHOLIPIDIQUE	SUSPENSION POUR INSTILLATION ENDOTRACHEO-BRONCHIQUE à 240 MG	1 BOITE 1 FLACON	8571,00	8571,00	8357,00	8357,00	SURFACTANT PULMONAIRE	P
6118000041153	CURTEC	CETIRIZINE	SOLUTION BUVABLE à 1 MG	1 FLACON 60 ML	20,00	20,00	12,50	12,50	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000040989	CURTEC	CETIRIZINE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 15 COMPRIME SECABLE	50,00	50,00	31,10	31,10	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118001250240	CUSIMOLOL	TIMOLOL	COLLYRE à 0.25 %	1 FLACON 5 ML	34,90	34,90	21,70	21,70	BETABLOQUANT	G
6118001250257	CUSIMOLOL	TIMOLOL	COLLYRE à 0.5 %	1 FLACON 5 ML	40,30	40,30	25,10	25,10	BETABLOQUANT	G
6118001250264	CUSIVIRAL	ACICLOVIR	POMMADE OPHTALMIQUE à 3 %	1 TUBE 4,5 G	85,30	85,30	53,10	53,10	ANTIVIRAL	G
6118001010264	CYCLOMIDE NOVOPHARMA 1000 MG	CYCLOPHOSPHAMIDE	POUDRE POUR USAGE PARENTERAL à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	51,00	51,00	31,90	31,90	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001010257	CYCLOMIDE NOVOPHARMA 500 MG	CYCLOPHOSPHAMIDE	POUDRE POUR USAGE PARENTERAL à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON	34,20	34,20	21,40	21,40	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001070909	CYMBALTA	DULOXETINE	GELULE GASTRO-RESISTANTE à 30 MG	1 BOITE 28 GELULE GASTRO-RESISTANTE	284,00	284,00	177,40	177,40	AUTRE ANTIDEPRESSEUR	P
6118001070916	CYMBALTA	DULOXETINE	GELULE GASTRO-RESISTANTE à 60 MG	1 BOITE 28 GELULE GASTRO-RESISTANTE	496,00	496,00	329,00	329,00	AUTRE ANTIDEPRESSEUR	P
6118001050079	CYMEVENE	GANCICLOVIR	LYOPHILISAT POUR PERFUSION à 500 MG	1 FLACON 10 ML	574,00	574,00	381,00	381,00	ANTIVIRAL	P
6118001200696	CYTARABINE EBEWE	CYTARABINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 100 MG	1 FLACON 5 ML	42,00	42,00	26,20	26,20	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001200689	CYTARABINE EBEWE	CYTARABINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 500 MG	1 FLACON 10 ML	195,00	195,00	121,90	121,90	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000191698	DACLAR GALENICA 60MG	DACLATASVIR	COMPRIME PELLICULE à 60 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	1500,00	1500,00	1235,00	1235,00	ANTIVIRAL	G
6118001200832	DAIVOBET 50µG/0.5MG/G	CALCIPOTRIOL / BETAMETHASONE	POMMADE à 50 / 0.5 µG / MG	1 TUBE 60 G	441,00	441,00	292,00	292,00	ANTIPSORIASIQUE	P
6118001200450	DAIVONEX	CALCIPOTRIOL	SOLUTION POUR APPLICATION LOCALE à 50 µG/ML	1 FLACON 60 ML	251,00	251,00	157,00	157,00	ANTIPSORIASIQUE	P
6118001200467	DAIVONEX	CALCIPOTRIOL	POMMADE à 50 µG/G	1 TUBE 30 G	124,60	124,60	77,70	77,70	ANTIPSORIASIQUE	P
6118001200474	DAIVONEX	CALCIPOTRIOL	CREME à 50 µG/G	1 TUBE 30 G	151,30	151,30	94,20	94,20	ANTIPSORIASIQUE	P
6118000094548	DAKASVIR 60 MG	DACLATASVIR	COMPRIME PELLICULE à 60 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	1549,00	1549,00	1286,00	1286,00	ANTIVIRAL	G
6118001180745	DAKTARIN	MICONAZOLE	GEL BUCCAL à 2 %	1 TUBE 40 G	53,00	53,00	33,00	33,00	ANTIFONGIQUE	P
6118001180752	DANATROL	DANAZOL	GELULE à 200 MG	1 BOITE 40 GELULE	451,00	451,00	298,00	298,00	ANTIGONADOTROPE	P
6118001000210	DANTRON	ONDANSETRON	SOLUTION INJECTABLE à 4 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	68,00	68,00	42,40	42,40	ANTIEMETIQUE	G
6118001000234	DANTRON	ONDANSETRON	SOLUTION INJECTABLE à 8 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	136,00	136,00	84,70	84,70	ANTIEMETIQUE	G
6118001000227	DANTRON	ONDANSETRON	SOLUTION INJECTABLE à 4 MG	1 BOITE 5 AMPOULE INJECTABLE	321,00	321,00	213,00	213,00	ANTIEMETIQUE	G
6118001000241	DANTRON	ONDANSETRON	SOLUTION INJECTABLE à 8 MG	1 BOITE 5 AMPOULE INJECTABLE	643,00	643,00	426,00	426,00	ANTIEMETIQUE	G
6118000060048	DAONIL	GLIBENCLAMIDE	COMPRIME SECABLE à 5 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	25,20	17,10	15,70	10,70	ANTIDIABETIQUES	P
6118000060055	DAONIL	GLIBENCLAMIDE	COMPRIME SECABLE à 5 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	66,30	36,20	41,40	22,60	ANTIDIABETIQUES	P
6118001010011	D-BLASTIN	DAUNORUBICINE	POUDRE POUR PERFUSION à 20 MG	1 BOITE 1 FLACON	126,00	126,00	78,70	78,70	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001320080	D-CURE	CHOLECALCIFEROL (VITAMINE D3)	SOLUTION BUVABLE à 25000 UI	4 AMPOULE 1 ML	56,30	56,30	35,00	35,00	VITAMINES/ELEMENTS MINERAUX	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001320103	D-CURE FORTE 100.000 UI	CHOLECALCIFEROL (VITAMINE D3)	SOLUTION BUVABLE à 100000 UI	3 AMPOULE 1 ML	49,60	49,60	30,90	30,90	VITAMINES/ELEMENTS MINERAUX	G
6118000250142	DEBRIDAT	TRIMEBUTINE	GRANULE POUR SUSPENSION BUVABLE à 0.787 %	1 FLACON 250 ML	31,00	30,80	19,30	19,20	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	P
6118000250135	DEBRIDAT	TRIMEBUTINE	COMPRIME PELLICULE à 100 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	37,80	37,80	23,50	23,50	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	P
6118000290049	DECADRON	DEXAMETHASONE	COMPRIME SECABLE à 0.5 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	20,10	20,10	12,50	12,50	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118000290094	DECADRON	DEXAMETHASONE	COMPRIME SECABLE à 0.5 MG	1 BOITE 40 COMPRIME	33,60	33,60	21,00	21,00	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118001180769	DECAPEPTYL	TRIPTORELINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 0.1 MG	1 BOITE 7 KIT	467,00	467,00	310,00	310,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001180783	DECAPEPTYL LP	TRIPTORELINE	POUDRE POUR SUSPENSION INJECTABLE à 3.75 MG	1 BOITE 1 FLACON + AMPOULE	1456,00	1456,00	1190,00	1190,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001180776	DECAPEPTYL LP	TRIPTORELINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 11.25 MG	1 BOITE 1 FLACON + AMPOULE	3546,00	3546,00	3239,00	3239,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001184392	DECAPEPTYL LP 22,5MG	TRIPTORELINE	POUDRE POUR SUSPENSION INJECTABLE LP à 22,5 MG	1 BOITE 1 FLACON DE POUDRE+AMPOULE DE SOLVANT	6041,00	6041,00	5806,00	5806,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001260157	DELAKET	DELAPRIL	COMPRIME à 30 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	130,00	130,00	81,20	81,20	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001260164	DELAPRIDE	DELAPRIL / INDAPAMIDE	COMPRIME à 30 / 2.5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME	150,00	150,00	93,70	93,70	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001081059	DEPAKINE	VALPROATE DE SODIUM	SOLUTION BUVABLE à 2 %	1 FLACON 40 ML	58,20	58,20	36,20	36,20	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	P
6118000061144	DEPAKINE	VALPROATE DE SODIUM	SIROP à 200 MG/ML	1 FLACON 150 ML	50,80	50,80	31,60	31,60	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	P
6118000061137	DEPAKINE	VALPROATE DE SODIUM	COMPRIME GASTRO-RESISTANT à 200 MG	1 BOITE 40 COMPRIME	43,50	33,00	27,10	20,60	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	P
6118001081066	DEPAKINE	VALPROATE DE SODIUM	COMPRIME GASTRO-RESISTANT à 500 MG	1 BOITE 40 COMPRIME	94,10	70,00	58,60	43,60	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	P
6118001081073	DEPAKINE CHRONO	VALPROATE DE SODIUM	COMPRIME PELLICULE SECABLE A LP à 500 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	113,30	79,30	70,60	49,40	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001170487	DEPO MEDROL	METHYLPREDNISOLONE	SUSPENSION INJECTABLE à 80 MG	1 SERINGUE 2 ML	37,70	37,70	23,50	23,50	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118000210122	DEPRESTAT	SERTRALINE	COMPRIME ENROBE à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME ENROBE	126,80	126,80	79,00	79,00	ANTIDEPRESSEUR	G
6118001140237	DEROXAT	PAROXETINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 20 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	83,70	83,70	52,10	52,10	ANTIDEPRESSEUR	P
6118000021629	DERZOL	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 1 GELULE	23,00	23,00	14,30	14,30	ANTIFONGIQUE	G
6118000021636	DERZOL	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 4 GELULE	72,00	72,00	44,90	44,90	ANTIFONGIQUE	G
6118001102051	DESENIL 10MG	DONEPEZIL	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE GASTRO-RESISTANT	495,00	495,00	328,00	328,00	ANTI-CHOLINESTERASIQUE	G
6118001102068	DESENIL 5MG	DONEPEZIL	COMPRIME PELLICULE à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	296,00	296,00	196,50	196,50	ANTI-CHOLINESTERASIQUE	G
6118001030149	DESFERAL	DEFEROXAMINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 0.5 G	1 BOITE 10 FLACON	633,00	633,00	419,00	419,00	CHELATEURS DU FER	P
6118000340447	DESYAL 5 MG	DES Loratadine	COMPRIME PELLICULE à 5 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	30,40	30,40	18,90	18,90	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000340454	DESYAL 5 MG	DES Loratadine	COMPRIME PELLICULE à 5 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	53,40	53,40	33,30	33,30	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000340461	DESYAL 5 MG	DES Loratadine	COMPRIME PELLICULE à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	79,80	79,80	49,70	49,70	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118001101788	DETENSIEL	BISOPROLOL	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE SECABLE	72,00	72,00	45,00	45,00	BETABLOQUANT	P
6118000280682	DIABALEX 60 MG	GLICLAZIDE	COMPRIME SECABLE LM à 60 MG	1 BOITE 15 COMPRIME	25,00	25,00	15,60	15,60	ANTIDIABETIQUES	G
6118000280699	DIABALEX 60 MG	GLICLAZIDE	COMPRIME SECABLE LM à 60 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	38,00	38,00	23,70	23,70	ANTIDIABETIQUES	G
6118000041283	DIAFORMINE 1000MG	METFORMINE	COMPRIME PELLICULE à 1000 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	21,00	21,00	13,10	13,10	ANTIDIABETIQUES	G
6118000041276	DIAFORMINE 850MG	METFORMINE	COMPRIME PELLICULE à 850 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	18,00	18,00	11,20	11,20	ANTIDIABETIQUES	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001230037	DIALYSE PERITONEALE BIEFFE FORMULE 55	CONCENTRE POUR DIALYSE PERITONEALE	SOLUTION POUR DIALYSE PERITONEALE	1 POCHE 2 L	82,60	82,60			DIALYSE PERITONEALE	P
6118001230020	DIALYSE PERITONEALE BIEFFE FORMULE 62	CONCENTRE POUR DIALYSE PERITONEALE	SOLUTION POUR DIALYSE PERITONEALE	1 POCHE 2 L	82,60	82,60			DIALYSE PERITONEALE	P
6118001230013	DIALYSE PERITONEALE BIEFFE FORMULE 91	CONCENTRE POUR DIALYSE PERITONEALE	SOLUTION POUR DIALYSE PERITONEALE	1 POCHE 2 L	82,60	82,60			DIALYSE PERITONEALE	P
6118000260103	DIALYSOL ACIDE	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTE CONCENTRE	1 BIDON 10 L	144,00	108,80	90,00	68,00	HEMODIALYSE	P
6118000260158	DIALYSOL ACIDE	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTE CONCENTRE	1 BIDON 10 L	144,00	108,80	90,00	68,00	HEMODIALYSE	P
6118000260097	DIALYSOL ACIDE	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTE CONCENTRE	1 BIDON 10 L	144,00	108,80	90,00	68,00	HEMODIALYSE	P
6118000260141	DIALYSOL ACIDE	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTE CONCENTRE	1 BIDON 10 L	144,00	108,80	90,00	68,00	HEMODIALYSE	P
6118000260127	DIALYSOL ACIDE	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTE CONCENTRE	1 BIDON 10 L	144,00	108,80	90,00	68,00	HEMODIALYSE	P
6118000260110	DIALYSOL ACIDE	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTE CONCENTRE	1 BIDON 10 L	144,00	108,80	90,00	68,00	HEMODIALYSE	P
6118000260134	DIALYSOL ACIDE	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTE CONCENTRE	1 BIDON 10 L	144,00	108,80	90,00	68,00	HEMODIALYSE	P
6118000260165	DIALYSOL ACIDE	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTE CONCENTRE	1 BIDON 10 L	144,00	108,80	90,00	68,00	HEMODIALYSE	P
6118000260011	DIALYSOL BICARBONATE	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTE CONCENTRE	1 BIDON 10 L	128,00	108,80	80,00	68,00	HEMODIALYSE	P
6118000260035	DIALYSOL BICARBONATE	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTE CONCENTRE	1 BIDON 10 L	128,00	108,80	80,00	68,00	HEMODIALYSE	P
6118000260028	DIALYSOL BICARBONATE	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTE CONCENTRE	1 BIDON 10 L	128,00	108,80	80,00	68,00	HEMODIALYSE	P
6118000260042	DIALYSOL BICARBONATE	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTE CONCENTRE	1 BIDON 10 L	128,00	108,80	80,00	68,00	HEMODIALYSE	P
6118000260066	DIALYSOL BICARBONATE	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTE CONCENTRE	1 BIDON 10 L	128,00	108,80	80,00	68,00	HEMODIALYSE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000260059	DIALYSOL BICARBONATE	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTE CONCENTRE	1 BIDON 10 L	128,00	108,80	80,00	68,00	HEMODIALYSE	P
6118000260080	DIALYSOL BICARBONATE	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTE CONCENTRE	1 BIDON 10 L	128,00	108,80	80,00	68,00	HEMODIALYSE	P
6118000260073	DIALYSOL BICARBONATE	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTE CONCENTRE	1 BIDON 10 L	128,00	108,80	80,00	68,00	HEMODIALYSE	P
6118001130177	DIAMICRON 60 MG	GLICLAZIDE	COMPRIME LM à 60 MG	1 BOITE 15 COMPRIME	25,00	25,00	15,60	15,60	ANTIDIABETIQUES	P
6118001130160	DIAMICRON 60 MG	GLICLAZIDE	COMPRIME LM à 60 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	44,70	38,00	27,90	23,70	ANTIDIABETIQUES	P
6118001130153	DIAMICRON 60 MG	GLICLAZIDE	COMPRIME LM à 60 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	78,70	78,70	49,20	49,20	ANTIDIABETIQUES	P
6118000100072	DIAMICRON LM	GLICLAZIDE	COMPRIME LM à 30 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	54,30	38,90	33,90	24,30	ANTIDIABETIQUES	P
6118000100089	DIAMICRON LM	GLICLAZIDE	COMPRIME LM à 30 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	89,00	68,50	55,60	42,80	ANTIDIABETIQUES	P
6118000012337	DIAMOX	ACETAZOLAMIDE	COMPRIME SECABLE à 250 MG	1 BOITE 24 COMPRIME	19,00	19,00	11,80	11,80	INHIBITEUR DE L'ANHYDRASE CARBONIQUE	P
6118000090267	DIAPHARM	DIAZEPAM	SOLUTION INJECTABLE à 10 MG	1 BOITE 5 AMPOULE INJECTABLE	39,80	39,80	26,30	26,30	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	G
6118000092841	DIAPHARM	DIAZEPAM	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 40 COMPRIME	14,00	14,00	8,70	8,70	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	G
6118000091363	DICLO PHARMA 5	DICLOFENAC	SOLUTION INJECTABLE à 75 MG	1 BOITE 2 AMPOULE INJECTABLE	15,00	15,00	9,30	9,30	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000091202	DICLO PHARMA 5	DICLOFENAC	SOLUTION INJECTABLE à 75 MG	1 BOITE 6 AMPOULE INJECTABLE	41,80	41,80	26,00	26,00	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000090281	DICLO PHARMA 5	DICLOFENAC	COMPRIME GASTRO-RESISTANT à 50 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	32,40	32,40	20,20	20,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000090274	DICLO PHARMA 5	DICLOFENAC	SUPPOSITOIRE à 100 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	27,50	27,50	17,20	17,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000092858	DICLO PHARMA 5 RETARD	DICLOFENAC	COMPRIME ENROBE à 100 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	61,80	61,80	38,50	38,50	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000050766	DICLOBERL	DICLOFENAC	SOLUTION INJECTABLE à 75 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	9,70	9,70	6,00	6,00	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000050735	DICLOBERL	DICLOFENAC	COMPRIME GASTRO-RESISTANT à 50 MG	1 BOITE 20 COMPRIME GASTRO-RESISTANT	32,10	32,10	20,00	20,00	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000050742	DICLOBERL	DICLOFENAC	SUPPOSITOIRE à 100 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	30,10	30,10	18,70	18,70	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118001101948	DICLOCED 1MG/ML	DICLOFENAC	COLLYRE à 1 MG	1 FLACON 10 ML	68,00	68,00	42,40	42,40	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000013136	DICLOFENAC WIN 50 MG	DICLOFENAC	COMPRIME ENROBE GASTRO-RESISTANT à 50 MG	1 BOITE 20 COMPRIME ENROBE GASTRO-RESISTANT	28,30	28,30	17,60	17,60	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000062059	DICLOFENAC WIN 50 MG	DICLOFENAC	COMPRIME ENROBE GASTRO-RESISTANT à 50 MG	1 BOITE 20 COMPRIME ENROBE GASTRO-RESISTANT	28,30	28,30	17,60	17,60	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000130093	DICLOMAX	DICLOFENAC	GELULE LP à 100 MG	1 BOITE 10 GELULE	30,80	30,80	19,20	19,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000130086	DICLOMAX	DICLOFENAC	GELULE LP à 75 MG	1 BOITE 20 GELULE	51,00	51,00	31,80	31,80	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000130277	DICLOMAX	DICLOFENAC	COMPRIME GASTRO-RESISTANT à 50 MG	1 BOITE 20 COMPRIME GASTRO-RESISTANT	28,30	28,30	17,60	17,60	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000130260	DICLOMAX	DICLOFENAC	COMPRIME GASTRO-RESISTANT à 25 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	18,00	18,00	11,20	11,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000093961	DICLOPHARM	DICLOFENAC	COMPRIME ENROBE à 25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	26,20	26,20	16,30	16,30	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118001081080	DICYNONE	ETAMSYLATE	SOLUTION INJECTABLE à 250 MG	6 AMPOULE 2 ML	30,20	30,20	18,80	18,80	HEMOSTATIQUE GENERAL	P
6118000061168	DICYNONE	ETAMSYLATE	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	36,70	36,70	22,90	22,90	HEMOSTATIQUE GENERAL	P
6118000061175	DICYNONE	ETAMSYLATE	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	57,00	57,00	35,50	35,50	HEMOSTATIQUE SYSTEMIQUE	P
6118000190370	DIFAL	DICLOFENAC	SOLUTION INJECTABLE à 75 MG	1 BOITE 2 AMPOULE INJECTABLE	15,90	15,90	9,90	9,90	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000190387	DIFAL	DICLOFENAC	SOLUTION INJECTABLE à 75 MG	1 BOITE 5 AMPOULE INJECTABLE	39,80	39,80	24,80	24,80	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000190332	DIFAL	DICLOFENAC	COMPRIME ENROBE à 25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	24,80	24,80	15,50	15,50	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000190349	DIFAL	DICLOFENAC	COMPRIME ENROBE à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	44,20	44,20	27,50	27,50	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000190356	DIFAL	DICLOFENAC	SUPPOSITOIRE à 25 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	11,90	11,90	7,40	7,40	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000190363	DIFAL	DICLOFENAC	SUPPOSITOIRE à 100 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	32,40	32,40	20,20	20,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118001070220	DIFFU-K	CHLORURE DE POTASSIUM	GELULE à 600 MG	1 BOITE 40 GELULE	33,30	33,30	20,70	20,70	SUPPLEMENTATION POTASSIQUE	G
6118000250159	DIFLUCAN	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 1 GELULE	57,50	33,00	35,80	20,60	ANTIFONGIQUE	P
6118000250166	DIFLUCAN	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 4 GELULE	188,70	114,00	117,60	71,00	ANTIFONGIQUE	P
6118000250180	DIFLUCAN	FLUCONAZOLE	GELULE à 50 MG	1 BOITE 7 GELULE	180,90	136,00	112,70	84,70	ANTIFONGIQUE	P
6118001340118	DIF-TET-ALL VACCIN	VACCIN D.T	PREPARATION INJECTABLE	1 BOITE 10 DOSE	23,00	23,00			VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	G
6118000020684	DIGESTINE	METOCLOPRAMIDE	GELULE à 16 MG	1 BOITE 30 GELULE	46,00	46,00	28,70	28,70	ANTIEMETIQUE	G
6118001040124	DIGOXINE NATIVELLE	DIGOXINE	SOLUTION BUvable à 5 %	1 FLACON 60 ML	22,60	22,60	14,10	14,10	CARDIOTONIQUE	P
6118001040117	DIGOXINE NATIVELLE	DIGOXINE	COMPRIME SECABLE à 0.25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	25,00	25,00	15,60	15,60	CARDIOTONIQUE	P
6118000022718	DIGREL 75 MG	CLOPIDOGREL	COMPRIME PELLICULE à 75 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	110,50	110,50	69,00	69,00	ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE	G
6118000022725	DIGREL 75 MG	CLOPIDOGREL	COMPRIME PELLICULE à 75 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	199,40	199,40	124,60	124,60	ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE	G
6118000031307	DI-INDO	INDOMETACINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	64,50	27,80	40,20	17,30	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000032366	DI-INDO	INDOMETACINE	COMPRIME EFFERVESCENT à 25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	65,00	27,80	40,50	17,30	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000031314	DHINDO	INDOMETACINE	GELULE à 25 MG	1 BOITE 30 GELULE	67,60	27,80	42,10	17,30	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000031321	DHINDO	INDOMETACINE	SUPPOSITOIRE à 50 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	52,00	23,50	32,40	14,60	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000031338	DHINDO	INDOMETACINE	SUPPOSITOIRE à 100 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	60,40	38,20	37,60	23,80	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118001101597	DILATOR	SALBUTAMOL	SOLUTION POUR INHALATION PAR NEBULISEUR à 2.5 MG	1 BOITE 10 RECIPIENT	41,20	41,20	25,70	25,70	BRONCHODILATEUR	G
6118001101603	DILATOR	SALBUTAMOL	SOLUTION POUR INHALATION PAR NEBULISEUR à 2.5 MG	1 BOITE 20 RECIPIENT	73,40	73,40	45,90	45,90	BRONCHODILATEUR	G
6118001101610	DILATOR	SALBUTAMOL	SOLUTION POUR INHALATION PAR NEBULISEUR à 2.5 MG	1 BOITE 60 RECIPIENT	167,40	167,40	104,60	104,60	BRONCHODILATEUR	G
6118001101474	DILATOR ECOSPRAY	SALBUTAMOL	SUSPENSION POUR INHALATION à 100 µG	1 FLACON 300 DOSE	55,00	55,00	34,40	34,40	BRONCHODILATEUR	G
6118001050086	DILATREND	CARVEDILOL	COMPRIME à 6.25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	73,50	49,50	45,90	30,90	BETABLOQUANT	P
6118001050093	DILATREND	CARVEDILOL	COMPRIME à 25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	152,50	116,90	95,30	73,10	BETABLOQUANT	P
6118000071570	DILOVAC	CARVEDILOL	COMPRIME SECABLE à 6.25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	31,20	31,20	19,50	19,50	BETABLOQUANT	G
6118000071587	DILOVAC	CARVEDILOL	COMPRIME SECABLE à 25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	72,80	72,80	45,50	45,50	BETABLOQUANT	G
6118000180333	DILRENE LP	DILTIAZEM	GELULE LP à 300 MG	1 BOITE 30 GELULE	139,20	139,20	87,00	87,00	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118001100729	DINEX	DIDANOSINE	COMPRIME A CROQUER OU DISPERSIBLE à 100 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	204,00	204,00	127,60	127,60	ANTIVIRAL	G
6118000071112	DIPICOR	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	53,00	53,00	33,10	33,10	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000071136	DIPICOR	AMLODIPINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	80,50	80,50	50,30	50,30	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000071129	DIPICOR	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	99,00	99,00	61,90	61,90	INHIBITEUR CALCIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000071143	DIPICOR	AMLODIPINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	159,20	159,20	99,50	99,50	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000041092	DIPREZAR	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 50 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME	126,00	126,00	78,70	78,70	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000041658	DIPREZAR 50MG/12.5 MG	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 50 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME	126,00	126,00	78,70	78,70	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000041665	DIPREZAR 50MG/12.5 MG	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 50 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 90 COMPRIME	327,00	327,00	217,00	217,00	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000041108	DIPREZAR FORT	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 100 / 25 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME	231,00	231,00	144,40	144,40	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000041672	DIPREZAR FORT 100MG/25 MG	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 100 / 25 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME	186,00	186,00	116,20	116,20	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000041689	DIPREZAR FORT 100MG/25 MG	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 100 / 25 MG / MG	1 BOITE 90 COMPRIME	479,00	479,00	318,00	318,00	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118001150120	DIPROLENE 0.05%	BETAMETHASONE	POMMADE à 0.05 %	1 TUBE 15 G	23,90	16,80	14,90	10,50	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118001150793	DIPROLENE 0.05%	BETAMETHASONE	CREME à 0.05 %	1 TUBE 15 G	23,90	16,80	14,90	10,50	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118000050209	DIPROSONE	BETAMETHASONE	CREME à 0.05 %	1 TUBE 15 G	17,30	16,80	10,80	10,50	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118000051121	DIPROSONE	BETAMETHASONE	POMMADE à 0.05 %	1 TUBE 15 G	24,20	16,80	15,10	10,50	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118000050223	DIPROSONE	BETAMETHASONE	POMMADE à 0.05 %	1 TUBE 30 G	32,50	32,50	20,20	20,20	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118000050216	DIPROSONE	BETAMETHASONE	CREME à 0.05 %	1 TUBE 30 G	32,50	32,50	20,20	20,20	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118001150137	DIPROSTONE	BETAMETHASONE	SUSPENSION INJECTABLE à 5 MG	1 BOITE 1 SERINGUE PREREMPLIE	56,60	56,60	35,20	35,20	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118000040224	DISORLON	ISOSORBIDE DINITRATE	GELULE LP à 20 MG	1 BOITE 60 GELULE LP	47,20	47,20	29,50	29,50	ANTIANGOREUX VASODILATEUR	G
6118000140184	DISPAMOX	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 FLACON 100 ML	25,40	25,40	15,80	15,80	PENICILLINE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000140191	DISPAMOX	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 100 ML	33,60	33,60	21,00	21,00	PENICILLINE	G
6118000140207	DISPAMOX	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 MG	1 FLACON 100 ML	52,00	52,00	32,40	32,40	PENICILLINE	G
6118000140146	DISPAMOX	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 1 G	1 BOITE 14 COMPRIME	64,10	64,10	40,00	40,00	PENICILLINE	G
6118000140153	DISPAMOX	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 1 G	1 BOITE 24 COMPRIME	96,80	96,80	60,30	60,30	PENICILLINE	G
6118000140160	DISPAMOX	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 500 MG	1 BOITE 12 COMPRIME	34,60	34,60	21,50	21,50	PENICILLINE	G
6118000140979	DISPAMOX 125 MG	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 FLACON 60 ML	12,60	12,60	7,80	7,80	PENICILLINE	G
6118000140986	DISPAMOX 250 MG	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 60 ML	18,00	18,00	11,20	11,20	PENICILLINE	G
6118000140993	DISPAMOX 500 MG	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 MG	1 FLACON 60 ML	28,00	28,00	17,40	17,40	PENICILLINE	G
6118000240303	DIURIMAT	INDAPAMIDE	COMPRIME à 2.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	52,00	52,00	32,50	32,50	DIURETIQUE	G
6118000242055	DIURIMAT 1.5 MG LP	INDAPAMIDE	COMPRIME PELLICULE LP à 1.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	32,50	32,50	20,30	20,30	DIURETIQUE	G
6118001260195	DIVARIUS 20 MG	PAROXETINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 20 MG	1 BOITE 14 COMPRIME SECABLE	83,70	83,70	52,10	52,10	ANTIDEPRESSEUR	G
6118001260188	DIVARIUS 20 MG	PAROXETINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 20 MG	1 BOITE 28 COMPRIME SECABLE	147,20	147,20	91,70	91,70	ANTIDEPRESSEUR	G
6118001271269	DIVIDO	DICLOFENAC	GELULE A LP à 75 MG	1 BOITE 10 GELULE LP	29,20	29,20	18,20	18,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118001271146	DIVIDO	DICLOFENAC	GELULE A LP à 75 MG	1 BOITE 20 GELULE LP	52,20	52,20	32,50	32,50	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118001230099	DOBUTAMINE AGUETTANT 250 MG	DOBUTAMINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 250 MG	1 BOITE 10 FLACON	1463,00	1463,00	1197,00	1197,00	SYMPATHOMIMETIQUE	G
6118001230426	DOBUTAMINE AGUETTANT 250MG/20ML	DOBUTAMINE	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 250 MG	10 AMPOULE 20 ML	802,00	802,00	533,00	533,00	SYMPATHOMIMETIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001020218	DOBUTAMINE MYLAN	DOBUTAMINE	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 250 MG	1 BOITE 10 FLACON	1463,00	1463,00	1197,00	1197,00	SYMPATHOMIMETIQUE	G
6118001100927	DOCETAXEL COOPER 20 MG	DOCETAXEL	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 20 MG	1 FLACON 0,5 ML	821,00	821,00	546,00	546,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001100934	DOCETAXEL COOPER 80 MG	DOCETAXEL	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 80 MG	1 FLACON 2 ML	2521,00	2521,00	2183,00	2183,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001251247	DOCETAXEL HOSPIRA 10 MG/ML	DOCETAXEL	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 20 MG	1 FLACON 2 ML	800,00	800,00	531,00	531,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001251254	DOCETAXEL HOSPIRA 10 MG/ML	DOCETAXEL	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 80 MG	1 FLACON 8 ML	1952,00	1952,00	1701,00	1701,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001251261	DOCETAXEL HOSPIRA 10 MG/ML	DOCETAXEL	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 160 MG	1 FLACON 16 ML	3209,00	3209,00	2892,00	2892,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001300631	DOCETAXEL SUN 20 MG/0.5 ML	DOCETAXEL	CONCENTRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION à 20 MG	1 FLACON 5 ML	800,00	800,00	531,60	531,60	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001300648	DOCETAXEL SUN 80 MG/2 ML	DOCETAXEL	CONCENTRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION à 80 MG	1 FLACON 15 ML	2466,00	2466,00	2127,00	2127,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001183661	DOCEWIN 20 MG/0.5 ML	DOCETAXEL	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 20 MG	1 FLACON 0,5 ML	800,00	800,00	532,00	532,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001183678	DOCEWIN 80 MG/2 ML	DOCETAXEL	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 80 MG	1 FLACON 2 ML	2467,00	2467,00	2128,00	2128,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118000061625	DOGMATIL	SULPIRIDE	SOLUTION INJECTABLE à 100 MG	6 AMPOULE 2 ML	28,00	28,00	17,50	17,50	NEUROLEPTIQUE	P
6118000012153	DOGMATIL	SULPIRIDE	SOLUTION BUVABLE à 0.5 G/100ML	1 FLACON 125 ML	16,30	16,30	10,20	10,20	NEUROLEPTIQUE	P
6118001081097	DOGMATIL	SULPIRIDE	COMPRIME SECABLE à 200 MG	1 BOITE 12 COMPRIME	57,10	57,10	35,60	35,60	NEUROLEPTIQUE	P
6118000061199	DOGMATIL	SULPIRIDE	GELULE à 50 MG	1 BOITE 20 GELULE	32,90	29,50	20,50	18,40	NEUROLEPTIQUE	P
6118000161073	DOLFENE	IBUPROFENE	GELULE à 300 MG	1 BOITE 15 GELULE	34,10	34,10	22,50	22,50	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000040965	DOLI PEDIATRIQUE	PARACETAMOL	SOLUTION BUVABLE à 3 %	1 FLACON 90 ML	17,50	17,50	10,90	10,90	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000040248	DOLIPRANE	PARACETAMOL	POUDRE POUR SOLUTION BUVABLE à 100 MG	1 BOITE 12 SACHET	8,60	8,00	5,40	5,00	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P
6118000040255	DOLIPRANE	PARACETAMOL	POUDRE POUR SOLUTION BUVABLE à 150 MG	1 BOITE 12 SACHET	9,70	9,00	6,00	5,60	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P
6118000040262	DOLIPRANE	PARACETAMOL	POUDRE POUR SOLUTION BUVABLE à 200 MG	1 BOITE 12 SACHET	11,20	11,20	7,00	7,00	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P
6118000040279	DOLIPRANE	PARACETAMOL	POUDRE POUR SOLUTION BUVABLE à 300 MG	1 BOITE 12 SACHET	12,80	12,80	8,00	8,00	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P
6118000040330	DOLIPRANE	PARACETAMOL	POUDRE POUR SOLUTION BUVABLE à 500 MG	1 BOITE 12 SACHET	14,40	14,30	9,00	8,90	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P
6118000040361	DOLIPRANE	PARACETAMOL	COMPRIME EFFERVESCENT à 1 G	1 BOITE 8 COMPRIME	15,80	15,00	9,80	9,30	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P
6118000040972	DOLIPRANE	PARACETAMOL	COMPRIME SECABLE à 1 G	1 BOITE 10 COMPRIME	14,00	14,00	8,70	8,70	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P
6118000040958	DOLIPRANE	PARACETAMOL	COMPRIME ORODISPERSIBLE à 500 MG	1 BOITE 12 COMPRIME ORODISPERSIBLE	16,00	16,00	10,00	10,00	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P
6118000040354	DOLIPRANE	PARACETAMOL	COMPRIME EFFERVESCENT à 500 MG	1 BOITE 16 COMPRIME	15,80	15,30	9,80	9,50	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P
6118000040378	DOLIPRANE	PARACETAMOL	GELULE à 500 MG	1 BOITE 16 GELULE	15,30	15,30	9,50	9,50	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P
6118000040347	DOLIPRANE	PARACETAMOL	COMPRIME SECABLE à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	10,30	10,20	6,40	6,40	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P
6118000040323	DOLIPRANE	PARACETAMOL	SUPPOSITOIRE à 1 G	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	14,40	14,40	9,00	9,00	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P
6118000040286	DOLIPRANE	PARACETAMOL	SUPPOSITOIRE à 100 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	8,60	8,00	5,40	5,00	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P
6118000040293	DOLIPRANE	PARACETAMOL	SUPPOSITOIRE à 150 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	9,70	9,00	6,00	5,60	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P
6118000040309	DOLIPRANE	PARACETAMOL	SUPPOSITOIRE à 200 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	11,70	10,20	7,30	6,40	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P
6118000040316	DOLIPRANE	PARACETAMOL	SUPPOSITOIRE à 300 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	12,80	12,80	8,00	8,00	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000081586	DOLMAX F.T. 125	PARACETAMOL	COMPRIME ORODISPERSIBLE à 125 MG	1 BOITE 12 COMPRIME	14,00	14,00	8,70	8,70	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000081609	DOLMAX F.T. 500	PARACETAMOL	COMPRIME ORODISPERSIBLE à 500 MG	1 BOITE 12 COMPRIME ORODISPERSIBLE	16,00	16,00	10,00	10,00	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000092971	DOLOSTOP	PARACETAMOL	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 100 MG	1 BOITE 12 SACHET	8,00	8,00	5,00	5,00	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000092957	DOLOSTOP	PARACETAMOL	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 150 MG	1 BOITE 12 SACHET	9,00	9,00	5,60	5,60	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000092919	DOLOSTOP	PARACETAMOL	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 200 MG	1 BOITE 12 SACHET	11,20	11,20	7,00	7,00	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000092889	DOLOSTOP	PARACETAMOL	SUSPENSION BUVABLE à 300 MG	1 BOITE 12 SACHET	12,80	12,80	8,00	8,00	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000092988	DOLOSTOP	PARACETAMOL	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 100 MG	1 BOITE 24 SACHET	14,10	14,10	8,80	8,80	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000092964	DOLOSTOP	PARACETAMOL	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 150 MG	1 BOITE 24 SACHET	15,80	15,80	9,80	9,80	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000092926	DOLOSTOP	PARACETAMOL	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 200 MG	1 BOITE 24 SACHET	19,70	19,70	12,30	12,30	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000092872	DOLOSTOP	PARACETAMOL	SUSPENSION BUVABLE à 300 MG	1 BOITE 24 SACHET	22,50	22,50	14,08	14,08	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000093015	DOLOSTOP	PARACETAMOL	COMPRIME à 1 G	1 BOITE 8 COMPRIME	10,60	10,60	6,60	6,60	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000093022	DOLOSTOP	PARACETAMOL	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	10,20	10,20	6,40	6,40	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000093008	DOLOSTOP	PARACETAMOL	SUPPOSITOIRE à 100 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	8,00	8,00	5,00	5,00	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000092940	DOLOSTOP	PARACETAMOL	SUPPOSITOIRE à 150 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	9,00	9,00	5,60	5,60	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000093039	DOLOSTOP	PARACETAMOL	SUPPOSITOIRE à 80 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	9,70	9,70	6,00	6,00	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000092902	DOLOSTOP	PARACETAMOL	SUPPOSITOIRE à 200 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	10,20	10,20	6,40	6,40	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000093954	DOLOSTOP	PARACETAMOL	SUPPOSITOIRE à 300 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	12,80	12,80	8,00	8,00	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000092995	DOLOSTOP	PARACETAMOL	SUPPOSITOIRE à 100 MG	1 BOITE 100 SUPPOSITOIRE	51,70	51,70	32,20	32,20	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000092933	DOLOSTOP	PARACETAMOL	SUPPOSITOIRE à 150 MG	1 BOITE 100 SUPPOSITOIRE	53,30	53,30	33,20	33,20	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000092896	DOLOSTOP	PARACETAMOL	SUPPOSITOIRE à 200 MG	1 BOITE 100 SUPPOSITOIRE	54,90	54,90	34,20	34,20	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000094173	DOLOSTOP 1000 MG	PARACETAMOL	COMPRIME EFFERVESCENT à 1 G	1 TUBE 8 COMPRIME EFFERVESCENT	14,80	14,80	9,20	9,20	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000094180	DOLOSTOP 500 MG	PARACETAMOL	COMPRIME EFFERVESCENT à 500 MG	1 TUBE 16 COMPRIME EFFERVESCENT	14,50	14,50	9,00	9,00	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000093053	DOLOSTOP PEDIATRIQUE 2.4 %	PARACETAMOL	SOLUTION BUVABLE à 2.4 G/100ML	1 BOITE 60 ML	12,20	12,20	7,60	7,60	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000093046	DOLOSTOP PEDIATRIQUE 2.4 %	PARACETAMOL	SOLUTION BUVABLE à 2.4 G/100ML	1 BOITE 90 ML	16,60	16,60	10,30	10,30	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000400097	DOLPINE 10MG	AMLODIPINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	76,00	76,00	47,50	47,50	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000400103	DOLPINE 10MG	AMLODIPINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	145,90	145,90	91,20	91,20	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000400073	DOLPINE 5MG	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	53,00	53,00	33,10	33,10	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000400080	DOLPINE 5MG	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	95,30	95,30	59,60	59,60	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000092230	DONTOGYL	SPIRAMYCINE / METRONIDAZOLE	COMPRIME PELLICULE à 0.75 / 125 MUI / MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	77,00	77,00	48,00	48,00	ANTIBACTERIEN	G
6118000091226	DONTOMYCINE	SPIRAMYCINE	COMPRIME PELLICULE à 3 MUI	1 BOITE 10 COMPRIME	69,50	69,50	43,30	43,30	MACROLIDE	G
6118000091219	DONTOMYCINE	SPIRAMYCINE	COMPRIME PELLICULE à 1.5 MUI	1 BOITE 16 COMPRIME	49,50	49,50	30,80	30,80	MACROLIDE	G
6118001071678	DONZEP 10 MG	DONEPEZIL	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	506,00	506,00	335,00	335,00	ANTI-CHOLINESTERASIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001071661	DONZEP 5 MG	DONEPEZIL	COMPRIME PELLICULE à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	328,00	328,00	217,00	217,00	ANTI-CHOLINESTERASIQUE	G
6118001180820	DOPAMINE PIERRE FABRE	DOPAMINE	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 200 MG	20 AMPOULE 5 ML	733,00	733,00	487,00	487,00	SYMPATHOMIMETIQUE	P
6118001180837	DOPAMINE PIERRE FABRE	DOPAMINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 50 MG	50 AMPOULE 10 ML	519,00	519,00	344,00	344,00	SYMPATHOMIMETIQUE	P
6118001300129	DOPEZIL RANBAXY	DONEPEZIL	COMPRIME PELLICULE à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	328,00	328,00	217,00	217,00	ANTI-CHOLINESTERASIQUE	G
6118001300136	DOPEZIL RANBAXY	DONEPEZIL	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	506,00	506,00	335,00	335,00	ANTI-CHOLINESTERASIQUE	G
6118001050710	DORMICUM	MIDAZOLAM	SOLUTION INJECTABLE à 5 MG/5ML	10 AMPOULE 5 ML	194,80	126,40	121,40	78,70	HYPNOTIQUE ET SEDATIF	P
6118001120437	DOSTINEX	CABERGOLINE	COMPRIME à 0.5 MG	1 BOITE 2 COMPRIME	156,60	156,60	97,60	97,60	ANTIPROLACTINE	P
6118001120444	DOSTINEX	CABERGOLINE	COMPRIME à 0.5 MG	1 BOITE 8 COMPRIME	401,00	401,00	266,00	266,00	ANTIPROLACTINE	P
6118000070375	DOXICAN	TENOXICAM	GELULE à 20 MG	1 BOITE 10 GELULE	44,00	44,00	27,40	27,40	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000070382	DOXICAN	TENOXICAM	GELULE à 20 MG	1 BOITE 20 GELULE	77,50	77,50	48,30	48,30	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000070399	DOXICAN	TENOXICAM	SUPPOSITOIRE à 20 MG	1 BOITE 6 SUPPOSITOIRE	40,00	40,00	24,90	24,90	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118001101672	DOXORUBICINE COOPER	DOXORUBICINE	LYOPHILISAT POUR PERFUSION à 10 MG	1 FLACON 10 ML	93,00	93,00	58,10	58,10	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001101689	DOXORUBICINE COOPER	DOXORUBICINE	LYOPHILISAT POUR PERFUSION à 50 MG	1 FLACON 50 ML	429,00	429,00	285,00	285,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001200399	DOXORUBICINE EBWE	DOXORUBICINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 10 MG	1 BOITE 1 FLACON	74,00	74,00	46,20	46,20	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001200405	DOXORUBICINE EBWE	DOXORUBICINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 50 MG	1 BOITE 1 FLACON	313,00	313,00	208,00	208,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118000032397	DOXYMYCINE	DOXYCYCLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 100 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	42,00	42,00	26,20	26,20	TETRACYCLINE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000032410	DOXYMYCINE	DOXYCYCLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 200 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	70,00	70,00	43,60	43,60	TETRACYCLINE	G
6118000032403	DOXYMYCINE	DOXYCYCLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 100 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	110,00	110,00	68,50	68,50	TETRACYCLINE	G
6118001010028	D-RUBICIN-10	DOXORUBICINE	POUDRE POUR PERFUSION à 10 MG	1 BOITE 1 FLACON	95,30	95,30	59,60	59,60	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001010035	D-RUBICIN-50	DOXORUBICINE	POUDRE POUR PERFUSION à 50 MG	1 BOITE 1 FLACON	412,00	412,00	273,00	273,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001151653	DULOPIHI 30 MG	DULOXETINE	GELULE GASTRO-RESISTANTE à 30 MG	1 BOITE 30 GELULE GASTRO-RESISTANTE	160,00	160,00	99,70	99,70	AUTRE ANTIDEPRESSEUR	G
6118001151660	DULOPIHI 60 MG	DULOXETINE	GELULE GASTRO-RESISTANTE à 60 MG	1 BOITE 30 GELULE GASTRO-RESISTANTE	280,00	280,00	174,70	174,70	AUTRE ANTIDEPRESSEUR	G
6118001080342	DULTAVAX	VACCIN D.T.P	SUSPENSION INJECTABLE	1 SERINGUE 0,5 ML	127,00	127,00	79,10	79,10	VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P
6118001071340	DUOTRAV	TRAVOPROST / TIMOLOL	COLLYRE à 40 / 5 µG / MG	1 FLACON 2,5 ML	255,00	255,00	158,90	158,90	ANTIGLAUCOMATEUX	P
6118001100743	DUOVIR	LAMIVUDINE / ZIDOVUDINE	COMPRIME PELLICULE à 150 / 300 MG / MG	1 BOITE 60 COMPRIME	166,30	166,30	103,90	103,90	ANTIVIRAL	G
6118000010500	DUPHASTON	DYDROGESTERONE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 10 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	47,70	47,70	29,70	29,70	PROGESTATIF	P
6118000010517	DUPHASTON	DYDROGESTERONE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 10 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	90,80	90,80	56,60	56,60	PROGESTATIF	P
6118000090298	DURESAN	FUROSEMIDE	SOLUTION INJECTABLE à 20 MG	1 AMPOULE 2 ML	5,60	5,60	3,50	3,50	DIURETIQUE	G
6118000090304	DURESAN	FUROSEMIDE	COMPRIME à 40 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	18,30	18,30	11,50	11,50	DIURETIQUE	G
6118001180882	DUROGESIC	FENTANYL	DISPOSITIF TRANSDERMIQUE à 25 µG/H	1 BOITE 5 PATCH	269,00	269,00	168,20	168,20	ANALGESIQUE OPIOIDE	P
6118001180899	DUROGESIC	FENTANYL	DISPOSITIF TRANSDERMIQUE à 50 µG/H	1 BOITE 5 PATCH	459,00	459,00	304,00	304,00	ANALGESIQUE OPIOIDE	P
6118001180905	DUROGESIC	FENTANYL	DISPOSITIF TRANSDERMIQUE à 75 µG/H	1 BOITE 5 PATCH	671,00	671,00	444,00	444,00	ANALGESIQUE OPIOIDE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001180875	DUROGESIC	FENTANYL	DISPOSITIF TRANSDERMIQUE à 100 µg/H	1 BOITE 5 PATCH	842,00	842,00	557,00	557,00	ANALGESIQUE OPIOIDE	P
6118000010531	DUSPATALIN	MEBEVERINE	GELULE à 200 MG	1 BOITE 20 GELULE	54,00	54,00	33,70	33,70	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	P
6118001200443	EBETAXEL	PACLITAXEL	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 30 MG	1 FLACON 5 ML	590,00	590,00	392,00	392,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001200429	EBETAXEL	PACLITAXEL	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 150 MG	1 FLACON 25 ML	2317,00	2317,00	1973,00	1973,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001200412	EBETAXEL	PACLITAXEL	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 300 MG	1 FLACON 50 ML	2069,00	2069,00	1821,00	1821,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001200436	EBETAXEL	PACLITAXEL	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 100 MG	1 FLACON 16,7 ML	1115,00	1115,00	839,00	839,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
	ECOCLAV 100 MG /12.5 MG	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 100 / 12.5 MG / MG	1 FLACON 30 ML	38,00	38,00	23,70	23,70	PENICILLINE	G
	ECOCLAV 100 MG/12.5 MG	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 100 / 12.5 MG / MG	1 FLACON 60 ML	63,00	63,00	39,20	39,20	PENICILLINE	G
6118000242260	ECOCLAV 1G/125MG	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 12 SACHET DOSE	87,90	87,90	54,80	54,80	PENICILLINE	G
6118000242277	ECOCLAV 1G/125MG	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 16 SACHET DOSE	115,90	115,90	72,20	72,20	PENICILLINE	G
6118000242284	ECOCLAV 500MG/62.5MG	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 / 62.5 MG / MG	1 BOITE 12 SACHET DOSE	57,90	57,90	36,10	36,10	PENICILLINE	G
6118000242291	ECOCLAV 500MG/62.5MG	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 / 62.5 MG / MG	1 BOITE 16 SACHET DOSE	77,80	77,80	48,50	48,50	PENICILLINE	G
6118001100750	EFAVIR	EFAVIRENZ	GELULE à 200 MG	1 BOITE 30 GELULE	60,50	60,50	37,80	37,80	ANTIVIRAL	G
6118001100767	EFAVIR	EFAVIRENZ	GELULE à 600 MG	1 BOITE 30 GELULE	136,10	136,10	85,10	85,10	ANTIVIRAL	G
6118000140245	EFDOL	PARACETAMOL	SUPPOSITOIRE à 80 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	8,70	8,70	5,40	5,40	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000140238	EFDOL	PARACETAMOL	SUPPOSITOIRE à 200 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	10,20	10,20	6,40	6,40	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000140535	EFFDOL	PARACETAMOL	SUPPOSITOIRE à 350 MG	1 BOITE 12 SUPPOSITOIRE	10,20	10,20	6,40	6,40	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000030935	EFFERALGAN	PARACETAMOL	SOLUTION BUvable à 3 %	1 FLACON 90 ML	18,80	17,50	11,70	10,90	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P
6118000030911	EFFERALGAN	PARACETAMOL	COMPRIME EFFERVESCENT à 500 MG	1 BOITE 16 COMPRIME	15,90	15,30	9,90	9,50	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P
6118001182831	EFFEXOR	VENLAFAXINE	GELULE LP à 37.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	179,30	94,00	111,70	58,60	ANTIDEPRESSEUR	P
6118001182824	EFFEXOR	VENLAFAXINE	COMPRIME à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	106,70	106,70	66,50	66,50	ANTIDEPRESSEUR	P
6118001182817	EFFEXOR	VENLAFAXINE	COMPRIME à 25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	109,00	109,00	72,10	72,10	ANTIDEPRESSEUR	P
6118000031376	EFFIPRED	PREDNISOLONE	SOLUTION BUvable à 1 MG	1 FLACON 50 ML	21,60	21,60	13,50	13,50	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118000031369	EFFIPRED	PREDNISOLONE	COMPRIME EFFERVESCENT à 20 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	58,40	58,40	36,50	36,50	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118000031352	EFFIPRED	PREDNISOLONE	COMPRIME EFFERVESCENT à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	28,00	28,00	17,50	17,50	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118000180364	EFICAL	CALCIUM	SOLUTION BUvable à 1 G	1 BOITE 10 AMPOULE BUvable	25,20	25,20	15,70	15,70	ELEMENT MINERAL	P
6118000180357	EFICAL	CALCIUM	SOLUTION BUvable à 1 G	1 BOITE 30 AMPOULE BUvable	59,90	29,00	37,30	18,10	ELEMENT MINERAL	P
6118000180340	EFICAL	CALCIUM	SIROP à 1 G	1 FLACON 150 ML	29,00	29,00	18,10	18,10	ELEMENT MINERAL	P
6118000082903	EFLOXIN	LEVOFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 500 MG	1 BOITE 7 COMPRIME PELLICULE SECABLE	95,00	95,00	59,20	59,20	FLUOROQUINOLONE	G
6118001250271	ELEBLOC	CARTEOLOL	COLLYRE à 1 %	1 FLACON 5 ML	37,90	37,90	23,60	23,60	BETABLOQUANT	G
6118001250288	ELEBLOC	CARTEOLOL	COLLYRE à 2 %	1 FLACON 5 ML	40,30	40,30	25,10	25,10	BETABLOQUANT	G
6118001182688	ELISOR	PRAVASTATINE	COMPRIME SECABLE à 20 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	414,90	157,70	274,50	98,60	HYPOLIPEMIANT	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001081530	ELOXATINE 5 MG/ML	OXALIPLATINE	POUDRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION à 50 MG	1 BOITE 1 FLACON 10 ML	1203,00	1203,00	929,00	929,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001081547	ELOXATINE 5 MG/ML	OXALIPLATINE	POUDRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION à 100 MG	1 BOITE 1 FLACON 20 ML	2206,00	2206,00	1859,00	1859,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001081646	ELOXATINE 5 MG/ML	OXALIPLATINE	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 200 MG	1 BOITE 1 FLACON 40 ML	2882,00	2882,00	2555,00	2555,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001081110	ELOXATINE 5 MG/ML	OXALIPLATINE	POUDRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION à 50 MG	1 FLACON 36 ML	1203,00	1049,00	929,00	771,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001081103	ELOXATINE 5 MG/ML	OXALIPLATINE	POUDRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION à 100 MG	1 FLACON 50 ML	2206,00	1468,00	1859,00	1203,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001072118	ELOZOLE 2,5 MG	LETROZOLE	COMPRIME PELLICULE à 2.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	712,00	712,00	473,00	473,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001181001	ELVORINE	FOLINATE DE CALCIUM	PREPARATION INJECTABLE à 25 MG	1 BOITE 1 FLACON	48,60	48,60	30,40	30,40	AGENT DETOXIFIANT EN CHIMIOTHERAPIE	P
6118001181018	ELVORINE	FOLINATE DE CALCIUM	PREPARATION INJECTABLE à 50 MG	1 BOITE 1 FLACON	93,40	93,40	58,40	58,40	AGENT DETOXIFIANT EN CHIMIOTHERAPIE	P
6118001180967	ELVORINE	FOLINATE DE CALCIUM	PREPARATION INJECTABLE à 100 MG	1 BOITE 1 FLACON	182,20	107,50	113,90	67,20	AGENT DETOXIFIANT EN CHIMIOTHERAPIE	P
6118001180981	ELVORINE	FOLINATE DE CALCIUM	PREPARATION INJECTABLE à 175 MG	1 BOITE 1 FLACON	316,00	316,00	210,00	210,00	AGENT DETOXIFIANT EN CHIMIOTHERAPIE	P
6118000330073	ENALAPRIL /HCTZ GT	ENALAPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME SECABLE à 20 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 20 COMPRIME SECABLE	47,60	47,60	29,70	29,70	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000330080	ENALAPRIL /HCTZ GT	ENALAPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME SECABLE à 20 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	71,50	71,50	44,70	44,70	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118001170975	ENBREL 25 MG	ETANERCEPT	SOLUTION INJECTABLE à 25 MG	1 COFFRET 4 SERINGUE PREREMPLIE	5195,00	5195,00	4892,00	4892,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	P
6118001290086	ENCIFER 100MG/5ML	FER	SOLUTION INJECTABLE POUR PERFUSION à 100 / 5 MG/ML	1 AMPOULE 5 ML	61,20	61,20	40,50	40,50	ANTI ANEMIQUE	G
6118000380627	ENCORATE 200 MG	VALPROATE DE SODIUM	COMPRIME à 200 MG	1 BOITE 40 COMPRIME	33,00	33,00	20,60	20,60	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	G
6118000380610	ENCORATE 500 MG	VALPROATE DE SODIUM	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 40 COMPRIME	70,00	70,00	43,60	43,60	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001121038	ENDOXAN 1 G	CYCLOPHOSPHAMIDE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE IV à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	89,40	51,00	55,90	31,90	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001120031	ENDOXAN 200 MG	CYCLOPHOSPHAMIDE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE IV à 200 MG	1 BOITE 10 FLACON	184,30	184,30	115,20	115,20	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001120024	ENDOXAN 50 MG	CYCLOPHOSPHAMIDE	COMPRIME ENROBE à 50 MG	1 BOITE 50 COMPRIME ENROBE	87,20	87,20	54,50	54,50	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001121021	ENDOXAN 500 MG	CYCLOPHOSPHAMIDE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE IV à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON	56,10	34,20	35,10	21,40	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001140244	ENGERIX-B 10 µG	ANTIGENE DE SURFACE DE L'HEPATITE B	SUSPENSION INJECTABLE à 20 µG/ML	1 BOITE 1 SERINGUE PREREMPLIE	80,00	56,00	49,80	34,90	VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P
6118001140251	ENGERIX-B 20µG	ANTIGENE DE SURFACE DE L'HEPATITE B	SUSPENSION INJECTABLE à 20 µG/ML	1 BOITE 1 SERINGUE PREREMPLIE	180,00	117,00	112,10	72,90	VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P
6118001200719	EPIRUBICINE EBEWE 2MG/ML	EPIRUBICINE	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 50 / 25 MG/ML	1 BOITE 1 FLACON	325,00	325,00	216,00	216,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001200702	EPIRUBICINE EBEWE 2ML/ML	EPIRUBICINE	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 10 / 5 MG/ML	1 BOITE 1 FLACON	74,00	74,00	46,50	46,50	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001021468	EPIRUBICINE MYLAN 2 MG/ML	EPIRUBICINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 10 / 5 MG/ML	1 BOITE 1 FLACON	74,40	74,40	46,50	46,50	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001021451	EPIRUBICINE MYLAN 2 MG/ML	EPIRUBICINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 50 / 25 MG/ML	1 BOITE 1 FLACON	325,00	325,00	216,00	216,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001140268	EPIVIR	LAMIVUDINE	SOLUTION BUvable à 10 MG	1 FLACON 240 ML	532,00	532,00	353,00	353,00	ANTIVIRAL	P
6118001140275	EPIVIR	LAMIVUDINE	COMPRIME PELLICULE à 150 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	1588,00	162,00	1326,00	101,20	ANTIVIRAL	P
6118001010059	EPOTIN	ERYTHROPOIETINE HUMAINE	SOLUTION INJECTABLE à 2000 UI	10 FLACON 1 ML	2741,00	2741,00	2373,00	2373,00	ANTI-ANEMIQUE	G
6118001010042	EPOTIN	ERYTHROPOIETINE HUMAINE	SOLUTION INJECTABLE à 4000 UI	10 FLACON 1 ML	4412,00	4412,00	4088,00	4088,00	ANTI-ANEMIQUE	G
6118001181087	EPREX 10000 UI/ML	EPOETINE ALFA	SOLUTION INJECTABLE à 3000 UI	6 SERINGUE PREREMPLIE 0,3 ML	1792,00	1792,00	1510,00	1510,00	ANTI-ANEMIQUE	P
6118001181094	EPREX 10000 UI/ML	EPOETINE ALFA	SOLUTION INJECTABLE à 4000 UI	6 SERINGUE PREREMPLIE 0,4 ML	2374,00	2374,00	1997,00	1997,00	ANTI-ANEMIQUE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001181049	EPREX 10000 UI/ML	EPOETINE ALFA	SOLUTION INJECTABLE à 10000 UI	6 SERINGUE PREREMPLIE 1 ML	5419,00	2930,00	5122,00	2568,00	ANTIANEMIQUE	P
6118001181032	EPREX 2000 UI/ML	EPOETINE ALFA	SOLUTION INJECTABLE à 1000 UI	6 SERINGUE PREREMPLIE 0,5 ML	821,00	821,00	543,00	543,00	ANTIANEMIQUE	P
6118001181063	EPREX 4000 UI/ML	EPOETINE ALFA	SOLUTION INJECTABLE à 2000 UI	6 SERINGUE PREREMPLIE 0,5 ML	1381,00	1381,00	1087,00	1087,00	ANTIANEMIQUE	P
6118000010593	EQUANIL	MEPROBAMATE	SOLUTION INJECTABLE à 400 MG	10 AMPOULE 5 ML	54,00	54,00	33,70	33,70	NEUROLEPTIQUE	P
6118001000197	EQUORAL	CICLOSPORINE	SOLUTION BUVABLE à 100 MG	1 FLACON 50 ML	1736,00	1736,00	1452,00	1452,00	IMMUNOSUPPESSEUR	G
6118001000135	EQUORAL	CICLOSPORINE	CAPSULE MOLLE à 25 MG	1 BOITE 30 CAPSULE	338,00	338,00	224,00	224,00	IMMUNOSUPPESSEUR	G
6118001000159	EQUORAL	CICLOSPORINE	CAPSULE MOLLE à 50 MG	1 BOITE 30 CAPSULE	699,00	699,00	463,00	463,00	IMMUNOSUPPESSEUR	G
6118001000173	EQUORAL	CICLOSPORINE	CAPSULE MOLLE à 100 MG	1 BOITE 30 CAPSULE	1110,00	1110,00	810,00	810,00	IMMUNOSUPPESSEUR	G
6118001000142	EQUORAL	CICLOSPORINE	CAPSULE MOLLE à 25 MG	1 BOITE 50 CAPSULE	544,00	544,00	360,00	360,00	IMMUNOSUPPESSEUR	G
6118001000166	EQUORAL	CICLOSPORINE	CAPSULE MOLLE à 50 MG	1 BOITE 50 CAPSULE	1063,00	1063,00	762,00	762,00	IMMUNOSUPPESSEUR	G
6118001000180	EQUORAL	CICLOSPORINE	CAPSULE MOLLE à 100 MG	1 BOITE 50 CAPSULE	1638,00	1638,00	1351,00	1351,00	IMMUNOSUPPESSEUR	G
6118000140948	ERACID	CLARITHROMYCINE	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	79,60	79,60	49,60	49,60	MACROLIDE	G
6118000140931	ERACID	CLARITHROMYCINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	139,50	139,50	86,90	86,90	MACROLIDE	G
6118000181040	ERAXIN	LEVOFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 7 COMPRIME PELLICULE	112,00	112,00	69,80	69,80	FLUOROQUINOLONE	G
6118000181057	ERAXIN	LEVOFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	160,00	160,00	99,70	99,70	FLUOROQUINOLONE	G
6118001101979	ERBITUX 5 MG/ML	CETUXIMAB	SOLUTION POUR PERFUSION à 5 MG/ML	1 FLACON 20 ML	2331,00	2331,00	1988,00	1988,00	ANTINEOPLASIQUE ET IMMUNOMODULATEUR	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001101962	ERBITUX 5 MG/ML	CETUXIMAB	SOLUTION POUR PERFUSION à 5 MG/ML	1 FLACON 100 ML	10899,00	10899,00	10693,00	10693,00	ANTINEOPLASIQUE ET IMMUNOMODULATEUR	P
6118000180852	ERLUS 5 MG	DES Loratadine	COMPRIME PELLICULE à 5 MG	1 BOITE 7 COMPRIME PELLICULE	22,00	22,00	13,70	13,70	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000180869	ERLUS 5 MG	DES Loratadine	COMPRIME PELLICULE à 5 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	41,80	41,80	26,00	26,00	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000180876	ERLUS 5 MG	DES Loratadine	COMPRIME PELLICULE à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	74,60	74,60	46,50	46,50	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000240310	ERY 125 MG	ERYTHROMYCINE	GRANULE POUR SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 BOITE 24 SACHET	40,00	40,00	24,90	24,90	MACROLIDE	G
6118000240327	ERY 250 MG	ERYTHROMYCINE	GRANULE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 BOITE 24 SACHET	63,50	63,50	39,60	39,60	MACROLIDE	G
6118000240334	ERY 500 MG	ERYTHROMYCINE	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	90,50	90,50	56,40	56,40	MACROLIDE	G
6118000010661	ERYTHROCINE	ERYTHROMYCINE	GRANULE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 MG	1 BOITE 12 SACHET	47,60	42,50	29,70	26,50	MACROLIDE	P
6118000010647	ERYTHROCINE	ERYTHROMYCINE	GRANULE POUR SOLUTION BUVABLE à 500 MG	1 FLACON 60 ML	42,50	42,50	26,50	26,50	MACROLIDE	P
6118000022770	ESCIPILEX	ESCITALOPRAM	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 10 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE SECABLE	71,80	71,80	44,70	44,70	ANTIDEPRESSEUR	G
6118000022794	ESCIPILEX	ESCITALOPRAM	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 20 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE SECABLE	98,70	98,70	61,50	61,50	ANTIDEPRESSEUR	G
6118000022787	ESCIPILEX	ESCITALOPRAM	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE SECABLE	126,00	126,00	78,50	78,50	ANTIDEPRESSEUR	G
6118000022800	ESCIPILEX	ESCITALOPRAM	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 20 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE SECABLE	180,10	180,10	112,20	112,20	ANTIDEPRESSEUR	G
6118000220084	ESIDREX	HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME SECABLE à 25 MG	1 BOITE 20 COMPRIME SECABLE	30,60	30,60	19,10	19,10	DIURETIQUE	P
6118000033219	ESOMYK	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 1 GELULE	14,40	14,40	9,00	9,00	ANTIFONGIQUE	G
6118000033226	ESOMYK	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 4 GELULE	50,00	50,00	31,10	31,10	ANTIFONGIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000033233	ESOMYK	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 8 GELULE	88,00	88,00	54,80	54,80	ANTIFONGIQUE	G
6118001170111	ESTRACYT	ESTRAMUSTINE	GELULE à 140 MG	1 BOITE 100 GELULE	1471,00	1471,00	1206,00	1206,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001101436	ETOPOSIDE COOPER	ETOPOSIDE	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 100 MG	1 BOITE 1 FLACON	118,00	118,00	73,70	73,70	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001101429	ETOPOSIDE COOPER	ETOPOSIDE	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 100 MG	1 BOITE 5 FLACON	529,00	529,00	352,00	352,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001101696	ETOPOSIDE COOPER	ETOPOSIDE	CAPSULE à 50 MG	1 BOITE 4 CAPSULE			190,00	190,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001101702	ETOPOSIDE COOPER	ETOPOSIDE	CAPSULE à 50 MG	1 BOITE 10 CAPSULE			425,00	425,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001200481	ETOPOSIDE EBEWE	ETOPOSIDE	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 20 MG	1 FLACON 5 ML	118,00	118,00	73,70	73,70	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001200498	ETOPOSIDE EBEWE	ETOPOSIDE	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 20 MG	1 FLACON 2,5 ML	62,00	62,00	38,70	38,70	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001020225	ETOPOSIDE MYLAN 20 MG/ML	ETOPOSIDE	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 20 MG	10 FLACON 5 ML	1013,00	1013,00	734,00	734,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001020232	ETOPOSIDE MYLAN 20 MG/ML	ETOPOSIDE	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 20 MG	10 FLACON 10 ML	1465,00	1465,00	1200,00	1200,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001150144	EULEXINE	FLUTAMIDE	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	283,00	283,00	188,40	188,40	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001101986	EUPANTOL 20 MG	PANTOPRAZOLE	COMPRIME GASTRO-RESISTANT à 20 MG	1 BOITE 28 COMPRIME GASTRO-RESISTANT	198,00	198,00	123,40	123,40	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	P
6118001101993	EUPANTOL 40 MG	PANTOPRAZOLE	COMPRIME GASTRO-RESISTANT à 40 MG	1 BOITE 14 COMPRIME GASTRO-RESISTANT	175,80	100,00	109,50	62,30	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	P
6118001000395	EUVAX B 10 µG/0.5 ML	ANTIGENE DE SURFACE DE L'HEPATITE B	SUSPENSION INJECTABLE à 20 µG/ML	1 BOITE 1 FLACON	56,00	56,00	34,90	34,90	VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	G
6118001000456	EUVAX B 100 µG/ 5 ML	ANTIGENE DE SURFACE DE L'HEPATITE B	SUSPENSION INJECTABLE à 20 µG/ML	1 BOITE 1 FLACON	436,00	436,00	289,00	289,00	VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	G
6118001000425	EUVAX B 20 µG/1 ML	ANTIGENE DE SURFACE DE L'HEPATITE B	SUSPENSION INJECTABLE à 20 µG/ML	1 BOITE 1 FLACON	117,00	117,00	72,90	72,90	VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001000487	EUVAX B 200 µG/10 ML	ANTIGENE DE SURFACE DE L'HEPATITE B	SUSPENSION INJECTABLE à 20 µG/ML	1 BOITE 1 FLACON	741,00	741,00	491,00	491,00	VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	G
6118000340478	EVOX 500MG	LEVOFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 5 COMPRIME PELLICULE	75,10	75,10	46,80	46,80	FLUOROQUINOLONE	G
6118000340485	EVOX 500MG	LEVOFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 7 COMPRIME PELLICULE	100,10	100,10	62,40	62,40	FLUOROQUINOLONE	G
6118000340492	EVOX 500MG	LEVOFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	135,00	135,00	84,10	84,10	FLUOROQUINOLONE	G
6118001081127	EXACYL	ACIDE TRANEXAMIQUE	SOLUTION INJECTABLE à 0.5 G	1 BOITE 5 AMPOULE	44,40	44,40	27,70	27,70	ANTIHÉMORRAGIQUE	P
6118000061236	EXACYL	ACIDE TRANEXAMIQUE	SOLUTION BUvable à 1 G	1 BOITE 5 AMPOULE	37,40	37,40	23,40	23,40	ANTIHÉMORRAGIQUE	P
6118000061243	EXACYL	ACIDE TRANEXAMIQUE	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	28,30	28,30	17,70	17,70	ANTIHÉMORRAGIQUE	P
6118000061250	EXACYL	ACIDE TRANEXAMIQUE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	53,20	53,20	33,20	33,20	ANTIHÉMORRAGIQUE	P
6118001030866	EXELON PATCH 10	RIVASTIGMINE	DISPOSITIF TRANSDERMIQUE à 18 MG	1 BOITE 30 PATCH	911,00	911,00	604,00	604,00	ANTI-CHOLINESTERASIQUE	P
6118001030859	EXELON PATCH 5	RIVASTIGMINE	DISPOSITIF TRANSDERMIQUE à 9 MG	1 BOITE 30 PATCH	867,00	867,00	574,00	574,00	ANTI-CHOLINESTERASIQUE	P
6118001030590	EXFORGE 10 MG/160 MG	AMLODIPINE / VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 10 / 160 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	190,60	190,60	119,10	119,10	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001030606	EXFORGE 10 MG/160 MG	AMLODIPINE / VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 10 / 160 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	361,00	361,00	240,00	240,00	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001030552	EXFORGE 5 MG / 160 MG	AMLODIPINE / VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 5 / 160 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	190,60	190,60	119,10	119,10	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001030569	EXFORGE 5 MG/160 MG	AMLODIPINE / VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 5 / 160 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	361,00	361,00	240,00	240,00	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001030576	EXFORGE 5 MG/80 MG	AMLODIPINE / VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 5 / 80 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	156,20	156,20	97,60	97,60	INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118001030583	EXFORGE 5 MG/80 MG	AMLODIPINE / VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 5 / 80 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	296,00	296,00	196,90	196,90	INHIBITEUR CALCIQUE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001030897	EXFORGE HCT 10MG/160MG/12.5MG	AMLODIPINE / VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 10/160/12.5 MG / MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	361,00	361,00	240,00	240,00	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	P
6118001030903	EXFORGE HCT 10MG/160MG/25MG	AMLODIPINE / VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 10/160/25 MG / MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	361,00	361,00	240,00	240,00	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	P
6118001030989	EXFORGE HCT 5MG/160MG/12.5MG	AMLODIPINE / VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 5/160/12.5 MG / MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	361,00	361,00	240,00	240,00	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	P
6118001030972	EXFORGE HCT 5MG/160MG/25MG	AMLODIPINE / VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 5/160/25 MG / MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	361,00	361,00	240,00	240,00	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	P
6118001030613	EXJADE	DEFERASIROX	COMPRIME DISPERSIBLE à 125 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	1778,00	1778,00	1495,00	1495,00	CHELATEURS DU FER	P
6118001030620	EXJADE	DEFERASIROX	COMPRIME DISPERSIBLE à 250 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	3050,00	3050,00	2691,00	2691,00	CHELATEURS DU FER	P
6118001030637	EXJADE	DEFERASIROX	COMPRIME DISPERSIBLE à 500 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	5149,00	5149,00	4844,00	4844,00	CHELATEURS DU FER	P
6118001030477	EXOCINE	OFLOXACINE	COLLYRE à 0.3 %	1 FLACON 5 ML	40,40	40,40	25,20	25,20	FLUOROQUINOLONE	P
6118000280101	EXPANDOL	PARACETAMOL	COMPRIME EFFERVESCENT à 500 MG	1 BOITE 16 COMPRIME	14,50	14,50			ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000060369	EXTENCILLINE	BENZATHINE BENZYL PENICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION INJECTABLE à 0.6 MUI	1 BOITE 1 FLACON	10,20	8,80	6,40	5,50	PENICILLINE	P
6118000060352	EXTENCILLINE	BENZATHINE BENZYL PENICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION INJECTABLE à 1.2 MUI	1 BOITE 1 FLACON	12,30	10,70	7,70	6,70	PENICILLINE	P
6118001230754	FACTANE 100 UI/ML	FACTEUR VIII	POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE à 100 UI / ML	1 BOITE 1 FLACON DE POUDRE + 10 ML DE SOLVANT	5939,00	5939,00	5655,00	5655,00	FACTEUR SANGUIN DE LA COAGULATION	P
6118001230761	FACTANE 100 UI/ML	FACTEUR VIII	POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE à 100 UI / ML	1 BOITE 1 FLACON DE POUDRE + 2.5 ML DE SOLVANT	1806,00	1806,00	1524,00	1524,00	FACTEUR SANGUIN DE LA COAGULATION	P
6118001230747	FACTANE 100 UI/ML	FACTEUR VIII	POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE à 100 UI / ML	1 BOITE 1 FLACON DE POUDRE + 5 ML DE SOLVANT	3109,00	3109,00	2752,00	2752,00	FACTEUR SANGUIN DE LA COAGULATION	P
	FACTEUR IX DE COAGULATION HUMAIN-CNTS 1000 UI/ 20 ML	FACTEUR IX	POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE à 50 UI / ML	1 BOITE 1 FLACON DE POUDRE + FLACON DE SOLVANT	3920,00	3920,00	3920,00	3920,00	FACTEUR DE COAGULATION	P
	FACTEUR IX DE COAGULATION HUMAIN-CNTS 500 UI/ 10 ML	FACTEUR IX	POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE à 50 UI / ML	1 BOITE 1 FLACON DE POUDRE + FLACON DE SOLVANT	1970,00	1970,00	1970,00	1970,00	FACTEUR DE COAGULATION	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
	FACTEUR VIII DE COAGULATION HUMAIN-CNTS 100 UI/ml- 1000 UI/10 ML	FACTEUR VIII	POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE à 100 UI / ML	1 BOITE 1 FLACON DE POUDRE + FLACON DE SOLVANT	2950,00	2950,00	2950,00	2950,00	FACTEUR SANGUIN DE LA COAGULATION	P
	FACTEUR VIII DE COAGULATION HUMAIN-CNTS 100 UI/ml- 500 UI/ 5 ML	FACTEUR VIII	POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE à 100 UI / ML	1 BOITE 1 FLACON DE POUDRE + FLACON DE SOLVANT	2300,00	2300,00	2300,00	2300,00	FACTEUR SANGUIN DE LA COAGULATION	P
6118001270941	FACTIVE 320 MG	MESYLATE DE GEMIFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 320 MG	1 BOITE 5 COMPRIME PELLICULE	213,00	213,00	133,00	133,00	FLUOROQUINOLONE	P
6118001270958	FACTIVE 320 MG	MESYLATE DE GEMIFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 320 MG	1 BOITE 7 COMPRIME PELLICULE	282,00	282,00	187,30	187,30	FLUOROQUINOLONE	P
6118001170128	FARLUTAL	MEDROXYPROGESTERONE	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	867,00	867,00	574,00	574,00	HORMONOTHERAPIE	P
6118000090311	FARMODOXI	DOXYCYCLINE	COMPRIME à 100 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	23,40	23,40	14,60	14,60	TETRACYCLINE	G
6118000090328	FARMODOXI	DOXYCYCLINE	COMPRIME à 200 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	39,80	39,80	24,80	24,80	TETRACYCLINE	G
6118001170135	FARMORUBICINE	EPIRUBICINE	POUDRE POUR PERFUSION à 10 / 5 MG/ML	1 BOITE 1 FLACON	110,10	74,40	68,80	46,50	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001170142	FARMORUBICINE	EPIRUBICINE	POUDRE POUR PERFUSION à 50 / 25 MG/ML	1 BOITE 1 FLACON	495,00	325,00	329,00	216,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118000250593	FASIGYNE	TINIDAZOLE	COMPRIME ENROBE à 500 MG	1 BOITE 4 COMPRIME	25,40	21,10	15,80	13,20	NITRO-IMIDAZOLE	P
6118000250609	FASIGYNE	TINIDAZOLE	COMPRIME ENROBE à 500 MG	1 BOITE 12 COMPRIME	66,30	66,30	41,30	41,30	NITRO-IMIDAZOLE	P
6118000120346	FAZOL	ISOCONAZOLE	CREME à 2 %	1 TUBE 20 G	24,40	24,40	15,20	15,20	ANTIFONGIQUE	P
6118000120353	FAZOL G	ISOCONAZOLE	OVULE à 300 MG	1 BOITE 3 OVULE	46,30	46,30	28,80	28,80	ANTIFONGIQUE	P
6118001251346	FEIBA 1000UI/20ML	FACTEUR VIII	POUDRE POUR PERFUSION à 50 UI / ML	1 BOITE 1 FLACON DE POUDRE + 20 ML DE SOLVANT	6925,00	6925,00	6668,00	6668,00	FACTEUR SANGUIN DE LA COAGULATION	P
6118001251339	FEIBA 500UI/20ML	FACTEUR VIII	POUDRE POUR PERFUSION à 25 UI / ML	1 BOITE 1 FLACON DE POUDRE + 20 ML DE SOLVANT	3675,00	3675,00	3332,00	3332,00	FACTEUR SANGUIN DE LA COAGULATION	P
6118000250210	FELDENE	PIROXICAM	COMPRIME DISPERSIBLE à 20 MG	1 BOITE 5 COMPRIME	22,50	22,50	14,00	14,00	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000250616	FELDENE	PIROXICAM	COMPRIME DISPERSIBLE à 20 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	41,70	41,70	26,00	26,00	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	P
6118000250203	FELDENE	PIROXICAM	GELULE à 20 MG	1 BOITE 15 GELULE	59,80	43,90	37,20	29,00	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	P
6118000250197	FELDENE	PIROXICAM	GELULE à 10 MG	1 BOITE 20 GELULE	44,30	44,30	27,60	27,60	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	P
6118001170159	FELDENE FAST	PIROXICAM	COMPRIME SUBLINGUAL à 20 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	49,60	41,70	30,90	26,00	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	P
6118001170166	FELDENE FAST	PIROXICAM	COMPRIME SUBLINGUAL à 20 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	78,90	78,90	49,10	17,50	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	P
6118001030187	FEMARA	LETROZOLE	COMPRIME PELLICULE à 2.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	1021,00	713,00	742,00	474,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001300457	FEMOLET 2.5MG	LETROZOLE	COMPRIME PELLICULE à 2.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	713,00	713,00	474,00	474,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118000240372	FENAC	DICLOFENAC	COMPRIME GASTRO-RESISTANT à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME GASTRO-RESISTANT	44,10	44,10	27,50	27,50	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	G
6118000240365	FENAC PROMOPHARM	DICLOFENAC	COMPRIME à 25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	26,00	26,00	16,20	16,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	G
6118000240358	FENAC PROMOPHARM	DICLOFENAC	SUPPOSITOIRE à 100 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	30,10	30,10	18,70	18,70	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	G
6118001070695	FENOGAL	FENOFIBRATE	GELULE à 200 MG	1 BOITE 30 GELULE	110,00	110,00	68,70	68,70	HYPOLIPEMIANT	G
6118001071760	FENOSUP LIDOSE 160 MG	FENOFIBRATE	GELULE à 160 MG	1 BOITE 30 GELULE	115,70	115,70	72,30	72,30	HYPOLIPEMIANT	G
6118001330218	FER SP 20MG/ML	FER	SOLUTION POUR PERFUSION à 100 / 5 MG/ML	5 AMPOULE 5 ML	244,00	244,00	152,50	152,50	ANTIANEMIQUE	G
6118000020196	FER UCB	FER	SOLUTION BUvable à 50 MG	12 AMPOULE 5 ML	32,20	32,20	20,10	20,10	ANTIANEMIQUE	G
6118001360031	FERMED 100MG/5ML	FER	SOLUTION INJECTABLE POUR PERFUSION à 100 / 5 MG/ML	5 AMPOULE 5 ML	255,00	255,00	158,90	158,90	ANTIANEMIQUE	G
6118001181131	FERO-GRAD FOLIC	SULFATE FERREUX / ACIDE FOLIQUE	COMPRIME ENROBE à 105 / 350 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME	55,40	55,40			ANTIANEMIQUE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001181148	FERO-GRAD VIT C 500	SULFATE FERREUX / ACIDE ASCORBIQUE (VITAMINE C)	COMPRIME ENROBE à 105 / 500 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME	41,50	41,50			ANTIANEMIQUE	P
6118001220366	FERPLEX 40 MG/15 ML	FER	SOLUTION BUVABLE à 40 MG	1 BOITE 10 FLACON	60,00	60,00	39,70	39,70	ANTIANEMIQUE	P
6118001440016	FERPLEX 40 MG/15 ML	FER	SOLUTION BUVABLE à 40 MG	1 BOITE 10 FLACON	60,00	60,00	39,70	39,70	ANTIANEMIQUE	P
6118001250646	FERRIPROX	DEFERIPRONE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 500 MG	1 BOITE 100 COMPRIME PELLICULE SECABLE	2551,00	2551,00	2178,00	2178,00	CHELATEURS DU FER	P
6118001070701	FIBROCARD LP	VERAPAMIL	GELULE LP à 240 MG	1 BOITE 30 GELULE	81,00	81,00	50,60	50,60	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118001070718	FIBROCARD LP	VERAPAMIL	GELULE LP à 180 MG	1 BOITE 30 GELULE	100,00	100,00	62,50	62,50	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000012511	FLAGENTYL	SECNIDAZOLE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 500 MG	1 BOITE 4 COMPRIME	61,80	61,80	38,50	38,50	ANTIPARASITAIRE	P
6118000060406	FLAGYL	METRONIDAZOLE	OVULE à 500 MG	1 BOITE 10 OVULE	36,30	29,60	22,60	18,50	NITRO-IMIDAZOLE	P
6118001080359	FLAGYL	METRONIDAZOLE	SOLUTION POUR PERFUSION à 500 MG	25 POCHE 100 ML	938,00	846,00	621,00	560,00	ANTIAMBIEN ANTIBIOTIQUE NITRO-5 IMIDAZOLE	P
6118000060390	FLAGYL	METRONIDAZOLE	SUSPENSION BUVABLE à 4 %	1 FLACON 120 ML	32,90	24,50	20,50	15,30	NITRO-IMIDAZOLE	P
6118000060079	FLAGYL	METRONIDAZOLE	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	25,10	21,10	15,60	13,20	NITRO-IMIDAZOLE	P
6118000060062	FLAGYL	METRONIDAZOLE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	49,80	39,90	31,00	24,90	ANTIAMBIEN ANTIBIOTIQUE NITRO-5 IMIDAZOLE	P
6118000071648	FLAMIX 15MG	MELOXICAM	COMPRIME à 15 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	60,90	60,90	37,90	37,90	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000071631	FLAMIX 7.5MG	MELOXICAM	COMPRIME à 7.5 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	36,20	36,20	22,50	22,50	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118001181179	FLECAINE	FLECAINIDE	COMPRIME SECABLE à 100 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	104,20	104,20	65,10	65,10	ANTIARYTHMIQUE	P
6118000093176	FLEXEN	KETOPROFENE	SOLUTION INJECTABLE à 100 MG	1 BOITE 2 AMPOULE INJECTABLE	16,30	16,30	10,20	10,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000093169	FLEXEN	KETOPROFENE	SOLUTION INJECTABLE à 100 MG	1 BOITE 6 AMPOULE INJECTABLE	40,80	40,80	25,40	25,40	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000090342	FLEXEN	KETOPROFENE	CAPSULE MOLLE à 50 MG	1 BOITE 20 CAPSULE	28,20	28,20	17,60	17,60	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000091714	FLEXEN	KETOPROFENE	SUPPOSITOIRE à 100 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	31,80	31,80	19,80	19,80	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000091431	FLEXEN IM	KETOPROFENE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 100 MG	1 BOITE 6 FLACON DE LYOPHILISAT+AMPOULE DE SOLVANT	56,60	56,60	35,30	35,30	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000091233	FLEXEN IV	KETOPROFENE	POUDRE POUR USAGE PARENTERAL à 100 MG	6 FLACON 2 ML	40,80	40,80	25,40	25,40	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118001141678	FLIXONASE	FLUTICASONE	SUSPENSION NASALE à 50 µG	1 FLACON 60 DOSE	69,20	69,20	43,10	43,10	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118001140299	FLIXONASE	FLUTICASONE	SUSPENSION NASALE à 50 µG	1 FLACON 120 DOSE	123,60	123,60	77,00	77,00	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118001140329	FLIXOTIDE	FLUTICASONE	SUSPENSION POUR INHALATION à 125 µG	1 FLACON 60 DOSE	125,00	125,00	78,10	78,10	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118001140336	FLIXOTIDE	FLUTICASONE	SUSPENSION POUR INHALATION à 250 µG	1 FLACON 60 DOSE	150,00	150,00	93,70	93,70	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118001140312	FLIXOTIDE	FLUTICASONE	SUSPENSION POUR INHALATION à 50 µG	1 FLACON 120 DOSE	110,00	110,00			ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118001140343	FLIXOTIDE DISKUS	FLUTICASONE	SUSPENSION POUR INHALATION à 100 µG	1 BOITE 28 DOSE	67,00	67,00			ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118001140367	FLIXOTIDE DISKUS	FLUTICASONE	SUSPENSION POUR INHALATION à 250 µG	1 BOITE 28 RECIPIENT	130,00	130,00			ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118001140381	FLIXOTIDE DISKUS	FLUTICASONE	SUSPENSION POUR INHALATION à 500 µG	1 BOITE 28 RECIPIENT	255,00	255,00			ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118001140350	FLIXOTIDE DISKUS	FLUTICASONE	SUSPENSION POUR INHALATION à 100 µG	1 BOITE 60 RECIPIENT	145,00	145,00			ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118001140374	FLIXOTIDE DISKUS	FLUTICASONE	SUSPENSION POUR INHALATION à 250 µG	1 BOITE 60 RECIPIENT	289,00	289,00			ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118001140398	FLIXOTIDE DISKUS	FLUTICASONE	SUSPENSION POUR INHALATION à 500 µG	1 BOITE 60 RECIPIENT	490,00	490,00			ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000021421	FLOCIP	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	49,00	49,00	30,50	30,50	FLUOROQUINOLONE	G
6118000021414	FLOCIP	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	79,50	79,50	49,50	49,50	FLUOROQUINOLONE	G
6118001020584	FLODIL	FELODIPINE	COMPRIME LP à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	117,80	117,80	73,60	73,60	INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118000280477	FLONOX	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 2 COMPRIME PELLICULE	31,00	31,00	19,30	19,30	FLUOROQUINOLONE	G
6118000280491	FLONOX	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 12 COMPRIME PELLICULE	43,20	43,20	26,90	26,90	FLUOROQUINOLONE	G
6118000280484	FLONOX	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 12 COMPRIME PELLICULE	77,80	77,80	48,50	48,50	FLUOROQUINOLONE	G
6118001184088	FLOTEC	FLUTICASONE	SUSPENSION POUR INHALATION BUCCALE à 125 µG	1 FLACON 120 DOSE	130,00	130,00	81,20	81,20	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118001300143	FLOTRAL	ALFUZOSINE	COMPRIME LP à 10 MG	1 BOITE 10 COMPRIME A LP	58,40	58,40	36,40	36,40	ALPHA-BLOQUANT	G
6118001300150	FLOTRAL	ALFUZOSINE	COMPRIME LP à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME A LP	159,30	159,30	99,20	99,20	ALPHA-BLOQUANT	G
6118000031437	FLOXAM	FLUCLOXACILLINE	PREPARATION INJECTABLE à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	23,10	23,10	14,40	14,40	PENICILLINE	G
6118000031444	FLOXAM	FLUCLOXACILLINE	PREPARATION INJECTABLE à 1 G	1 BOITE 6 FLACON	126,50	126,50	78,80	78,80	PENICILLINE	G
6118000030225	FLOXAM	FLUCLOXACILLINE	PREPARATION INJECTABLE à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON	13,60	13,60	8,50	8,50	PENICILLINE	G
6118000031406	FLOXAM	FLUCLOXACILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 60 ML	41,50	41,50	25,90	25,90	PENICILLINE	G
6118000031413	FLOXAM	FLUCLOXACILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 100 ML	68,40	68,40	42,60	42,60	PENICILLINE	G
6118000030232	FLOXAM	FLUCLOXACILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 16 GELULE	85,80	85,80	53,50	53,50	PENICILLINE	G
6118000031420	FLOXAM	FLUCLOXACILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 24 GELULE	116,40	116,40	72,50	72,50	PENICILLINE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000161103	FLOXAPEN	FLUCLOXACILLINE	POUDRE POUR USAGE PARENTERAL à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	25,00	23,10	15,60	14,40	PENICILLINE	P
6118000161127	FLOXAPEN	FLUCLOXACILLINE	POUDRE POUR USAGE PARENTERAL à 250 MG	1 BOITE 1 FLACON	10,90	9,20	7,20	5,70	PENICILLINE	P
6118000161110	FLOXAPEN	FLUCLOXACILLINE	POUDRE POUR USAGE PARENTERAL à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON	14,15	13,60	9,30	8,50	PENICILLINE	P
6118000160670	FLOXAPEN	FLUCLOXACILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 FLACON 60 ML	22,55	20,90	14,90	13,00	PENICILLINE	P
6118000160694	FLOXAPEN	FLUCLOXACILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 60 ML	45,60	41,50	30,10	25,90	PENICILLINE	P
6118000160663	FLOXAPEN	FLUCLOXACILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 FLACON 100 ML	36,70	29,60	24,30	18,40	PENICILLINE	P
6118000160687	FLOXAPEN	FLUCLOXACILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 100 ML	71,40	68,40	44,50	42,60	PENICILLINE	P
6118000160700	FLOXAPEN	FLUCLOXACILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 12 GELULE	69,90	50,00	43,60	31,10	PENICILLINE	P
6118000160717	FLOXAPEN	FLUCLOXACILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 24 GELULE	126,50	116,40	78,80	72,50	PENICILLINE	P
6118000120377	FLOXEDOL	OFLOXACINE	COLLYRE à 3 MG	1 FLACON 5 ML	40,00	40,00	24,90	24,90	FLUOROQUINOLONE	G
6118000070405	FLOXIL	FLUCLOXACILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 16 GELULE	79,30	79,30	49,40	49,40	PENICILLINE	G
6118000070412	FLOXIL	FLUCLOXACILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 24 GELULE	113,30	113,30	70,60	70,60	PENICILLINE	G
6118000240396	FLOXIMAT	OFLOXACINE	COMPRIME ENROBE à 200 MG	1 BOITE 10 COMPRIME ENROBE	55,30	55,30	34,40	34,40	FLUOROQUINOLONE	G
6118000241225	FLOXIMAT	OFLOXACINE	COMPRIME ENROBE à 200 MG	1 BOITE 20 COMPRIME ENROBE	90,10	90,10	56,10	56,10	FLUOROQUINOLONE	G
6118001181186	FLOXYFRAL	FLUVOXAMINE	COMPRIME ENROBE à 100 MG	1 BOITE 15 COMPRIME	95,30	95,30	59,40	59,40	ANTIDEPRESSEUR	P
6118001140428	FLUARIX	VACCIN ANTIGRIPPAL	SUSPENSION INJECTABLE	1 BOITE 1 SERINGUE PREREMPLIE	75,00	75,00	46,70	46,70	VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000130369	FLUCAZOL GENPHARMA	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 2 GELULE	35,00	35,00	21,80	21,80	ANTIFONGIQUE	G
6118000130376	FLUCAZOL GENPHARMA	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 4 GELULE	50,00	50,00	31,10	31,10	ANTIFONGIQUE	G
6118000130253	FLUCAZOL GENPHARMA	FLUCONAZOLE	GELULE à 50 MG	1 BOITE 7 GELULE	78,00	78,00	48,60	48,60	ANTIFONGIQUE	G
6118000130239	FLUCAZOL GENPHARMA	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 1 GELULE	18,50	18,50	11,50	11,50	ANTIFONGIQUE	G
6118001070244	FLUCON	FLUOROMETHOLONE	COLLYRE à 0.1 %	1 FLACON 3 ML	22,60	22,60	14,10	14,10	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118001270330	FLUCONAZOLE GT	FLUCONAZOLE	SOLUTION POUR PERFUSION à 2 MG	1 FLACON 50 ML	143,00	143,00	89,10	89,10	ANTIFONGIQUE	G
6118000330288	FLUCONAZOLE GT 150 MG	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 2 GELULE	34,00	34,00	21,20	21,20	ANTIFONGIQUE	G
6118000330295	FLUCONAZOLE GT 150 MG	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 4 GELULE	59,80	59,80	37,30	37,30	ANTIFONGIQUE	G
6118000330301	FLUCONAZOLE GT 200 MG	FLUCONAZOLE	GELULE à 200 MG	1 BOITE 14 GELULE	256,00	256,00	159,60	159,60	ANTIFONGIQUE	G
6118000420118	FLUCONAZOLE GT 200 MG	FLUCONAZOLE	GELULE à 200 MG	1 BOITE 14 GELULE	256,00	256,00	159,60	159,60	ANTIFONGIQUE	G
6118001380169	FLUCONAZOLE GT 2MG/ML	FLUCONAZOLE	SOLUTION POUR PERFUSION à 2 MG	1 FLACON 50 ML	143,00	143,00	89,10	89,10	ANTIFONGIQUE	G
6118000330271	FLUCONAZOLE GT 50 MG	FLUCONAZOLE	GELULE à 50 MG	1 BOITE 7 GELULE	52,00	52,00	32,40	32,40	ANTIFONGIQUE	G
6118000012702	FLUCONAZOLE WIN 150	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 4 GELULE	64,60	64,60	40,20	40,20	ANTIFONGIQUE	G
6118000062080	FLUCONAZOLE WIN 150	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 4 GELULE	64,60	64,60	40,20	40,20	ANTIFONGIQUE	G
6118000012696	FLUCONAZOLE WIN 150 MG	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 1 GELULE	19,90	19,90	12,40	12,40	ANTIFONGIQUE	G
6118000062073	FLUCONAZOLE WIN 150 MG	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 1 GELULE	19,90	19,90	12,40	12,40	ANTIFONGIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000012719	FLUCONAZOLE WIN 150 MG	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 7 GELULE	95,50	95,50	59,50	59,50	ANTIFONGIQUE	G
6118000062097	FLUCONAZOLE WIN 150 MG	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 7 GELULE	95,50	95,50	59,50	59,50	ANTIFONGIQUE	G
6118000130246	FLUCTINE GENPHARMA	FLUOXETINE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 12 GELULE	50,00	50,00	31,10	31,10	ANTIDEPRESSEUR	G
6118001081837	FLUDARA	FLUDARABINE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 15 COMPRIME PELLICULE	3606,00	3606,00	3301,00	3301,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001251001	FLUDARA	FLUDARABINE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 15 COMPRIME	3606,00	3606,00	3301,00	3301,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001081844	FLUDARA	FLUDARABINE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	4940,00	4940,00	4673,00	4673,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001251018	FLUDARA	FLUDARABINE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	4940,00	4940,00	4673,00	4673,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118000100126	FLUDEX LP	INDAPAMIDE	COMPRIME ENROBE LP à 1.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	68,90	34,20	43,10	21,40	DIURETIQUE	P
6118001230334	FLUMAX 2000 UI ANTI-XA/0.2ML	ENOXAPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 2000 UI ANTI-XA	1 BOITE 2 SERINGUE PREREMPLIE	65,30	65,30	40,80	40,80	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	G
6118001230341	FLUMAX 4000 UI ANTI-XA/0.4ML	ENOXAPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 4000 UI ANTI-XA	1 BOITE 2 SERINGUE PREREMPLIE	110,20	110,20	68,90	68,90	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	G
6118001230358	FLUMAX 6000 UI ANTI-XA/0.6ML	ENOXAPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 6000 UI ANTI-XA	1 BOITE 2 SERINGUE PREREMPLIE	134,60	134,60	84,10	84,10	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	G
6118001230365	FLUMAX 8000 UI ANTI-XA/0.8ML	ENOXAPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 8000 UI ANTI-XA	1 BOITE 2 SERINGUE PREREMPLIE	158,40	158,40	99,00	99,00	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	G
6118000120704	FLUMYK	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 1 GELULE	27,00	27,00	16,80	16,80	ANTIFONGIQUE	G
6118000120711	FLUMYK	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 2 GELULE	38,00	38,00	23,70	23,70	ANTIFONGIQUE	G
6118000120728	FLUMYK	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 4 GELULE	72,00	72,00	44,90	44,90	ANTIFONGIQUE	G
6118001102389	FLUNOMID COOPER 20 MG	LEFLUNOMIDE	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	360,00	360,00	238,00	238,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001030491	FLUORESCINE 10 % FAURE	FLUORESCINE SODIQUE	SOLUTION INJECTABLE à 10 %	10 AMPOULE 5 ML	295,00	295,00	195,80	195,80	PRODUITS POUR DIAGNOSTIC	P
6118001110049	FLUORO URACILE ICN	FLUOROURACIL	SOLUTION POUR PERFUSION à 250 MG	1 BOITE 12 VIALS	257,00	257,00	161,00	161,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001200047	FLUOROURACIL EBEWE	FLUOROURACIL	SOLUTION POUR PERFUSION à 250 MG	1 BOITE 5 AMPOULE INJECTABLE	69,00	69,00	43,10	43,10	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118000020783	FLUOXET	FLUOXETINE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 10 GELULE	71,40	71,40	44,50	44,50	ANTIDEPRESSEUR	G
6118000020790	FLUOXET	FLUOXETINE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 20 GELULE	135,00	135,00	84,10	84,10	ANTIDEPRESSEUR	G
6118000021681	FLUOXET	FLUOXETINE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 30 GELULE	180,00	180,00	112,10	112,10	ANTIDEPRESSEUR	G
6118000310693	FLUPEN 125 MG/5 ML	FLUCLOXACILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 FLACON 60 ML	18,00	18,00	11,20	11,20	PENICILLINE	G
6118000310686	FLUPEN 125 MG/5 ML	FLUCLOXACILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 FLACON 100 ML	22,00	22,00	13,70	13,70	PENICILLINE	G
6118000310679	FLUPEN 250 MG/5 ML	FLUCLOXACILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 60 ML	34,00	34,00	21,20	21,20	PENICILLINE	G
6118000310662	FLUPEN 250 MG/5 ML	FLUCLOXACILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 100 ML	45,00	45,00	28,00	28,00	PENICILLINE	G
6118000310648	FLUPEN 500 MG	FLUCLOXACILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 12 GELULE	35,00	35,00	21,80	21,80	PENICILLINE	G
6118000310655	FLUPEN 500 MG	FLUCLOXACILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 24 GELULE	67,00	67,00	41,70	41,70	PENICILLINE	G
6118000140283	FLUSTAPH	FLUCLOXACILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 FLACON 100 ML	23,40	23,40	14,60	14,60	PENICILLINE	G
6118000140290	FLUSTAPH	FLUCLOXACILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 100 ML	48,00	48,00	29,90	29,90	PENICILLINE	G
6118000140269	FLUSTAPH	FLUCLOXACILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 12 GELULE	39,80	39,80	24,80	24,80	PENICILLINE	G
6118000140276	FLUSTAPH	FLUCLOXACILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 24 GELULE	72,40	72,40	45,10	45,10	PENICILLINE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
611800081173	FLUTAM	FLUTAMIDE	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	283,00	283,00	188,40	188,40	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001110131	FLUZAIR	FLUTICASONE	SUSPENSION POUR INHALATION BUCCALE à 125 µG	1 FLACON 120 DOSE	180,00	180,00	112,50	112,50	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118000120179	FLUZOFT	FLUOXETINE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 14 GELULE	83,00	83,00	51,70	51,70	ANTIDEPRESSEUR	G
6118000120186	FLUZOFT	FLUOXETINE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 28 GELULE	150,00	150,00	93,50	93,50	ANTIDEPRESSEUR	G
6118000280361	FOLIFER	SULFATE FERREUX / ACIDE FOLIQUE	GELULE à 150 / 0.5 MG / MG	1 BOITE 28 GELULE	50,00	50,00	31,10	31,10	ANTIANEMIQUE	G
6118001230143	FOLINATE DE CALCIUM AGUETTANT 100 MG	FOLINATE DE CALCIUM	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 100 MG	1 BOITE 1 FLACON	107,50	107,50	67,20	67,20	AGENT DETOXIFIANT EN CHIMIOTHERAPIE	G
6118001230570	FOLINATE DE CALCIUM AGUETTANT 50 MG	FOLINATE DE CALCIUM	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 50 MG	1 BOITE 10 FLACON	677,00	677,00	448,00	448,00	AGENT DETOXIFIANT EN CHIMIOTHERAPIE	G
6118000310464	FONGICAN	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 1 GELULE	21,80	21,80	13,60	13,60	ANTIFONGIQUE	G
6118000310440	FONGICAN	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 3 GELULE	51,00	51,00	31,80	31,80	ANTIFONGIQUE	G
6118000310433	FONGICAN	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 4 GELULE	68,00	68,00	42,40	42,40	ANTIFONGIQUE	G
6118000310402	FONGICAN	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 7 GELULE	113,00	113,00	70,40	70,40	ANTIFONGIQUE	G
6118000310457	FONGICAN 150 MG	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 2 GELULE	36,00	36,00	22,40	22,40	ANTIFONGIQUE	G
6118000310426	FONGICAN 150 MG	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 5 GELULE	85,00	85,00	53,00	53,00	ANTIFONGIQUE	G
6118000310419	FONGICAN 150 MG	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 6 GELULE	96,90	96,90	60,40	60,40	ANTIFONGIQUE	G
6118000310488	FONGICAN 50 MG	FLUCONAZOLE	GELULE à 50 MG	1 BOITE 3 GELULE	28,50	28,50	17,80	17,80	ANTIFONGIQUE	G
6118000310471	FONGICAN 50 MG	FLUCONAZOLE	GELULE à 50 MG	1 BOITE 7 GELULE	57,00	57,00	35,50	35,50	ANTIFONGIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001030194	FORADIL	FORMOTEROL	GELULE INHALEE à 12 µG	1 BOITE 30 GELULE	172,20	123,80	107,60	77,40	BRONCHODILATEUR	P
6118001320011	FORMOTEROL SMB 12 µG	FORMOTEROL	POUDRE POUR INHALATION à 12 µG	1 FLACON 60 GELULE INHALEE + INHALATEUR	215,00	215,00	134,60	134,60	ANTIASTHMATIQUE	G
6118001100774	FORTAIR	FORMOTEROL	POUDRE POUR INHALATION à 12 µG	1 FLACON 120 ML	120,00	120,00	75,00	75,00	BRONCHODILATEUR	G
6118001140435	FORTUM	CEFTAZIDIME	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	114,80	94,00	71,50	58,60	CEPHALOSPORINE	P
6118001140459	FORTUM	CEFTAZIDIME	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON	73,50	73,50	45,80	45,80	CEPHALOSPORINE	P
6118001160136	FORTZAAR	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 100 / 25 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME	269,00	231,00	168,20	144,40	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001160464	FORTZAAR	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 100 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME	261,00	261,00	163,50	163,50	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001160143	FOSAMAX	ALENDRONATE	COMPRIME à 70 MG	1 BOITE 4 COMPRIME	264,00	264,00	164,70	164,70	BIPHOSPHONATE	P
6118001160471	FOSAVANCE	ALENDRONATE / COLECALCIFEROL (VITAMINE D3)	COMPRIME à 70 / 5600 MG / UI	1 BOITE 4 COMPRIME	294,00	294,00	195,30	195,30	ANTIOSTEOPOROTIQUE	P
6118001120468	FRAGMIN	DALTEPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 2500 UI	10 SERINGUE 0,2 ML	265,00	265,00	166,00	166,00	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	P
6118001120451	FRAGMIN	DALTEPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 5000 UI	10 SERINGUE 0,2 ML	472,00	472,00	313,00	313,00	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	P
6118001140466	FRAXIPARINE	NADROPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 2850 UI	1 BOITE 2 SERINGUE	76,40	76,40	47,80	47,80	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	P
6118001140480	FRAXIPARINE	NADROPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 3800 UI	1 BOITE 2 SERINGUE	76,50	76,50	47,80	47,80	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	P
6118001140503	FRAXIPARINE	NADROPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 5700 UI	1 BOITE 2 SERINGUE	134,60	134,60	84,10	84,10	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	P
6118001140510	FRAXIPARINE	NADROPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 7600 UI	1 BOITE 2 SERINGUE	215,00	215,00	134,40	134,40	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	P
6118001140473	FRAXIPARINE	NADROPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 2850 UI	1 BOITE 10 SERINGUE	286,00	286,00	190,40	190,40	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001140497	FRAXIPARINE	NADROPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 3800 UI	1 BOITE 10 SERINGUE	322,00	322,00	214,00	214,00	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	P
6118001140527	FRAXODI	NADROPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 11400 UI	1 BOITE 2 SERINGUE	267,00	267,00	167,20	167,20	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	P
6118001140541	FRAXODI	NADROPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 15200 UI	1 BOITE 2 SERINGUE	329,00	329,00	218,00	218,00	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	P
6118001140565	FRAXODI	NADROPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 19000 UI	1 BOITE 2 SERINGUE	407,00	407,00	270,00	270,00	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	P
6118000120575	FUCIDINE	ACIDE FUSIDIQUE	POMMADE à 2 %	1 TUBE 15 G	39,70	28,00	24,70	17,40	ANTIBACTERIEN	P
6118000120582	FUCIDINE	ACIDE FUSIDIQUE	CREME à 2 %	1 TUBE 15 G	39,70	28,00	24,70	17,40	ANTIBACTERIEN	P
6118001200511	FUCIDINE	ACIDE FUSIDIQUE	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	137,70	137,70	85,80	85,80	ANTIBACTERIEN	P
6118001200504	FUCIDINE ENFANT	ACIDE FUSIDIQUE	SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 90 ML	225,00	225,00	140,50	140,50	ANTIBACTERIEN	P
6118001200818	FUCITHALMIC	ACIDE FUSIDIQUE	GEL OPHTALMIQUE à 1 %	1 TUBE 3 G	37,20	37,20	23,20	23,20	ANTIBACTERIEN	P
6118000180371	FUMAFER	FER	COMPRIME PELLICULE à 66 MG	1 BOITE 100 COMPRIME	25,10	25,10	15,60	15,60	ANTIANEMIQUE	P
6118000030249	FUNGILYSE	ECONAZOLE	CREME à 1 %	1 TUBE 25 G	16,30	16,30	10,20	10,20	ANTIFONGIQUE	G
6118000031451	FUNGILYSE	ECONAZOLE	CREME à 1 %	1 TUBE 50 G	30,50	30,50	19,00	19,00	ANTIFONGIQUE	G
6118000031475	FUNGILYSE	ECONAZOLE	OVULE à 150 MG	1 BOITE 3 OVULE	42,00	42,00	26,20	26,20	NITRO-IMIDAZOLE	G
6118000031468	FUNGILYSE	ECONAZOLE	OVULE à 100 MG	1 BOITE 6 OVULE	26,40	26,40	16,40	16,40	ANTIFONGIQUE	G
6118001121113	FUNGIZONE	AMPHOTERICINE B	LOTION à 3 %	1 FLACON 30 ML	18,00	18,00	11,20	11,20	ANTIFONGIQUE	P
6118001120987	FUNGIZONE	AMPHOTERICINE B	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 50 MG	1 BOITE 1 FLACON	54,60	54,60	34,00	34,00	ANTIFONGIQUE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001120970	FUNGIZONE	AMPHOTERICINE B	SUSPENSION BUVABLE à 10 %	1 FLACON 40 ML	52,50	52,50	32,70	32,70	ANTIFONGIQUE	P
6118000080619	FURADANTINE	NITROFURANTOINE	GELULE à 50 MG	1 BOITE 21 GELULE	26,00	17,30	17,20	10,80	ANTIBACTERIEN URINAIRE	P
6118000091240	FURAZIDE	NITROFURANTOINE	COMPRIME à 50 MG	1 BOITE 21 COMPRIME	17,30	17,30	10,80	10,80	ANTIBACTERIEN URINAIRE	G
6118000030263	FURILAN	FUROSEMIDE	SOLUTION INJECTABLE à 20 MG	5 AMPOULE 2 ML	19,60	19,60	12,20	12,20	DIURETIQUE	G
6118000030256	FURILAN	FUROSEMIDE	COMPRIME à 40 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	20,00	20,00	12,50	12,50	DIURETIQUE	G
6118001031030	GALVUS 50 MG	VILDAGLIPTINE	COMPRIME à 50 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	392,00	392,00	259,30	259,30	ANTIDIABETIQUES	P
6118001031092	GALVUS MET 50MG/1000MG	VILDAGLIPTINE / METFORMINE	COMPRIME PELLICULE à 50 / 1000 MG / MG	1 BOITE 60 COMPRIME PELLICULE	390,00	390,00	259,00	259,00	ANTIDIABETIQUES	P
6118001251391	GANFORT 0.3 MG/ML+ 5 MG/ML	TIMOLOL / BIMATOPROST	COLLYRE à 5/0.3 MG/ML	1 FLACON 3 ML	234,00	234,00	145,90	145,90	ANTIGLAUCOMATEUX	P
6118001080366	GARDENAL	PHENOBARBITAL	POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE à 40 MG	1 AMPOULE 2 ML	13,30	13,30	8,30	8,30	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	P
6118001182886	GARDENAL	PHENOBARBITAL	POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE à 40 MG	1 FLACON 2 ML	13,30	13,30	8,30	8,30	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	P
6118000060413	GARDENAL	PHENOBARBITAL	COMPRIME à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	12,10	12,10	7,50	7,50	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	P
6118000012344	GARDENAL	PHENOBARBITAL	COMPRIME à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	12,10	12,10	7,50	7,50	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	P
6118001182893	GARDENAL	PHENOBARBITAL	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 80 COMPRIME	13,00	13,00	8,10	8,10	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	P
6118001080373	GARDENAL	PHENOBARBITAL	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 80 COMPRIME	13,00	13,00	8,10	8,10	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	P
6118000071068	GASTROLIBER	LANSOPRAZOLE	GELULE GASTRO-RESISTANTE à 30 MG	1 BOITE 15 GELULE GASTRO-RESISTANTE	75,00	75,00	46,70	46,70	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000071051	GASTROLIBER	LANSOPRAZOLE	GELULE GASTRO-RESISTANTE à 30 MG	1 BOITE 30 GELULE GASTRO-RESISTANTE	145,00	145,00	90,30	90,30	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001140589	GAVISCON NOURRISSON	ALGINATE DE SODIUM / BICARBONATE DE SODIUM NOURRISSON	SUSPENSION BUvable à 500 / 267 MG / MG	1 FLACON 150 ML	23,10	23,10	14,40	14,40	ANTI-REFLUX	P
6118000040439	GELUPRANE	PARACETAMOL	GELULE à 500 MG	1 BOITE 16 GELULE	16,60	15,30	10,40	9,50	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P
6118001251186	GEMCITABINE HOSPIRA 1 G	GEMCITABINE	POUDRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION à 1 G	1 FLACON 50 ML	971,00	971,00	691,00	691,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001251193	GEMCITABINE HOSPIRA 2 G	GEMCITABINE	POUDRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION à 2 G	1 BOITE 1 FLACON 100 ML	1441,00	1441,00	1175,00	1175,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001251209	GEMCITABINE HOSPIRA 200 MG	GEMCITABINE	POUDRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION à 200 MG	1 FLACON 10 ML	257,00	257,00	161,20	161,20	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
	GEMCITABINE THYMOORGAN	GEMCITABINE	POUDRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION à 1 G	1 FLACON 50 ML	971,00	971,00	691,00	691,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
	GEMCITABINE THYMOORGAN	GEMCITABINE	POUDRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION à 200 MG	1 FLACON 10 ML	257,00	257,00	161,20	161,20	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001300679	GEMRESEC	GEMCITABINE	POUDRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION à 1 G	1 FLACON 50 ML	970,00	970,00	690,00	690,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001300662	GEMRESEC	GEMCITABINE	POUDRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION à 200 MG	1 FLACON 10 ML	257,00	257,00	161,20	161,20	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001070251	GEMZAR	GEMCITABINE	POUDRE POUR PERFUSION à 1 G	1 FLACON 50 ML	1200,00	971,00	927,00	691,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001070268	GEMZAR	GEMCITABINE	POUDRE POUR PERFUSION à 200 MG	1 FLACON 10 ML	369,00	257,00	245,00	161,20	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118000130574	GENFLU	OSELTAMIVIR	GELULE à 75 MG	1 BOITE 10 GELULE	200,00	200,00	124,60	124,60	ANTIVIRAL	G
6118001080380	GENHEVAC B	VACCIN ANTI-HEPATITE B	POUDRE POUR SUSPENSION INJECTABLE	1 BOITE 1 SERINGUE PREREMPLIE	148,40	148,40	92,50	92,50	VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P
6118001170425	GENOTROPIN	SOMATROPINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 16 UI	1 BOITE 1 CARTOUCHE	1212,00	1212,00	914,00	914,00	HORMONE DE CROISSANCE	P
6118000130758	GENPRESS	RAMIPRIL	COMPRIME à 1.25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	40,00	40,00	25,00	25,00	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000130765	GENPRESS	RAMIPRIL	COMPRIME à 2.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	50,00	50,00	31,20	31,20	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000130772	GENPRESS	RAMIPRIL	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	63,00	63,00	39,40	39,40	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000131120	GENSTAT 10 MG	ATORVASTATINE	COMPRIME ENROBE à 10 MG	1 BOITE 14 COMPRIME ENROBE	44,00	44,00	27,50	27,50	HYPOLIPEMIANT	G
6118000131137	GENSTAT 10 MG	ATORVASTATINE	COMPRIME ENROBE à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME ENROBE	72,80	72,80	45,50	45,50	HYPOLIPEMIANT	G
6118000131144	GENSTAT 20 MG	ATORVASTATINE	COMPRIME ENROBE à 20 MG	1 BOITE 14 COMPRIME ENROBE	66,60	66,60	41,60	41,60	HYPOLIPEMIANT	G
6118000131151	GENSTAT 20 MG	ATORVASTATINE	COMPRIME ENROBE à 20 MG	1 BOITE 28 COMPRIME ENROBE	119,00	119,00	74,40	74,40	HYPOLIPEMIANT	G
6118000131168	GENSTAT 40 MG	ATORVASTATINE	COMPRIME ENROBE à 40 MG	1 BOITE 14 COMPRIME ENROBE	100,20	100,20	62,60	62,60	HYPOLIPEMIANT	G
6118000131175	GENSTAT 40 MG	ATORVASTATINE	COMPRIME ENROBE à 40 MG	1 BOITE 28 COMPRIME ENROBE	179,00	179,00	111,90	111,90	HYPOLIPEMIANT	G
6118000091257	GENTA	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 40 MG	1 BOITE 10 AMPOULE INJECTABLE	91,80	91,80	57,20	57,20	AMINOSIDE	G
6118000091264	GENTA	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 80 MG	1 BOITE 10 AMPOULE INJECTABLE	102,00	102,00	63,50	63,50	AMINOSIDE	G
6118000080206	GENTAGAM 10	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 10 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	6,50	6,50	4,00	4,00	AMINOSIDE	G
6118000080275	GENTAGAM 120	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 120 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	15,80	15,80	9,80	9,80	AMINOSIDE	G
6118000080282	GENTAGAM 120	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 120 MG	1 BOITE 6 AMPOULE INJECTABLE	77,00	77,00	48,00	48,00	AMINOSIDE	G
6118000080305	GENTAGAM 160	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 160 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	18,90	18,90	11,80	11,80	AMINOSIDE	G
6118000080312	GENTAGAM 160	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 160 MG	1 BOITE 6 AMPOULE INJECTABLE	92,80	92,80	57,80	57,80	AMINOSIDE	G
6118000080220	GENTAGAM 40	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 40 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	9,60	9,60	6,00	6,00	AMINOSIDE	G
6118000080244	GENTAGAM 80	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 80 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	12,70	12,70	7,90	7,90	AMINOSIDE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000080251	GENTAGAM 80	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 80 MG	1 BOITE 6 AMPOULE INJECTABLE	61,20	61,20	38,10	38,10	AMINOSIDE	G
6118001250318	GENTAL	GENTAMICINE	COLLYRE à 0.3 %	1 FLACON 10 ML	20,90	20,90	13,00	13,00	AMINOSIDE	G
	GENTALLINE	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 10 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	8,70	6,50	5,40	4,00	AMINOSIDE	P
	GENTALLINE	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 40 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	16,20	12,80	10,10	8,00	AMINOSIDE	P
	GENTALLINE	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 80 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	27,10	18,10	16,90	11,30	AMINOSIDE	P
	GENTALLINE	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 160 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	44,00	28,90	27,40	18,00	AMINOSIDE	P
6118001150809	GENTALLINE	GENTAMICINE	COLLYRE à 0.3 %	1 FLACON 5 ML	25,60	21,55	15,90	14,20	AMINOSIDE	P
6118000080381	GENTAMEN 10	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 10 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	6,70	6,50	4,40	4,00	AMINOSIDE	P
6118000081555	GENTAMEN 120	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 120 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	17,00	15,80	11,20	9,80	AMINOSIDE	P
6118000081562	GENTAMEN 120	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 120 MG	1 BOITE 6 AMPOULE INJECTABLE	90,00	77,00	59,50	48,00	AMINOSIDE	P
6118000080428	GENTAMEN 160	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 160 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	26,50	18,90	17,50	17,40	AMINOSIDE	P
6118000080435	GENTAMEN 160	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 160 MG	1 BOITE 6 AMPOULE INJECTABLE	125,00	119,80	82,70	82,40	AMINOSIDE	P
6118000080398	GENTAMEN 40	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 40 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	11,10	9,60	7,30	6,00	AMINOSIDE	P
6118000080404	GENTAMEN 80	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 80 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	15,90	12,70	10,50	7,90	AMINOSIDE	P
6118000080411	GENTAMEN 80	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 80 MG	1 BOITE 6 AMPOULE INJECTABLE	88,70	87,10	58,70	54,30	AMINOSIDE	P
	GENTAMICINE LLORENTE	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 160 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	28,00	28,00	17,40	17,40	AMINOSIDE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001110322	GENTAMICINE-POS	GENTAMICINE	COLLYRE à 5 MG	1 FLACON 5 ML	26,30	26,30	16,40	16,40	AMINOSIDE	G
6118000070429	GENTAMYCINE LLORENTE	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 40 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	12,20	12,20	7,60	7,60	AMINOSIDE	G
6118000070443	GENTAMYCINE LLORENTE	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 80 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	18,00	18,00	11,20	11,20	AMINOSIDE	G
6118000070450	GENTAMYCINE LLORENTE	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 120 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	23,00	23,00	14,30	14,30	AMINOSIDE	G
6118000070436	GENTAMYCINE LLORENTE	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 80 MG	1 BOITE 6 AMPOULE INJECTABLE	87,10	87,10	54,30	54,30	AMINOSIDE	G
6118000070467	GENTAMYCINE LLORENTE	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 120 MG	1 BOITE 6 AMPOULE INJECTABLE	111,90	111,90	69,70	69,70	AMINOSIDE	G
6118000070474	GENTAMYCINE LLORENTE	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 160 MG	1 BOITE 6 AMPOULE INJECTABLE	119,80	119,80	74,70	74,70	AMINOSIDE	G
6118000030294	GENTOSYL	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 20 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	9,40	9,40	5,90	5,90	AMINOSIDE	G
6118000030270	GENTOSYL	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 40 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	12,80	12,80	8,00	8,00	AMINOSIDE	G
6118000030287	GENTOSYL	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 80 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	18,10	18,10	11,30	11,30	AMINOSIDE	G
6118000031499	GENTOSYL	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 160 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	28,90	28,90	18,00	18,00	AMINOSIDE	G
6118000031482	GENTOSYL	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 80 MG	1 BOITE 6 AMPOULE INJECTABLE	101,10	101,10	63,00	63,00	AMINOSIDE	G
6118000031505	GENTOSYL	GENTAMICINE	SOLUTION INJECTABLE à 160 MG	1 BOITE 6 AMPOULE INJECTABLE	132,20	132,20	82,40	82,40	AMINOSIDE	G
6118000241461	GEPRID	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 2 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	40,00	40,00	25,00	25,00	ANTIDIABETIQUES	G
6118000241478	GEPRID	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 3 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	60,00	60,00	37,50	37,50	ANTIDIABETIQUES	G
6118000241485	GEPRID	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 4 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	79,80	79,80	49,90	49,90	ANTIDIABETIQUES	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000241959	GEPRID	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 2 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	78,10	78,10	48,80	48,80	ANTIDIABETIQUES	G
6118000241973	GEPRID	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 3 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	117,20	117,20	73,20	73,20	ANTIDIABETIQUES	G
6118000241997	GEPRID	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 4 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	156,70	156,70	97,90	97,90	ANTIDIABETIQUES	G
6118000241966	GEPRID	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 2 MG	1 BOITE 90 COMPRIME	117,20	117,20	73,20	73,20	ANTIDIABETIQUES	G
6118000241980	GEPRID	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 3 MG	1 BOITE 90 COMPRIME	175,80	175,80	109,90	109,90	ANTIDIABETIQUES	G
6118000242000	GEPRID	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 4 MG	1 BOITE 90 COMPRIME	205,00	205,00	128,60	128,60	ANTIDIABETIQUES	G
6118001040803	GESTEL 100MG	PROGESTERONE	CAPSULE MOLLE ORALE OU VAGINALE à 100 MG	1 BOITE 15 CAPSULE	31,30	31,30	19,50	19,50	PROGESTATIF	G
6118001040810	GESTEL 100MG	PROGESTERONE	CAPSULE MOLLE ORALE OU VAGINALE à 100 MG	1 BOITE 30 CAPSULE	56,00	56,00	34,90	34,90	PROGESTATIF	G
6118001040827	GESTEL 200MG	PROGESTERONE	CAPSULE MOLLE ORALE OU VAGINALE à 200 MG	1 BOITE 15 CAPSULE	66,00	66,00	41,10	41,10	PROGESTATIF	G
6118001031139	GILENYA 0.5 MG	FINGOLIMOD	GELULE à 0.5 MG	1 BOITE 28 GELULE	19356,00	19356,00	18957,00	18957,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	P
6118001250332	GIROFLOX	CIPROFLOXACINE	SOLUTION INJECTABLE POUR PERFUSION à 200 MG	1 FLACON 100 ML	143,00	143,00	89,10	89,10	FLUOROQUINOLONE	G
6118000070498	GIROFLOX	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 8 COMPRIME	45,00	45,00	28,00	28,00	FLUOROQUINOLONE	G
6118000070481	GIROFLOX	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 16 COMPRIME	80,00	80,00	49,80	49,80	FLUOROQUINOLONE	G
6118000070504	GIROFLOX	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 16 COMPRIME	158,00	158,00	98,40	98,40	FLUOROQUINOLONE	G
6118001380176	GIROFLOX 200MG/100ML	CIPROFLOXACINE	SOLUTION INJECTABLE POUR PERFUSION à 200 MG	1 FLACON 100 ML	143,00	143,00	89,10	89,10	FLUOROQUINOLONE	G
6118000420224	GIROFLOX 250 MG	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 8 COMPRIME PELLICULE	45,00	45,00	28,00	28,00	FLUOROQUINOLONE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000420217	GIROFLOX 250 MG	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 16 COMPRIME PELLICULE	80,00	80,00	49,80	49,80	FLUOROQUINOLONE	G
6118000420231	GIROFLOX 500 MG	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 16 COMPRIME PELLICULE	158,00	158,00	98,40	98,40	FLUOROQUINOLONE	G
6118000041207	GLEMA	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 2 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	40,00	40,00	25,00	25,00	ANTIDIABETIQUES	G
6118000041214	GLEMA	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 3 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	60,00	60,00	37,50	37,50	ANTIDIABETIQUES	G
6118000041221	GLEMA	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 4 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	80,00	80,00	50,00	50,00	ANTIDIABETIQUES	G
6118000041573	GLEMA 2 MG	GLIMEPIRIDE	COMPRIME SECABLE à 2 MG	1 BOITE 90 COMPRIME	103,20	103,20	64,50	64,50	ANTIDIABETIQUES	G
6118000041580	GLEMA 3 MG	GLIMEPIRIDE	COMPRIME SECABLE à 3 MG	1 BOITE 90 COMPRIME	154,80	154,80	96,70	96,70	ANTIDIABETIQUES	G
6118000041597	GLEMA 4 MG	GLIMEPIRIDE	COMPRIME SECABLE à 4 MG	1 BOITE 90 COMPRIME	206,00	206,00	128,70	128,70	ANTIDIABETIQUES	G
6118000013037	GLIMEPIRIDE WIN	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 2 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	40,00	40,00	25,00	25,00	ANTIDIABETIQUES	G
6118000013051	GLIMEPIRIDE WIN	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 3 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	60,00	60,00	37,50	37,50	ANTIDIABETIQUES	G
6118001184408	GLIMEPIRIDE WIN	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 4 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	84,00	84,00	52,50	52,50	ANTIDIABETIQUES	G
6118000012498	GLIMEWIN	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 2 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	57,00	57,00	35,60	35,60	ANTIDIABETIQUES	G
6118000012504	GLIMEWIN	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 3 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	77,00	77,00	48,10	48,10	ANTIDIABETIQUES	G
6118001183470	GLIMEWIN	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 4 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	84,00	84,00	52,50	52,50	ANTIDIABETIQUES	G
6118000330998	GLIMIRYL 2MG	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 2 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	15,20	15,20	9,50	9,50	ANTIDIABETIQUES	G
6118000331001	GLIMIRYL 2MG	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 2 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	40,00	40,00	25,00	25,00	ANTIDIABETIQUES	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000331018	GLIMIRYL 3MG	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 3 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	22,80	22,80	14,20	14,20	ANTIDIABETIQUES	G
6118000331025	GLIMIRYL 3MG	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 3 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	60,00	60,00	37,50	37,50	ANTIDIABETIQUES	G
6118000331032	GLIMIRYL 4MG	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 4 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	30,40	30,40	19,00	19,00	ANTIDIABETIQUES	G
6118000331049	GLIMIRYL 4MG	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 4 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	77,60	77,60	48,50	48,50	ANTIDIABETIQUES	G
6118000090359	GLIPHARM	GLIBENCLAMIDE	COMPRIME SECABLE à 5 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	17,10	17,10	10,70	10,70	ANTIDIABETIQUES	G
6118000092131	GLIPHARM	GLIBENCLAMIDE	COMPRIME SECABLE à 5 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	33,30	33,30	20,80	20,80	ANTIDIABETIQUES	G
6118000092124	GLIPHARM	GLIBENCLAMIDE	COMPRIME SECABLE à 5 MG	1 BOITE 90 COMPRIME	46,70	46,70	29,20	29,20	ANTIDIABETIQUES	G
6118001030828	GLIVEC	IMATINIB	COMPRIME PELLICULE à 100 MG	1 BOITE 60 COMPRIME PELLICULE	11940,00	3800,00	11714,00	3500,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001030200	GLIVEC	IMATINIB	GELULE à 100 MG	1 BOITE 120 GELULE	20399,00	3800,00	20007,00	3500,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118000082163	GLOMERID LP 1.5 MG	INDAPAMIDE	COMPRIME LP à 1.5 MG	1 BOITE 10 COMPRIME A LP	11,10	11,10	7,00	7,00	DIURETIQUE	G
6118000082170	GLOMERID LP 1.5 MG	INDAPAMIDE	COMPRIME LP à 1.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME A LP	29,30	29,30	18,30	18,30	DIURETIQUE	G
6118000082187	GLOMERID LP 1.5 MG	INDAPAMIDE	COMPRIME LP à 1.5 MG	1 BOITE 60 COMPRIME A LP	52,30	52,30	32,70	32,70	DIURETIQUE	G
6118000082194	GLOMERID LP 1.5 MG	INDAPAMIDE	COMPRIME LP à 1.5 MG	1 BOITE 90 COMPRIME A LP	77,10	77,10	48,20	48,20	DIURETIQUE	G
6118001120154	GLUCAGEN HYPOKIT	GLUCAGON	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 MG	1 BOITE 1 KIT	269,00	269,00	168,20	168,20	HYPERGLYCEMIANT	P
6118001230440	GLUCONATE DE CALCIUM 10 % PROAMP	CALCIUM	SOLUTION INJECTABLE à 10 %	50 AMPOULE 10 ML	291,00	291,00	181,30	181,30	ELEMENT MINERAL	G
6118000081333	GLUCOPHAGE 1000	METFORMINE	COMPRIME PELLICULE à 1000 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	28,00	21,00	17,50	13,10	ANTIDIABETIQUES	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000080626	GLUCOPHAGE 500	METFORMINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 50 COMPRIME	20,80	19,50	13,00	12,20	ANTIDIABETIQUES	P
6118000080633	GLUCOPHAGE 850	METFORMINE	COMPRIME PELLICULE à 850 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	23,90	20,40	14,90	12,70	ANTIDIABETIQUES	P
6118000080640	GLUCOPHAGE 850	METFORMINE	COMPRIME PELLICULE à 850 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	45,20	37,70	28,20	23,60	ANTIDIABETIQUES	P
6118001121373	GLUCOVANCE	METFORMINE / GLIBENCLAMIDE	COMPRIME PELLICULE à 500 / 2.5 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	42,00	42,00	26,20	26,20	ANTIDIABETIQUES	P
6118001121380	GLUCOVANCE	METFORMINE / GLIBENCLAMIDE	COMPRIME PELLICULE à 500 / 5 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	47,40	47,40	29,60	29,60	ANTIDIABETIQUES	P
6118000050773	GLURENOR	GLIQUIDONE	COMPRIME SECABLE à 30 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	25,70	25,70	16,10	16,10	ANTIDIABETIQUES	P
6118000050780	GLURENOR	GLIQUIDONE	COMPRIME SECABLE à 30 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	69,00	69,00	43,10	43,10	ANTIDIABETIQUES	P
6118000180180	GLYCAN 500	METFORMINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 50 COMPRIME	19,50	19,50	12,20	12,20	ANTIDIABETIQUES	G
6118000180197	GLYCAN 850 RETARD	METFORMINE	COMPRIME ENROBE LP à 850 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	21,40	21,40	13,40	13,40	ANTIDIABETIQUES	G
6118000180203	GLYCAN 850 RETARD	METFORMINE	COMPRIME ENROBE LP à 850 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	38,10	38,10	23,80	23,80	ANTIDIABETIQUES	G
6118000242130	GLYCEMAT 30 MG LM	GLICLAZIDE	COMPRIME LM à 30 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	38,90	38,90	24,30	24,30	ANTIDIABETIQUES	G
6118000242147	GLYCEMAT 30 MG LM	GLICLAZIDE	COMPRIME LM à 30 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	68,50	68,50	42,80	42,80	ANTIDIABETIQUES	G
6118000023234	GLYNORM 1 MG	REPAGLINIDE	COMPRIME à 1 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	51,70	51,70	32,30	32,30	ANTIDIABETIQUES	G
6118000023241	GLYNORM 1 MG	REPAGLINIDE	COMPRIME à 1 MG	1 BOITE 90 COMPRIME	148,10	148,10	92,50	92,50	ANTIDIABETIQUES	G
6118000023258	GLYNORM 2 MG	REPAGLINIDE	COMPRIME à 2 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	56,80	56,80	35,50	35,50	ANTIDIABETIQUES	G
6118000023265	GLYNORM 2 MG	REPAGLINIDE	COMPRIME à 2 MG	1 BOITE 90 COMPRIME	153,40	153,40	95,90	95,90	ANTIDIABETIQUES	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000130598	GLYSET	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 2 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	40,00	40,00	25,00	25,00	ANTIDIABETIQUES	G
6118000130604	GLYSET	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 3 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	60,00	60,00	37,50	37,50	ANTIDIABETIQUES	G
6118000130611	GLYSET	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 4 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	80,00	80,00	50,00	50,00	ANTIDIABETIQUES	G
6118001000012	GRAN 34 MUI	LENOGRASTIM	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 33.6 MUI	1 FLACON 1 ML	846,00	846,00	560,00	560,00	FACTEUR DE CROISSANCE	G
6118001080397	GRANOCYTE 34	LENOGRASTIM	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 33.6 MUI	5 FLACON 1 ML	3423,00	3423,00	3073,00	3073,00	FACTEUR DE CROISSANCE	P
6118000031581	GRISEO	GRISEOFULVINE	POMMADE à 5 %	1 TUBE 15 G	10,70	10,70	6,70	6,70	ANTIFONGIQUE	G
6118000030324	GRISEO	GRISEOFULVINE	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 16 COMPRIME	37,10	37,10	23,10	23,10	ANTIFONGIQUE	G
6118000030317	GRISEO	GRISEOFULVINE	COMPRIME à 125 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	25,80	25,80	16,10	16,10	ANTIFONGIQUE	G
6118000031574	GRISEO	GRISEOFULVINE	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	37,50	37,50	23,40	23,40	ANTIFONGIQUE	G
6118000090380	GRISEOPHARM	GRISEOFULVINE	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	34,50	34,50	21,50	21,50	ANTIFONGIQUE	G
6118000090373	GRISEOPHARM	GRISEOFULVINE	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	32,90	32,90	20,50	20,50	ANTIFONGIQUE	G
6118000090366	GRISEOPHARM	GRISEOFULVINE	COMPRIME à 125 MG	1 BOITE 32 COMPRIME	22,00	22,00	13,70	13,70	ANTIFONGIQUE	G
6118000170181	GYNO CANESTEN	CLOTTRIMAZOLE	COMPRIME GYNECOLOGIQUE à 500 MG	1 BOITE 1 COMPRIME GYNECOLOGIQUE	44,90	44,90	28,00	28,00	ANTIFONGIQUE	P
6118000012023	GYNO-PEVARYL	ECONAZOLE	OVULE à 150 MG	1 BOITE 3 OVULE	70,30	51,50	43,80	32,10	NITRO-IMIDAZOLE	P
6118001181261	GYNO-PEVARYL LP	ECONAZOLE	OVULE LP à 150 MG	1 BOITE 1 OVULE	57,90	57,90	36,10	36,10	NITRO-IMIDAZOLE	P
6118001170173	GYNO-TROSYD	TIOCONAZOLE	OVULE à 300 MG	1 BOITE 1 OVULE	51,25	51,25	33,90	33,90	ANTIFONGIQUE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001020997	HAEMACCEL	GELATINE FLUIDE MODIFIEE	SOLUTION POUR PERFUSION	1 FLACON 500 ML	71,00	71,00	44,20	44,20	SUBSTITUTS DU PLASMA	P
6118000010753	HALDOL FORT	HALOPERIDOL	SOLUTION POUR GOUTTES BUVABLES à 2 MG	1 FLACON 15 ML	13,80	13,20	8,60	8,20	NEUROLEPTIQUE	P
6118000093206	HALOPERIDOL	HALOPERIDOL	SOLUTION INJECTABLE à 5 MG	1 BOITE 5 AMPOULE INJECTABLE	20,50	20,50	12,80	12,80	NEUROLEPTIQUE	G
6118000093213	HALOPERIDOL	HALOPERIDOL	COMPRIME à 1 MG	1 BOITE 40 COMPRIME	18,30	18,30	11,40	11,40	NEUROLEPTIQUE	G
6118000090397	HALOPERIDOL PHARMA 5	HALOPERIDOL	SOLUTION BUVABLE à 2 MG	1 FLACON 15 ML	13,20	13,20	8,20	8,20	NEUROLEPTIQUE	G
6118000320036	HEMO-PUR A1	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTION POUR HEMODIALYSE	1 BIDON 5 L	71,70	71,70	44,80	44,80	HEMODIALYSE	G
6118000320043	HEMO-PUR AC1	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTION POUR HEMODIALYSE	1 BIDON 10 L	161,40	161,40	100,90	100,90	HEMODIALYSE	G
6118000320029	HEMO-PUR B1	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTION POUR HEMODIALYSE	1 BIDON 9 L	107,70	107,70	67,30	67,30	HEMODIALYSE	G
6118000320012	HEMO-PUR B1	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTION POUR HEMODIALYSE	1 BIDON 10 L	108,80	108,80	68,00	68,00	HEMODIALYSE	G
6118001230587	HEPARINE MEDIS	HEPARINE SODIQUE	SOLUTION INJECTABLE à 25000 UI	1 BOITE 10 FLACON	406,00	406,00	269,00	269,00	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE	G
6118001100262	HEPARINE SODIQUE LEURQUIN	HEPARINE SODIQUE	SOLUTION INJECTABLE à 25000 UI	1 BOITE 10 AMPOULE INJECTABLE	239,00	239,00	149,60	149,60	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE	G
6118001141685	HEPSERA	ADEFOVIR	COMPRIME à 10 MG	1 FLACON 30 COMPRIME	1921,00	1921,00	1668,00	1668,00	ANTIVIRAL	P
6118001050116	HERCEPTIN	TRASTUZUMAB	POUDRE POUR PERFUSION à 150 MG	1 BOITE 1 FLACON	4261,00	3317,00	3975,00	3003,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118000230281	HERPEVIR	ACICLOVIR	COMPRIME à 200 MG	1 BOITE 25 COMPRIME	171,00	171,00	106,50	106,50	ANTIVIRAL	G
6118000230298	HERPEVIR	ACICLOVIR	COMPRIME à 800 MG	1 BOITE 35 COMPRIME	736,00	736,00	487,00	487,00	ANTIVIRAL	G
6118001350100	HERTRAZ 150 MG	TRASTUZUMAB	POUDRE POUR SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 150 MG	1 BOITE 1 FLACON	3317,00	3317,00	3003,00	3003,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001430109	HERTRAZ 150 MG	TRASTUZUMAB	POUDRE POUR SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 150 MG	1 BOITE 1 FLACON	3317,00	3317,00	3003,00	3003,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001430116	HERTRAZ 440 MG	TRASTUZUMAB	POUDRE POUR SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 440 MG	1 BOITE 1 FLACON	8917,00	8917,00	8750,00	8750,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001350117	HERTRAZ 440 MG	TRASTUZUMAB	POUDRE POUR SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 440 MG	1 BOITE 1 FLACON	8917,00	8917,00	8750,00	8750,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001140633	HIBERIX	VACCIN ANTI-HAEMOPHILUS INFLUENZAE TYPE B	PREPARATION INJECTABLE	1 BOITE 1 FLACON	185,50	185,50	115,60	115,60	VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P
6118001220151	HIBOR 10000 UI ANTI XA	BEMIPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 10000 UI	1 BOITE 2 SERINGUE PREREMPLIE	364,00	364,00	241,00	241,00	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE	P
6118001220168	HIBOR 10000 UI ANTI XA	BEMIPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 10000 UI	1 BOITE 10 SERINGUE PREREMPLIE	1339,00	1339,00	1070,00	1070,00	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE	P
6118001220182	HIBOR 2500 UI ANTI XA	BEMIPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 2500 UI	1 BOITE 2 SERINGUE PREREMPLIE	53,30	53,30	33,30	33,30	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE	P
6118001220199	HIBOR 2500 UI ANTI XA	BEMIPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 2500 UI	1 BOITE 10 SERINGUE PREREMPLIE	226,00	226,00	141,30	141,30	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE	P
6118001220212	HIBOR 3500 UI ANTI XA	BEMIPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 3500 UI	1 BOITE 2 SERINGUE PREREMPLIE	98,50	98,50	61,60	61,60	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE	P
6118001220229	HIBOR 3500 UI ANTI XA	BEMIPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 3500 UI	1 BOITE 10 SERINGUE PREREMPLIE	414,00	414,00	275,00	275,00	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE	P
6118001220243	HIBOR 5000 UI ANTI XA	BEMIPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 5000 UI	1 BOITE 2 SERINGUE PREREMPLIE	159,20	159,20	99,50	99,50	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE	P
6118001220250	HIBOR 5000 UI ANTI XA	BEMIPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 5000 UI	1 BOITE 10 SERINGUE PREREMPLIE	792,00	792,00	526,00	526,00	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE	P
6118001220274	HIBOR 7500 UI ANTI XA	BEMIPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 7500 UI	1 BOITE 2 SERINGUE PREREMPLIE	288,00	288,00	191,50	191,50	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE	P
6118001220281	HIBOR 7500 UI ANTI XA	BEMIPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 7500 UI	1 BOITE 10 SERINGUE PREREMPLIE	1179,00	1179,00	905,00	905,00	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE	P
6118000070528	HIPERDINE	NITRENDIPINE	COMPRIME à 20 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	78,10	78,10	48,80	48,80	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000070535	HIPERDINE	NITRENDIPINE	COMPRIME à 20 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	228,00	228,00	142,80	142,80	INHIBITEUR CALCIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000071280	HIPTENSIL	CAPTOPRIL	COMPRIME à 25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	75,00	75,00	46,90	46,90	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000071297	HIPTENSIL	CAPTOPRIL	COMPRIME à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	140,00	140,00	87,50	87,50	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000032595	HISTANORM	LORATADINE	SIROP à 5 MG	1 FLACON 60 ML	26,00	26,00	16,20	16,20	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000032601	HISTANORM	LORATADINE	SIROP à 5 MG	1 FLACON 120 ML	48,00	48,00	29,90	29,90	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000032441	HISTANORM	LORATADINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 15 COMPRIME	40,00	40,00	24,90	24,90	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000032625	HISTANORM	LORATADINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	58,00	58,00	36,10	36,10	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000091721	HISTAZINE	PROMETHAZINE	SOLUTION INJECTABLE à 50 MG	1 BOITE 5 AMPOULE INJECTABLE	9,70	9,70	6,00	6,00	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118001120055	HOLOXAN	IFOSFAMIDE	POUDRE POUR PERFUSION à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	409,00	409,00	272,00	272,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001120062	HOLOXAN	IFOSFAMIDE	POUDRE POUR PERFUSION à 2 G	1 BOITE 1 FLACON	826,00	826,00	549,00	549,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001120048	HOLOXAN	IFOSFAMIDE	POUDRE POUR PERFUSION à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON	258,00	258,00	161,20	161,20	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118000180401	HOSTACORTINE H	PREDNISOLONE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	21,70	21,70	13,60	13,60	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118000012351	HOSTACYCLINE	TETRACYCLINE	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	57,50	40,30	35,80	25,10	TETRACYCLINE	P
6118001071142	HUMALOG	INSULINE HUMAINE	SOLUTION INJECTABLE UR à 100 UI	5 CARTOUCHE 3 ML	485,00	485,00	322,00	322,00	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118001071517	HUMALOG KWIK PEN	INSULINE HUMAINE	SOLUTION INJECTABLE UR à 100 UI	1 STYLO PRE-REMPLE 3 ML	111,00	111,00	69,40	69,40	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118001071524	HUMALOG KWIK PEN MIX 25	INSULINE HUMAINE	SUSPENSION INJECTABLE INTERMEDIAIRE à 100 UI	1 STYLO PRE-REMPLE 3 ML	111,00	111,00	69,40	69,40	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118001071135	HUMALOG MIX 25	INSULINE HUMAINE	SUSPENSION INJECTABLE INTERMEDIAIRE à 100 UI	5 CARTOUCHE 3 ML	501,00	501,00	333,00	333,00	INSULINES ET ANALOGUES	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001071807	HUMALOG MIX 50 100 UI/ML KWIKPEN	INSULINE HUMAINE	SUSPENSION INJECTABLE à 100 UI	1 STYLO PRE-REMPLI 3 ML	111,00	111,00	69,40	69,40	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118001183982	HUMIRA 40MG	ADALIMUMAB	SOLUTION INJECTABLE à 40 MG	1 BOITE 2 SERINGUE PREREMLIE	11683,00	11683,00	11434,00	11434,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	P
6118001120512	HYDERGINE	DIHYDROERGOTOXINE	COMPRIME SECABLE à 4.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	123,30	123,30	81,60	81,60	VASODILATEUR PERIPHERIQUE	P
6118001310074	HYDROCORTISONE BIOCDEX 100 MG	HYDROCORTISONE	LYOPHILISAT POUR USAGE PARENTERAL à 100 MG	1 BOITE 1 FLACON DE LYOPHILISAT+AMPOULE DE SOLVANT	18,00	18,00	11,20	11,20	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118001310067	HYDROCORTISONE BIOCDEX 100 MG	HYDROCORTISONE	LYOPHILISAT POUR USAGE PARENTERAL à 100 MG	1 BOITE 100 FLACON	862,00	862,00	571,00	571,00	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118001100781	HYDROCORTISONE LEURQUIN	HYDROCORTISONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 100 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	18,00	18,00	11,20	11,20	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118001182909	HYDROCORTISONE ROUSSEL	HYDROCORTISONE	COMPRIME SECABLE à 10 MG	1 BOITE 25 COMPRIME	35,10	35,10	21,90	21,90	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118001130023	HYPERIUM	RILMENIDINE	COMPRIME à 1 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	113,50	113,50	70,90	70,90	ANTIHYPERTENSEUR D ACTION CENTRALE	P
6118000210313	HYPLOS 50 MG	LOSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 50 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	40,10	40,10	25,00	25,00	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000210320	HYPLOS 50 MG	LOSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 50 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	79,10	79,10	49,40	49,40	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000071419	HYPRIL	ENALAPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME SECABLE à 20 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME	71,50	71,50	44,70	44,70	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000071426	HYPRIL	ENALAPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME SECABLE à 20 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 60 COMPRIME	125,80	125,80	78,60	78,60	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000420248	HYPRIL 20 MG/12.5 MG	ENALAPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME à 20 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME	71,50	71,50	44,70	44,70	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000420255	HYPRIL 20 MG/12.5 MG	ENALAPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME à 20 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 60 COMPRIME	125,80	125,80	78,60	78,60	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118001020881	HYTACAND	CANDESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME à 8 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME	223,00	223,00	139,70	139,70	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001020898	HYTACAND	CANDESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME à 16 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME	241,00	241,00	150,80	150,80	ANTIHYPERTENSEUR	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000290056	HYZAAR	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME ENROBE à 50 / 12,5 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME	86,90	62,30	54,30	38,90	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118000290100	HYZAAR	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME ENROBE à 50 / 12,5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME	156,70	126,00	97,90	78,70	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001272105	IBANDRO ZENITH 6 MG/6 ML	ACIDE IBANDRONIQUE	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 6 MG	1 BOITE 1 FLACON	1459,00	1459,00	1193,00	1193,00	BIPHOSPHONATE	G
6118000230328	IBEFLOX	OFLOXACINE	COMPRIME à 200 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	62,00	62,00	38,60	38,60	FLUOROQUINOLONE	G
6118000230533	IBERTIN	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 12 SACHET	93,00	93,00	57,90	57,90	PENICILLINE	G
6118000230540	IBERTIN	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 14 SACHET	108,50	108,50	67,60	67,60	PENICILLINE	G
6118000230557	IBERTIN	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 16 SACHET	124,00	124,00	77,20	77,20	PENICILLINE	G
6118000230564	IBERTIN	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 24 SACHET	167,00	167,00	104,00	104,00	PENICILLINE	G
6118000230496	IBERTIN	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SOLUTION BUVABLE à 500 / 62,5 MG / MG	1 BOITE 12 SACHET	66,30	66,30	41,30	41,30	PENICILLINE	G
6118000230502	IBERTIN	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 / 62,5 MG / MG	1 BOITE 14 SACHET	77,40	77,40	48,20	48,20	PENICILLINE	G
6118000230519	IBERTIN	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 / 62,5 MG / MG	1 BOITE 16 SACHET	88,30	88,30	55,00	55,00	PENICILLINE	G
6118000230526	IBERTIN	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SOLUTION BUVABLE à 500 / 62,5 MG / MG	1 BOITE 24 SACHET	116,90	116,90	72,80	72,80	PENICILLINE	G
6118000210153	IBUMAC 100 MG/ 5 ML	IBUPROFENE	SUSPENSION BUVABLE à 100 MG	1 FLACON 200 ML	19,00	19,00	11,80	11,80	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000210177	IBUMAC 300 MG LP	IBUPROFENE	GELULE LP à 300 MG	1 BOITE 30 GELULE LP	42,00	42,00	26,20	26,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000140818	IBUPHIL	IBUPROFENE	SIROP à 2 %	1 FLACON 100 ML	16,50	16,50	10,30	10,30	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000071655	ICAM 5 MG	LEVOCETIRIZINE	COMPRIME PELLICULE à 5 MG	1 BOITE 7 COMPRIME PELLICULE	25,30	25,30	15,80	15,80	ANTIHISTAMINIQUE H1	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000071662	ICAM 5 MG	LEVOCETIRIZINE	COMPRIME PELLICULE à 5 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	45,20	45,20	28,20	28,20	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000071679	ICAM 5 MG	LEVOCETIRIZINE	COMPRIME PELLICULE à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	90,50	90,50	56,40	56,40	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000310037	ICANAL	NICARDIPINE	COMPRIME à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	65,40	65,40	40,90	40,90	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000310044	ICANAL	NICARDIPINE	COMPRIME à 20 MG	1 BOITE 50 COMPRIME	109,00	109,00	68,10	68,10	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000310051	ICANAL RETARD	NICARDIPINE	COMPRIME LP à 40 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	140,20	140,20	87,70	87,70	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118001120529	ICAZ LP	ISRADIPINE	GELULE LP à 2.5 MG	1 BOITE 30 GELULE	118,10	118,10	73,80	73,80	INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118001120536	ICAZ LP	ISRADIPINE	GELULE LP à 5 MG	1 BOITE 30 GELULE	205,00	205,00	128,30	128,30	INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118001040285	ICIN 0.3 %	CIPROFLOXACINE	COLLYRE à 0.3 %	1 FLACON 5 ML	27,50	27,50	17,10	17,10	FLUOROQUINOLONE	G
6118000010814	IDEOS	CALCIUM / COLECALCIFEROL (VITAMINE D3)	COMPRIME A SUCER à 500 / 400 MG / UI	1 BOITE 30 COMPRIME	53,40	42,20	33,30	26,30	ELEMENT MINERAL/VITAMINE	P
6118000230106	IDOL 100 MG	INDOMETACINE	SUPPOSITOIRE à 100 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	19,90	19,90	12,40	12,40	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000230113	IDOL 100 MG	INDOMETACINE	SUPPOSITOIRE à 100 MG	1 BOITE 20 SUPPOSITOIRE	37,70	37,70	23,50	23,50	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118001150892	IMATEC	IMATINIB	GELULE à 100 MG	1 BOITE 120 GELULE	3800,00	3800,00	3500,00	3500,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001101443	IMATINIB COOPER	IMATINIB	GELULE à 100 MG	1 BOITE 120 GELULE	3500,00	3500,00	3191,00	3191,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001140657	IMIGRAN	SUMATRIPTAN	COMPRIME PELLICULE à 50 MG	1 BOITE 2 COMPRIME	130,90	130,90	81,50	81,50	ANTI-MIGRAINEUX	P
	IMMUCYST	LA TUBERCULOSE [BCG]	POUDRE POUR SUSPENSION INTRAVESICALE	1 BOITE 1 FLACON DE POUDRE + FLACON DE SOLVANT			840,00	840,00	VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P
	IMMUNOGLOBULINE NORMALE IV-LFB-CNTS 50 MG/ML	IMMUNOGLOBULINE HUMAINE NORMALE	POUDRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION à 5 G/100ML	1 BOITE 1 FLACON 100 ML	1130,00	1130,00	1130,00	1130,00	IMMUNOGLOBULINE ET IMMUNOSERUM	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
	IMMUNOGLOBULINE NORMALE IV-LFB-CNTS 50 MG/ML	IMMUNOGLOBULINE HUMAINE NORMALE	POUDRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION à 10 G/200ML	1 BOITE 1 FLACON 200 ML	4800,00	4800,00			IMMUNOGLOBULINE ET IMMUNOSERUM	P
6118001340071	IMMUNORHO	IMMUNOGLOBULINES HUMAINES ANTI-D	POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE à 300 µG	1 BOITE 1 FLACON DE POUDRE+AMPOULE DE SOLVANT	735,00	735,00	487,00	487,00	IMMUNOGLOBULINE ET IMMUNOSERUM	G
6118000012368	IMOVANE	ZOPICLONE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 7.5 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	42,90	42,90	26,70	26,70	HYPNOTIQUE	P
6118001071456	IMUREL	AZATHIOPRINE	COMPRIME PELLICULE à 50 MG	1 BOITE 100 COMPRIME PELLICULE	378,00	378,00	251,00	251,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	P
6118001100019	IMUSPORIN	CICLOSPORINE	CAPSULE MOLLE à 25 MG	1 BOITE 50 CAPSULE MOLLE	544,00	544,00	360,00	360,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	G
6118001100026	IMUSPORIN	CICLOSPORINE	CAPSULE MOLLE à 50 MG	1 BOITE 50 CAPSULE MOLLE	1063,00	1063,00	762,00	762,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	G
6118001100033	IMUSPORIN	CICLOSPORINE	CAPSULE MOLLE à 100 MG	1 BOITE 50 CAPSULE MOLLE	1691,00	1691,00	1406,00	1406,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	G
6118000070542	INALER	SALBUTAMOL	SOLUTION BUvable à 2 MG/5ML	1 FLACON 100 ML	16,30	16,30	10,20	10,20	BRONCHODILATEUR	G
6118001250349	INALER	SALBUTAMOL	SUSPENSION POUR INHALATION BUCCALE à 100 µG	1 FLACON 200 DOSE	45,30	45,30	28,30	28,30	BRONCHODILATEUR	G
6118001270088	INDOCOLLYRE	INDOMETACINE	COLLYRE à 0.1 %	1 FLACON 5 ML	58,00	58,00	36,10	36,10	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000031604	INDOLAN	INDOMETACINE	GELULE à 25 MG	1 BOITE 30 GELULE	27,80	27,80	17,30	17,30	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000031611	INDOLAN	INDOMETACINE	SUPPOSITOIRE à 50 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	23,50	23,50	14,60	14,60	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000031628	INDOLAN	INDOMETACINE	SUPPOSITOIRE à 100 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	38,20	38,20	23,80	23,80	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000090410	INDOPHARM	INDOMETACINE	GELULE à 25 MG	1 BOITE 30 GELULE	20,30	20,30	12,60	12,60	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000090427	INDOPHARM	INDOMETACINE	SUPPOSITOIRE à 50 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	14,60	14,60	9,10	9,10	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000090403	INDOPHARM	INDOMETACINE	SUPPOSITOIRE à 100 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	21,20	21,20	13,20	13,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000250272	INDUCTAN	TRIMEBUTINE	GRANULE POUR SUSPENSION BUVABLE à 0.787 %	1 FLACON 250 ML	35,90	30,80	22,40	19,20	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	P
6118000250258	INDUCTAN	TRIMEBUTINE	COMPRIME ENROBE à 100 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	37,60	37,60	23,40	23,40	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	P
6118000250265	INDUCTAN	TRIMEBUTINE	SUPPOSITOIRE à 100 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	22,40	22,40	14,00	14,00	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	P
6118001140718	INFANRIX HEXA	VACCIN D.T.COQ.P.HIB.HEPATITE B	POUDRE ET SOLVANT POUR SUSPENSION INJECTABLE	1 BOITE 1 FLACON	348,00	348,00	230,00	230,00	VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P
6118001140695	INFANRIX IPV	VACCIN D.T.COQ.P	SUSPENSION INJECTABLE	1 BOITE 1 SERINGUE PREREMPLIE	177,00	177,00	110,30	110,30	VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P
6118001140701	INFANRIX IPV / HIB	VACCIN D.T.COQ.P.HIB	POUDRE ET SOLVANT POUR SUSPENSION INJECTABLE	1 BOITE 1 SERINGUE PREREMPLIE + FLACON HIB LYOPHIL	299,00	299,00	198,50	198,50	VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P
6118001000043	INTERFERON ALPHA-2A	INTERFERON ALFA-2A	SOLUTION INJECTABLE à 4.5 MUI	1 BOITE 1 FLACON	395,00	395,00	262,00	262,00	IMMUNOSTIMULANT IMMUNOMODULATEUR	G
6118001000050	INTERFERON ALPHA-2A	INTERFERON ALFA-2A	SOLUTION INJECTABLE à 9 MUI	1 BOITE 1 FLACON	764,00	764,00	507,00	507,00	IMMUNOSTIMULANT IMMUNOMODULATEUR	G
6118001000036	INTERFERON ALPHA-2A	INTERFERON ALFA-2A	SOLUTION INJECTABLE à 3 MUI	1 BOITE 1 FLACON	269,00	269,00	168,10	168,10	IMMUNOSTIMULANT IMMUNOMODULATEUR	G
6118001050147	INHIBACE	CILAZAPRIL	COMPRIME PELLICULE à 2.5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME SECABLE	109,70	109,70	68,60	68,60	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	P
6118001050154	INHIBACE	CILAZAPRIL	COMPRIME PELLICULE à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME SECABLE	179,90	179,90	112,40	112,40	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	P
6118000340140	INIKAL 10 MG	AMLODIPINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	76,00	76,00	47,50	47,50	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000340126	INIKAL 5 MG	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	43,00	43,00	26,90	26,90	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000340133	INIKAL 5 MG	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	81,00	81,00	50,60	50,60	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000033349	INILASE 75 MG	CLOPIDOGREL	COMPRIME PELLICULE à 75 MG	1 BOITE 15 COMPRIME PELLICULE	118,30	118,30	74,00	74,00	ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE	G
6118000033356	INILASE 75 MG	CLOPIDOGREL	COMPRIME PELLICULE à 75 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	213,00	213,00	133,50	133,50	ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001200627	INNOHEP 10 000 UI ANTI-XA/0,5 ML	TINZAPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 10000 UI	1 BOITE 2 SERINGUE PREREMPLIE	267,00	267,00	167,10	167,10	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	P
6118001200634	INNOHEP 14 000 UI ANTI-XA/0,7 ML	TINZAPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 14000 UI	1 BOITE 2 SERINGUE PREREMPLIE	328,00	328,00	218,00	218,00	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	P
6118001200641	INNOHEP 18 000 UI ANTI-XA/0,9 ML	TINZAPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 18000 UI	1 BOITE 2 SERINGUE PREREMPLIE	402,00	402,00	267,00	267,00	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	P
6118001200597	INNOHEP 2500 UI ANTI-XA/0,25 ML	TINZAPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 2500 UI	1 BOITE 2 SERINGUE PREREMPLIE	73,10	73,10	45,70	45,70	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	P
6118001200603	INNOHEP 3500 UI ANTI-XA/0,35 ML	TINZAPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 3500 UI	1 BOITE 2 SERINGUE PREREMPLIE	100,50	100,50	62,80	62,80	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	P
6118001200610	INNOHEP 4500 UI ANTI-XA/0,45 ML	TINZAPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 4500 UI	1 BOITE 2 SERINGUE PREREMPLIE	133,10	133,10	83,20	83,20	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	P
6118000022220	INOPRIL 4 MG	PERINDOPRIL	COMPRIME SECABLE à 4 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	105,00	105,00	65,60	65,60	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000022237	INOPRIL 8 MG	PERINDOPRIL	COMPRIME SECABLE à 8 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	200,00	200,00	125,00	125,00	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000082095	INROS 70MG	ALENDRONATE	COMPRIME à 70 MG	1 BOITE 4 COMPRIME	170,00	170,00	105,90	105,90	BIPHOSPHONATE	G
6118000082101	INROS 70MG	ALENDRONATE	COMPRIME à 70 MG	1 BOITE 12 COMPRIME	445,00	445,00	294,00	294,00	BIPHOSPHONATE	G
6118001072064	INSULET 30/70 100 UI/ML	INSULINE HUMAINE	SUSPENSION INJECTABLE INTERMEDIAIRE à 100 UI	1 BOITE 1 CARTOUCHE	54,10	54,10	33,80	33,80	INSULINES ET ANALOGUES	G
6118001072071	INSULET 30/70 100 UI/ML	INSULINE HUMAINE	SUSPENSION INJECTABLE INTERMEDIAIRE à 100 UI	1 BOITE 5 CARTOUCHE	260,00	260,00	163,00	163,00	INSULINES ET ANALOGUES	G
6118000021070	INSULET MIX 30	INSULINE HUMAINE	SUSPENSION INJECTABLE INTERMEDIAIRE à 100 UI	1 FLACON 10 ML	85,00	85,00	53,10	53,10	INSULINES ET ANALOGUES	G
6118001072040	INSULET N 100 UI/ML	INSULINE HUMAINE	SUSPENSION INJECTABLE INTERMEDIAIRE à 100 UI	1 BOITE 1 CARTOUCHE	54,10	54,10	33,80	33,80	INSULINES ET ANALOGUES	G
6118001072057	INSULET N 100 UI/ML	INSULINE HUMAINE	SUSPENSION INJECTABLE INTERMEDIAIRE à 100 UI	1 BOITE 5 CARTOUCHE	260,00	260,00	163,00	163,00	INSULINES ET ANALOGUES	G
6118000021094	INSULET NPH	INSULINE HUMAINE	SUSPENSION INJECTABLE INTERMEDIAIRE à 100 UI	1 FLACON 10 ML	85,00	85,00	53,10	53,10	INSULINES ET ANALOGUES	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001072026	INSULET R 100 UI/ML	INSULINE HUMAINE	SOLUTION INJECTABLE à 100 UI	1 BOITE 1 CARTOUCHE	54,10	54,10	33,80	33,80	INSULINES ET ANALOGUES	G
6118001072033	INSULET R 100 UI/ML	INSULINE HUMAINE	SOLUTION INJECTABLE à 100 UI	1 BOITE 5 CARTOUCHE	260,00	260,00	163,00	163,00	INSULINES ET ANALOGUES	G
6118000021087	INSULET RAPIDE	INSULINE HUMAINE	SOLUTION INJECTABLE à 100 UI	1 FLACON 10 ML	85,00	85,00	53,10	53,10	INSULINES ET ANALOGUES	G
6118001120185	INSULINE ACTRAPID HM	INSULINE HUMAINE	SOLUTION INJECTABLE à 100 UI	1 FLACON 10 ML	193,10	130,00	120,70	81,20	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118001121236	INSULINE ACTRAPID HM PENFILL	INSULINE HUMAINE	SOLUTION INJECTABLE à 100 UI	1 CARTOUCHE 3 ML	73,00	73,00	48,30	48,30	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118001120215	INSULINE ACTRAPID HM PENFILL	INSULINE HUMAINE	SOLUTION INJECTABLE à 100 UI	5 CARTOUCHE 3 ML	350,00	350,00	232,00	232,00	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118001120208	INSULINE INSULATARD HM	INSULINE HUMAINE	SUSPENSION INJECTABLE INTERMEDIAIRE à 100 UI	1 FLACON 10 ML	192,30	130,00	120,20	81,20	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118001121243	INSULINE INSULATARD HM PENFILL	INSULINE HUMAINE	SUSPENSION INJECTABLE INTERMEDIAIRE à 100 UI	1 CARTOUCHE 3 ML	73,00	73,00	48,30	48,30	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118001120222	INSULINE INSULATARD HM PENFILL	INSULINE HUMAINE	SUSPENSION INJECTABLE INTERMEDIAIRE à 100 UI	5 CARTOUCHE 3 ML	350,00	350,00	232,00	232,00	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118001120192	INSULINE MIXTARD 30 HM	INSULINE HUMAINE	SUSPENSION INJECTABLE INTERMEDIAIRE à 100 UI	1 FLACON 10 ML	190,30	130,00	118,90	81,20	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118001121250	INSULINE MIXTARD 30 HM PENFILL	INSULINE HUMAINE	SUSPENSION INJECTABLE INTERMEDIAIRE à 100 UI	1 CARTOUCHE 3 ML	73,00	73,00	48,30	48,30	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118001120246	INSULINE MIXTARD 30 HM PENFILL	INSULINE HUMAINE	SUSPENSION INJECTABLE INTERMEDIAIRE à 100 UI	5 CARTOUCHE 3 ML	350,00	350,00	232,00	232,00	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118000010852	INTETRIX	TILQUINOL / TILBROQUINOL	GELULE à 50 / 200 MG / MG	1 BOITE 20 GELULE	33,90	33,90	21,10	21,10	ANTIPARASITAIRE	P
6118000010869	INTETRIX	TILQUINOL / TILBROQUINOL	GELULE à 50 / 200 MG / MG	1 BOITE 40 GELULE	60,00	60,00	37,40	37,40	ANTIPARASITAIRE	P
6118000280088	INTRALGIS	IBUPROFENE	COMPRIME PELLICULE à 200 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	22,70	22,70	14,10	14,10	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000280095	INTRALGIS SUSPENSION PEDIATRIQUE	IBUPROFENE	SUSPENSION BUVABLE à 2 %	1 FLACON 150 ML	22,00	22,00	13,70	13,70	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001150151	INTRONA	INTERFERON ALFA-2B	SOLUTION INJECTABLE à 18 MUI	1 STYLO 1,5 ML			1200,00	1200,00	IMMUNOSTIMULANT IMMUNOMODULATEUR	P
6118001150168	INTRONA	INTERFERON ALFA-2B	SOLUTION INJECTABLE à 30 MUI	1 STYLO 1,5 ML			2020,00	2020,00	IMMUNOSTIMULANT IMMUNOMODULATEUR	P
6118001160426	INVANZ	ERTAPENEME	POUDRE POUR PERFUSION à 1 G	1 FLACON 20 ML	746,00	746,00	494,00	494,00	ANTIBACTERIEN	P
6118001070312	IOPIDINE	APRACLONIDINE	COLLYRE à 0,5 %	1 FLACON 5 ML	153,30	153,30	95,50	95,50	ANTIGLAUCOMATEUX	P
6118000070870	IPOSEC	LANSOPRAZOLE	GELULE GASTRO-RESISTANTE à 30 MG	1 BOITE 15 GELULE GASTRO-RESISTANTE	59,00	59,00	36,80	36,80	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000070887	IPOSEC	LANSOPRAZOLE	GELULE GASTRO-RESISTANTE à 30 MG	1 BOITE 30 GELULE GASTRO-RESISTANTE	119,00	119,00	74,10	74,10	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000190547	IPP	OMEPRAZOLE	GELULE GASTRO-RESISTANTE à 20 MG	1 BOITE 14 GELULE	52,80	52,80	32,90	32,90	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000191049	IPP	OMEPRAZOLE	GELULE GASTRO-RESISTANTE à 20 MG	1 BOITE 28 GELULE	95,00	95,00	59,20	59,20	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118001071531	IPROST LP	ALFUZOSINE	COMPRIME LP à 10 MG	1 BOITE 10 COMPRIME A LP	56,00	56,00	34,90	34,90	ALPHA-BLOQUANT	G
6118001071548	IPROST LP	ALFUZOSINE	COMPRIME LP à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME A LP	147,50	147,50	91,90	91,90	ALPHA-BLOQUANT	G
6118000380566	IRBESAR SUN 150 MG	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 150 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	64,80	64,80	40,50	40,50	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000380573	IRBESAR SUN 150 MG	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 150 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	120,80	120,80	75,50	75,50	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000380580	IRBESAR SUN 300 MG	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 300 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	84,80	84,80	53,00	53,00	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000380597	IRBESAR SUN 300 MG	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 300 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	150,80	150,80	94,30	94,30	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118001151059	IRINOCYT 100 MG/5ML	IRINOTECAN	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 100 MG	1 FLACON 5 ML	1313,00	1313,00	1043,00	1043,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001151042	IRINOCYT 40 MG/2ML	IRINOTECAN	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 40 MG	1 FLACON 2 ML	533,00	533,00	354,00	354,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001101450	IRINOTECAN COOPER	IRINOTECAN	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 40 MG	1 FLACON 2 ML	506,00	506,00	336,00	336,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001101467	IRINOTECAN COOPER	IRINOTECAN	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 100 MG	1 FLACON 5 ML	1096,00	1096,00	819,00	819,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001350018	IRINOTECAN MYLAN 20 MG/ML	IRINOTECAN	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 40 MG	1 FLACON 2 ML	450,00	450,00	299,00	299,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001430123	IRINOTECAN MYLAN 20 MG/ML	IRINOTECAN	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 40 MG	1 FLACON 2 ML	450,00	450,00	299,00	299,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001430130	IRINOTECAN MYLAN 20 MG/ML	IRINOTECAN	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 100 MG	1 FLACON 5 ML	975,00	975,00	695,00	695,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001350025	IRINOTECAN MYLAN 20 MG/ML	IRINOTECAN	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 100 MG	1 FLACON 5 ML	975,00	975,00	695,00	695,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001430147	IRINOTECAN MYLAN 20 MG/ML	IRINOTECAN	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 300 MG	1 FLACON 15 ML	1418,00	1418,00	1150,00	1150,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001350032	IRINOTECAN MYLAN 20 MG/ML	IRINOTECAN	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 300 MG	1 FLACON 15 ML	1418,00	1418,00	1150,00	1150,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001300693	IRINOTECAN SUN 100 MG/5 ML	IRINOTECAN	CONCENTRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION à 100 MG	1 FLACON 5 ML	1095,00	1095,00	819,00	819,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001300686	IRINOTECAN SUN 40 MG/2 ML	IRINOTECAN	CONCENTRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION à 40 MG	1 FLACON 2 ML	505,00	505,00	336,00	336,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001260454	IRINOTECAN THYMOORGAN	IRINOTECAN	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 40 MG	1 FLACON 2 ML	520,00	520,00	345,00	345,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001260461	IRINOTECAN THYMOORGAN	IRINOTECAN	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 100 MG	1 FLACON 5 ML	1313,00	1313,00	1042,00	1042,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001260478	IRINOTECAN THYMOORGAN	IRINOTECAN	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 300 MG	1 FLACON 15 ML	1576,00	1576,00	1313,00	1313,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118000051213	IRPHI 150 MG	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 150 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	50,00	50,00	31,30	31,30	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000051220	IRPHI 150 MG	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 150 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	92,00	92,00	57,50	57,50	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000051237	IRPHI 150 MG	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 150 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	129,00	129,00	80,60	80,60	ANTIHYPERTENSEUR	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000051244	IRPHI 300 MG	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 300 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	65,00	65,00	40,60	40,60	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000051251	IRPHI 300 MG	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 300 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	120,00	120,00	75,00	75,00	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000051268	IRPHI 300 MG	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 300 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	164,00	164,00	102,00	102,00	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000051275	IRPHI PLUS 150/12,5 MG	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 150 / 12,5 MG / MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	55,00	55,00	34,40	34,40	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000051282	IRPHI PLUS 150/12,5 MG	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 150 / 12,5 MG / MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	99,30	99,30	62,10	62,10	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000051299	IRPHI PLUS 150/12,5 MG	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 150 / 12,5 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	142,00	142,00	88,80	88,80	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000051305	IRPHI PLUS 300/12,5 MG	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 300 / 12,5 MG / MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	60,70	60,70	37,90	37,90	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000051312	IRPHI PLUS 300/12,5 MG	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 300 / 12,5 MG / MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	112,80	112,80	70,50	70,50	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000051329	IRPHI PLUS 300/12,5 MG	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 300 / 12,5 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	169,30	169,30	105,80	105,80	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000051336	IRPHI PLUS 300/25 MG	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 300 / 25 MG / MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	62,40	62,40	39,00	39,00	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000051343	IRPHI PLUS 300/25 MG	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 300 / 25 MG / MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	116,40	116,40	72,80	72,80	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000051350	IRPHI PLUS 300/25 MG	IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 300 / 25 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	174,60	174,60	109,10	109,10	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000071884	IRVEL 150 MG	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 150 MG	1 BOITE 7 COMPRIME PELLICULE	36,00	36,00	22,50	22,50	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000071891	IRVEL 150 MG	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 150 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	64,00	64,00	40,00	40,00	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000071907	IRVEL 150 MG	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 150 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	120,00	120,00	75,00	75,00	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000071914	IRVEL 300 MG	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 300 MG	1 BOITE 7 COMPRIME PELLICULE	47,00	47,00	29,40	29,40	ANTIHYPERTENSEUR	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000071921	IRVEL 300 MG	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 300 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	84,00	84,00	52,50	52,50	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000071938	IRVEL 300 MG	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 300 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	150,00	150,00	93,80	93,80	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000191704	ISOF 400 MG	SOFOSBUVIR	COMPRIME PELLICULE à 400 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	3000,00	3000,00	2676,00	2676,00	ANTIVIRAL	G
6118000021445	ISOLONE	PREDNISOLONE	COMPRIME EFFERVESCENT à 20 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	40,00	40,00	25,00	25,00	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118000020257	ISOLONE	PREDNISOLONE	COMPRIME à 50 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	85,80	85,80	53,60	53,60	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118000020035	ISOLONE	PREDNISOLONE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	22,00	22,00	13,70	13,70	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118000021438	ISOLONE	PREDNISOLONE	COMPRIME EFFERVESCENT à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	23,00	23,00	14,40	14,40	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118000020806	ISOLONE	PREDNISOLONE	COMPRIME à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	57,10	57,10	35,70	35,70	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118000020028	ISONE	PREDNISONE	COMPRIME à 20 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	45,80	45,80	28,60	28,60	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118000020264	ISONE	PREDNISONE	COMPRIME à 50 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	85,80	85,80	53,60	53,60	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118000021308	ISONE	PREDNISONE	COMPRIME à 1 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	12,30	12,30	7,70	7,70	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118000020011	ISONE	PREDNISONE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	19,00	19,00	11,90	11,90	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118001102235	ISPERID COOPER	RISPERIDONE	COMPRIME PELLICULE à 3 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	186,70	186,70	116,30	116,30	NEUROLEPTIQUE	G
6118001102198	ISPERID COOPER 1MG	RISPERIDONE	COMPRIME PELLICULE à 1 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	81,90	81,90	51,00	51,00	NEUROLEPTIQUE	G
6118001102204	ISPERID COOPER 1MG	RISPERIDONE	COMPRIME PELLICULE à 1 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	144,10	144,10	89,80	89,80	NEUROLEPTIQUE	G
6118001102211	ISPERID COOPER 2MG	RISPERIDONE	COMPRIME PELLICULE à 2 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	134,30	134,30	83,70	83,70	NEUROLEPTIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001102228	ISPERID COOPER 2MG	RISPERIDONE	COMPRIME PELLICULE à 2 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	236,00	236,00	147,30	147,30	NEUROLEPTIQUE	G
6118001102242	ISPERID COOPER 4MG	RISPERIDONE	COMPRIME PELLICULE à 4 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	220,00	220,00	137,20	137,20	NEUROLEPTIQUE	G
6118000180777	ISTACYNE	DOXYCYCLINE	COMPRIME à 100 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	22,00	22,00	13,70	13,70	TETRACYCLINE	G
6118000180784	ISTACYNE 200 MG	DOXYCYCLINE	COMPRIME à 200 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	33,00	33,00	20,60	20,60	TETRACYCLINE	G
6118001181421	ISUPREL	ISOPRENALINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 0.2 MG	50 AMPOULE 1 ML	688,00	688,00	457,00	457,00	SYMPATHOMIMETIQUE	P
6118001181438	IXEL	MILNACIPRAN	GELULE à 25 MG	1 BOITE 56 GELULE	170,90	170,90	106,50	106,50	ANTIDEPRESSEUR	P
6118001181445	IXEL	MILNACIPRAN	GELULE à 50 MG	1 BOITE 56 GELULE	295,00	295,00	195,50	195,50	ANTIDEPRESSEUR	P
6118000032755	IXOR	OMEPRAZOLE	COMPRIME EFFERVESCENT à 10 MG	1 BOITE 7 COMPRIME	25,20	15,00	15,70	9,40	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	P
6118000032786	IXOR	OMEPRAZOLE	COMPRIME EFFERVESCENT à 20 MG	1 BOITE 7 COMPRIME	41,30	30,00	25,70	18,70	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	P
6118000032762	IXOR	OMEPRAZOLE	COMPRIME EFFERVESCENT à 10 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	46,60	26,50	29,00	16,50	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	P
6118000032793	IXOR	OMEPRAZOLE	COMPRIME EFFERVESCENT à 20 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	73,80	52,80	46,00	32,90	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	P
6118000032779	IXOR	OMEPRAZOLE	COMPRIME EFFERVESCENT à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	86,00	51,10	53,60	31,90	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	P
6118000032809	IXOR	OMEPRAZOLE	COMPRIME EFFERVESCENT à 20 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	118,50	102,00	73,90	63,50	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	P
6118001160495	JANUMET	SITAGLIPTINE / METFORMINE	COMPRIME PELLICULE à 50 / 1000 MG / MG	1 BOITE 56 COMPRIME	437,00	437,00	291,00	291,00	ANTIDIABETIQUES	P
6118001160457	JANUVIA	SITAGLIPTINE	COMPRIME PELLICULE à 100 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	393,00	393,00	261,00	261,00	ANTIDIABETIQUES	P
6118000170341	JOSACINE	JOSAMYCINE	GRANULE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 MG	1 FLACON 15 G	127,60	127,60	79,50	79,50	MACROLIDE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001090150	JOSACINE	JOSAMYCINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 1 G	1 FLACON 10 COMPRIME	185,00	185,00	115,30	115,30	MACROLIDE	P
6118000170334	JOSACINE	JOSAMYCINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	140,20	140,20	87,40	87,40	MACROLIDE	P
6118000023166	JOSACINE 125 MG/5 ML	JOSAMYCINE	GRANULE POUR SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 FLACON 15 G	45,90	45,90	28,60	28,60	MACROLIDE	P
6118000023173	JOSACINE 250 MG/ 5 ML	JOSAMYCINE	GRANULE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 15 G	78,60	78,60	49,00	49,00	MACROLIDE	P
6118000023197	JOSACINE 500 MG	JOSAMYCINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	140,20	140,20	87,40	87,40	MACROLIDE	P
6118000023180	JOSACINE 500 MG/ 5 ML	JOSAMYCINE	GRANULE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 MG	1 FLACON 20 G	127,60	127,60	79,50	79,50	MACROLIDE	P
6118000170327	JOSACINE ENFANT	JOSAMYCINE	GRANULE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 15 G	82,90	82,90	51,70	51,70	MACROLIDE	P
6118000170310	JOSACINE NOURISSON	JOSAMYCINE	GRANULE POUR SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 FLACON 15 G	50,10	50,10	31,20	31,20	MACROLIDE	P
6118000340041	KALEST	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 7 GELULE	30,00	30,00	18,70	18,70	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000340058	KALEST	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 14 GELULE	42,00	42,00	26,20	26,20	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000340065	KALEST	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 28 GELULE	75,00	75,00	46,70	46,70	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118001081196	KARDEGIC	ACIDE ACETYSALICYLIQUE	POUDRE POUR SOLUTION BUVABLE à 300 MG	1 BOITE 30 SACHET	30,70	30,70	19,20	19,20	ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE	P
6118001081189	KARDEGIC	ACIDE ACETYSALICYLIQUE	POUDRE POUR SOLUTION BUVABLE à 160 MG	1 BOITE 30 SACHET	35,70	35,70	22,30	22,30	ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE	P
6118000061847	KARDEGIC 75MG	ACIDE ACETYSALICYLIQUE	POUDRE POUR SOLUTION BUVABLE à 75 MG	1 BOITE 30 SACHET DOSE	30,70	30,70	19,20	19,20	ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE	P
6118000091295	KEFOTAX IM	CEFOTAXIME	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	69,00	69,00	43,00	43,00	CEPHALOSPORINE	G
6118000091288	KEFOTAX IV	CEFOTAXIME	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	69,00	69,00	43,00	43,00	CEPHALOSPORINE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000021315	KEFZOL	CEFAZOLINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	30,00	30,00	18,70	18,70	CEPHALOSPORINE	G
6118001121120	KENACORT RETARD	TRIAMCINOLONE	SUSPENSION INJECTABLE à 40 MG	1 BOITE 1 AMPOULE	32,60	32,60	20,30	20,30	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118001142590	KEPPRA 250 MG	LEVETIRACETAM	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 60 COMPRIME PELLICULE	348,00	348,00	231,00	231,00	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	P
6118001142606	KEPPRA 500 MG	LEVETIRACETAM	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 60 COMPRIME PELLICULE	666,00	666,00	441,00	441,00	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	P
6118001081202	KERLONE	BETAXOLOL	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 20 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	127,60	127,60	79,70	79,70	BETABLOQUANT	P
6118001240104	KETALGIC LP 100 MG	KETOPROFENE	GELULE LP à 100 MG	1 BOITE 14 GELULE LP	42,00	42,00	26,20	26,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118001240111	KETALGIC LP 200 MG	KETOPROFENE	GELULE LP à 200 MG	1 BOITE 14 GELULE	71,00	71,00	44,20	44,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000310082	KETOFLEX	KETOPROFENE	GELULE à 50 MG	1 BOITE 24 GELULE	24,50	24,50	15,30	15,30	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000310068	KETOFLEX	KETOPROFENE	SUPPOSITOIRE à 100 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	24,50	24,50	15,30	15,30	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118001200535	KIDROLASE	ASPARAGINASE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 10000 UI	1 BOITE 10 FLACON	4428,00	4428,00	4146,00	4146,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001240043	KLARCINE 250 MG	CLARITHROMYCINE	COMPRIME ENROBE à 250 MG	1 BOITE 12 COMPRIME ENROBE	102,00	102,00	63,50	63,50	MACROLIDE	G
6118001240050	KLARCINE 500 MG	CLARITHROMYCINE	COMPRIME ENROBE à 500 MG	1 BOITE 14 COMPRIME ENROBE	192,20	192,20	119,80	119,80	MACROLIDE	G
6118000300014	KLIACEF	CEFACLOR	GRANULE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 100 ML	92,80	92,80	57,80	57,80	CEPHALOSPORINE	G
6118000011187	KLIPAL CODEINE	PARACETAMOL / CODEINE	COMPRIME à 300 / 25 MG / MG	1 BOITE 10 COMPRIME	14,00	14,00	8,70	8,70	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P
6118000150121	KLONOPIN	CLONAZEPAM	COMPRIME QUADRISECABLE à 2 MG	1 BOITE 40 COMPRIME	41,20	41,20	25,70	25,70	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	P
6118001090556	KOGENATE 1000 UI	OCTOCOG ALPHA (FVIII RECOMBINANT)	POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE à 1000 UI	1 KIT 1000 UI	7422,00	7422,00	7177,00	7177,00	FACTEUR DE COAGULATION	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001090532	KOGENATE 250 UI	OCTOCOG ALPHA (FVIII RECOMBINANT)	POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE à 250 UI	1 KIT 250 UI	2089,00	2089,00	1814,00	1814,00	FACTEUR DE COAGULATION	P
6118001090549	KOGENATE 500 UI	OCTOCOG ALPHA (FVIII RECOMBINANT)	POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE à 500 UI	1 KIT 500 UI	3964,00	3964,00	3628,00	3628,00	FACTEUR DE COAGULATION	P
6118001050178	KONAKION MM	PHYTOMENADIONE	SOLUTION BUVABLE ET INJECTABLE à 10 MG	1 BOITE 5 AMPOULE INJECTABLE ET BUVABLE	44,70	44,70	27,80	27,80	ANTIHÉMORRAGIQUE	P
6118001050161	KONAKION MM PAEDIATRIC	PHYTOMENADIONE	SOLUTION BUVABLE ET INJECTABLE à 2 MG	1 BOITE 5 AMPOULE INJECTABLE ET BUVABLE	44,70	44,70	27,80	27,80	ANTIHÉMORRAGIQUE	P
6118000094586	KOPRED 20 MG	PREDNISOLONE	COMPRIME EFFERVESCENT à 20 MG	1 BOITE 20 COMPRIME EFFERVESCENT	36,40	36,40	22,80	22,80	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118000094876	KOPRED 5 MG	PREDNISOLONE	COMPRIME EFFERVESCENT à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME EFFERVESCENT	23,00	23,00	14,40	14,40	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118000140788	LACINE	LOSARTAN	COMPRIME ENROBE SECABLE à 50 MG	1 BOITE 15 COMPRIME ENROBE	89,70	89,70	56,00	56,00	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000140689	LACINE	LOSARTAN	COMPRIME ENROBE SECABLE à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME ENROBE	159,90	159,90	100,00	100,00	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118001140725	LACIPIL	LACIDIPINE	COMPRIME ENROBE à 2 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	75,00	75,00			INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118001140749	LACIPIL	LACIDIPINE	COMPRIME ENROBE à 4 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	148,00	148,00			INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118001140824	LAMICTAL	LAMOTRIGINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	33,50	33,50	20,90	20,90	ANTIÉPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	P
6118001140817	LAMICTAL	LAMOTRIGINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	78,10	76,00	48,70	47,30	ANTIÉPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	P
6118001140763	LAMICTAL	LAMOTRIGINE	COMPRIME à 25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	89,80	76,00	56,00	47,30	ANTIÉPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	P
6118001140770	LAMICTAL	LAMOTRIGINE	COMPRIME à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	280,00	150,00	185,20	93,50	ANTIÉPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	P
6118001140800	LAMICTAL	LAMOTRIGINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 100 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	239,00	196,00	149,50	122,10	ANTIÉPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	P
6118001140787	LAMICTAL	LAMOTRIGINE	COMPRIME à 100 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	250,00	196,00	155,80	122,10	ANTIÉPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001120543	LAMISIL	TERBINAFINE	CREME à 1 %	1 TUBE 15 G	52,80	45,00	32,90	28,00	ANTIFONGIQUE	P
6118001120550	LAMISIL	TERBINAFINE	COMPRIME SECABLE à 250 MG	1 BOITE 14 COMPRIME SECABLE	288,00	142,00	179,70	88,50	ANTIFONGIQUE	P
6118001120567	LAMISIL	TERBINAFINE	COMPRIME SECABLE à 250 MG	1 BOITE 28 COMPRIME SECABLE	493,00	269,00	326,00	167,60	ANTIFONGIQUE	P
6118001100972	LAMIVIR	LAMIVUDINE	SOLUTION BUvable à 50 MG	1 FLACON 100 ML	45,40	45,40	28,40	28,40	ANTIVIRAL	G
6118001100965	LAMIVIR	LAMIVUDINE	COMPRIME à 150 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	68,00	68,00	42,50	42,50	ANTIVIRAL	G
6118000050667	LANPROL	LANSOPRAZOLE	GELULE à 30 MG	1 FLACON 7 GELULE	30,00	30,00	18,70	18,70	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000050674	LANPROL	LANSOPRAZOLE	GELULE à 30 MG	1 FLACON 14 GELULE	42,00	42,00	26,20	26,20	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000051039	LANPROL	LANSOPRAZOLE	GELULE à 30 MG	1 FLACON 28 GELULE	80,00	80,00	49,80	49,80	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118001080847	LANTUS	INSULINE HUMAINE	SOLUTION INJECTABLE LP à 100 UI	1 BOITE 1 CARTOUCHE	152,50	152,50	95,30	95,30	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118001080427	LANTUS	INSULINE HUMAINE	SOLUTION INJECTABLE LP à 100 UI	1 BOITE 1 FLACON	517,00	517,00	343,00	343,00	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118001080434	LANTUS	INSULINE HUMAINE	SOLUTION INJECTABLE LP à 100 UI	1 BOITE 5 CARTOUCHE	759,00	759,00	504,00	504,00	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118001080861	LANTUS OPTISET	INSULINE HUMAINE	SOLUTION INJECTABLE LP à 100 UI	1 BOITE 1 STYLO	152,50	152,50	95,30	95,30	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118001080823	LANTUS OPTISET	INSULINE HUMAINE	SOLUTION INJECTABLE LP à 100 UI	1 BOITE 5 STYLO PRE-REMPLE	759,00	759,00	504,00	504,00	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118001081608	LANTUS SOLOSTAR	INSULINE HUMAINE	SOLUTION INJECTABLE LP à 100 UI	1 BOITE 1 STYLO PRE-REMPLE	152,50	152,50	95,30	95,30	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118001081615	LANTUS SOLOSTAR	INSULINE HUMAINE	SOLUTION INJECTABLE LP à 100 UI	1 BOITE 5 SERINGUE PREREMPLIE	759,00	759,00	504,00	504,00	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118000330387	LANZEN 15 MG	LANSOPRAZOLE	GELULE A LP à 15 MG	1 BOITE 14 GELULE LP	24,80	24,80	15,40	15,40	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000330424	LANZEN 15 MG	LANSOPRAZOLE	GELULE A LP à 15 MG	1 BOITE 28 GELULE LP	39,60	39,60	24,70	24,70	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000330394	LANZEN 30 MG	LANSOPRAZOLE	GELULE A LP à 30 MG	1 BOITE 14 GELULE LP	42,00	42,00	26,20	26,20	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000330431	LANZEN 30 MG	LANSOPRAZOLE	GELULE A LP à 30 MG	1 BOITE 28 GELULE LP	67,20	67,20	41,90	41,90	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118001080038	LANZOR	LANSOPRAZOLE	GELULE GASTRO-RESISTANTE à 30 MG	1 BOITE 15 GELULE	171,20	75,00	106,70	46,70	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	P
6118000060734	LANZOR	LANSOPRAZOLE	GELULE GASTRO-RESISTANTE à 15 MG	1 BOITE 30 GELULE	211,00	211,00	131,60	131,60	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	P
6118001182916	LARGACTIL	CHLORPROMAZINE	SOLUTION INJECTABLE à 25 MG	5 AMPOULE 5 ML	20,90	20,90	13,00	13,00	NEUROLEPTIQUE	P
6118000012375	LARGACTIL	CHLORPROMAZINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 100 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	17,10	17,10	10,60	10,60	NEUROLEPTIQUE	P
6118000012382	LARGACTIL	CHLORPROMAZINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 25 MG	1 BOITE 50 COMPRIME	13,80	13,80	8,60	8,60	NEUROLEPTIQUE	P
6118001100651	LARMABAK	CHLORURE DE SODIUM	COLLYRE à 90 MG	1 FLACON 10 ML	54,10	54,10	33,70	33,70	LARMES ARTIFICIELLES	P
6118001040407	LAROXYL	AMITRIPTYLINE	SOLUTION POUR GOUTTES BUVABLES à 4 %	1 FLACON 20 ML	39,80	39,80	24,80	24,80	ANTIDEPRESSEUR	P
6118001040391	LAROXYL	AMITRIPTYLINE	COMPRIME PELLICULE à 50 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	38,30	38,30	23,90	23,90	ANTIDEPRESSEUR	P
6118001040384	LAROXYL	AMITRIPTYLINE	COMPRIME PELLICULE à 25 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	38,70	38,70	24,10	24,10	ANTIDEPRESSEUR	P
6118000060451	LASILIX	FUROSEMIDE	SOLUTION INJECTABLE à 20 MG	1 AMPOULE 2 ML	7,40	5,60	4,60	3,50	DIURETIQUE	P
6118000060468	LASILIX	FUROSEMIDE	COMPRIME SECABLE à 40 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	34,60	20,00	21,60	12,50	DIURETIQUE	P
6118000060741	LASILIX RETARD	FUROSEMIDE	GELULE LP à 30 MG	1 BOITE 30 GELULE LP	56,40	56,40	35,20	35,20	DIURETIQUE	P
6118001080793	LASILIX SPECIAL	FUROSEMIDE	SOLUTION INJECTABLE à 250 MG	5 AMPOULE 25 ML	91,80	91,80	57,40	57,40	DIURETIQUE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001080809	LASILIX SPECIAL	FUROSEMIDE	COMPRIME SECABLE à 500 MG	1 BOITE 50 COMPRIME SECABLE	635,00	635,00	422,00	422,00	DIURETIQUE	P
6118001082001	LASILIX SPECIAL 500 MG	FUROSEMIDE	COMPRIME SECABLE à 500 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	407,00	407,00	271,00	271,00	DIURETIQUE	P
6118001041145	LATANO JP 0.005 %	LATANOPROST	COLLYRE à 0.005 %	1 FLACON 2,5 ML	102,10	102,10	63,60	63,60	ANTIGLAUCOMATEUX	G
6118000082200	LD-NOR 10MG	ATORVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	22,40	22,40	14,00	14,00	HYPOLIPEMIANT	G
6118000082217	LD-NOR 10MG	ATORVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	59,00	59,00	36,90	36,90	HYPOLIPEMIANT	G
6118000082224	LD-NOR 20MG	ATORVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	37,60	37,60	23,50	23,50	HYPOLIPEMIANT	G
6118000082231	LD-NOR 20MG	ATORVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	99,00	99,00	61,90	61,90	HYPOLIPEMIANT	G
6118000082248	LD-NOR 40MG	ATORVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 40 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	60,40	60,40	37,80	37,80	HYPOLIPEMIANT	G
6118000082255	LD-NOR 40MG	ATORVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 40 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	159,00	159,00	99,40	99,40	HYPOLIPEMIANT	G
6118001181544	LEDERFOLINE	FOLINATE DE CALCIUM	COMPRIME SECABLE à 25 MG	1 BOITE 6 COMPRIME	104,50	104,50	65,10	65,10	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001181537	LEDERFOLINE	FOLINATE DE CALCIUM	COMPRIME SECABLE à 15 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	109,20	109,20	68,00	68,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001181551	LEDERFOLINE	FOLINATE DE CALCIUM	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	97,60	97,60	60,80	60,80	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001181582	LEDERTREXATE	METHOTREXATE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	492,50	492,50	325,60	325,60	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001181568	LEDERTREXATE	METHOTREXATE	SOLUTION INJECTABLE à 5 G	1 FLACON 200 ML	2491,30	1392,00	1648,00	1124,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001181575	LEDERTREXATE 50 MG	METHOTREXATE	SOLUTION INJECTABLE à 50 MG	1 FLACON 2 ML	81,90	81,90	51,20	51,20	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001350094	LEDVIR 90 MG/400 MG	SOFOBUVIR / LEDIPASVIR	COMPRIME PELLICULE à 400 / 90 MG / MG	1 FLACON 28 COMPRIME PELLICULE	4340,00	4340,00	4056,00	4056,00	ANTIVIRAL	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001430154	LEDVIR 90 MG/400 MG	SOFOSBUVIR / LEDIPASVIR	COMPRIME PELLICULE à 400 / 90 MG / MG	1 FLACON 28 COMPRIME PELLICULE	4340,00	4340,00	4056,00	4056,00	ANTIVIRAL	G
6118001120574	LEPONEX	CLOZAPINE	COMPRIME SECABLE à 25 MG	1 BOITE 28 COMPRIME SECABLE	65,70	65,70	40,90	40,90	ANTIPSYCHOTIQUE	P
6118001120581	LEPONEX	CLOZAPINE	COMPRIME SECABLE à 100 MG	1 BOITE 28 COMPRIME SECABLE	209,00	209,00	130,40	130,40	ANTIPSYCHOTIQUE	P
6118001120598	LESCOL	FLUVASTATINE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 14 GELULE	123,90	123,90	82,00	82,00	HYPOLIPEMIANT	P
6118001120628	LESCOL	FLUVASTATINE	GELULE à 40 MG	1 BOITE 14 GELULE	164,10	164,10	108,50	108,50	HYPOLIPEMIANT	P
6118001120604	LESCOL	FLUVASTATINE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 28 GELULE	225,30	225,30	149,00	149,00	HYPOLIPEMIANT	P
6118001120611	LESCOL	FLUVASTATINE	GELULE à 40 MG	1 BOITE 28 GELULE	289,30	289,30	191,40	191,40	HYPOLIPEMIANT	P
6118001030217	LESCOL LP	FLUVASTATINE	COMPRIME ENROBE LP à 80 MG	1 BOITE 28 COMPRIME ENROBE	208,00	208,00	130,40	130,40	HYPOLIPEMIANT	P
6118001370023	LETROX	LEVOTHYROXINE SODIQUE	COMPRIME SECABLE à 50 µG	1 BOITE 100 COMPRIME SECABLE	28,60	28,60	17,80	17,80	HORMONE THYROIDIENNE	G
6118001102341	LETROZOLE COOPER 2.5 MG	LETROZOLE	COMPRIME PELLICULE à 2.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	713,00	713,00	474,00	474,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001270682	LETROZOLE GT	LETROZOLE	COMPRIME SECABLE à 2.5 MG	1 BOITE 60 COMPRIME SECABLE	1110,00	1110,00	834,00	834,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118000420040	LETROZOLE GT 2.5 MG	LETROZOLE	COMPRIME PELLICULE à 2.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	713,00	713,00	474,00	474,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001270675	LETROZOLE GT 2.5 MG	LETROZOLE	COMPRIME SECABLE à 2.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	713,00	713,00	474,00	474,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118000420057	LETROZOLE GT 2.5 MG	LETROZOLE	COMPRIME PELLICULE à 2.5 MG	1 BOITE 60 COMPRIME PELLICULE	1110,00	1110,00	834,00	834,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001271337	LETROZOLE ZENITH 2.5MG	LETROZOLE	COMPRIME PELLICULE à 2.5 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	211,00	211,00	132,00	132,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001271344	LETROZOLE ZENITH 2.5MG	LETROZOLE	COMPRIME PELLICULE à 2.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	630,00	630,00	418,00	418,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000032922	LEVAMOX	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 12 SACHET	93,00	93,00	57,90	57,90	PENICILLINE	G
6118000032939	LEVAMOX	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 16 SACHET	124,00	124,00	77,30	77,30	PENICILLINE	G
6118000032915	LEVAMOX	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 / 62.5 MG / MG	1 BOITE 12 SACHET	65,00	65,00	40,50	40,50	PENICILLINE	G
6118000032892	LEVAMOX	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 100 / 12.5 MG / MG	1 FLACON 30 ML	40,00	40,00	24,90	24,90	PENICILLINE	G
6118000032908	LEVAMOX	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 100 / 12.5 MG / MG	1 FLACON 60 ML	66,00	66,00	41,10	41,10	PENICILLINE	G
6118000032878	LEVAMOX	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	COMPRIME EFFERVESCENT à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 12 COMPRIME EFFERVESCENT	134,80	134,80	84,00	84,00	PENICILLINE	G
6118000032885	LEVAMOX	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	COMPRIME EFFERVESCENT à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 16 COMPRIME EFFERVESCENT	157,00	157,00	97,80	97,80	PENICILLINE	G
6118000032861	LEVAMOX	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	COMPRIME EFFERVESCENT à 500 / 62.5 MG / MG	1 BOITE 12 COMPRIME EFFERVESCENT	99,70	99,70	62,10	62,10	PENICILLINE	G
6118000033066	LEVAMOX 1G/125MG	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	COMPRIME EFFERVESCENT à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 24 COMPRIME EFFERVESCENT	224,00	224,00	139,60	139,60	PENICILLINE	G
6118000033059	LEVAMOX 500 MG/62.5 MG	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	COMPRIME EFFERVESCENT à 500 / 62.5 MG / MG	1 BOITE 24 COMPRIME EFFERVESCENT	175,50	175,50	109,30	109,30	PENICILLINE	G
6118000130543	LEVAQUIN	LEVOFLOXACINE	COMPRIME ENROBE à 500 MG	1 BOITE 5 COMPRIME ENROBE	105,00	105,00	65,40	65,40	FLUOROQUINOLONE	G
6118001121281	LEVEMIR FLEXPEN	INSULINE HUMAINE	SOLUTION INJECTABLE LP à 100 UI	5 STYLO 3 ML	907,00	907,00	602,00	602,00	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118001121274	LEVEMIR PENF	INSULINE DETEMIR	SOLUTION INJECTABLE LP à 100 UI	5 CARTOUCHE 3 ML	906,00	906,00	602,00	602,00	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118001270361	LEVOFLOXACINE GT	LEVOFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 7 COMPRIME PELLICULE	112,00	112,00	69,80	69,80	FLUOROQUINOLONE	G
6118001350056	LEVOFLOXACINE MYLAN 5 MG/ML	LEVOFLOXACINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 500 MG	30 POCHE 100 ML	4019,00	4019,00	3685,00	3685,00	FLUOROQUINOLONE	G
6118001430178	LEVOFLOXACINE MYLAN 5 MG/ML	LEVOFLOXACINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 500 MG	30 POCHE 100 ML	4019,00	4019,00	3685,00	3685,00	FLUOROQUINOLONE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001220427	LEVOFLOXACINE NORMON	LEVOFLOXACINE	SOLUTION INJECTABLE POUR PERFUSION à 500 MG	1 FLACON 100 ML	304,00	304,00	201,00	201,00	FLUOROQUINOLONE	G
6118001220441	LEVOFLOXACINE NORMON	LEVOFLOXACINE	SOLUTION INJECTABLE POUR PERFUSION à 500 MG	1 POCHE 100 ML	304,00	304,00	201,00	201,00	FLUOROQUINOLONE	G
6118001220434	LEVOFLOXACINE NORMON	LEVOFLOXACINE	SOLUTION INJECTABLE POUR PERFUSION à 500 MG	20 FLACON 100 ML	3573,00	3573,00	3227,00	3227,00	FLUOROQUINOLONE	G
6118001220458	LEVOFLOXACINE NORMON	LEVOFLOXACINE	SOLUTION INJECTABLE POUR PERFUSION à 500 MG	20 POCHE 100 ML	3573,00	3573,00	3227,00	3227,00	FLUOROQUINOLONE	G
6118000095552	LEVOTEC 5 MG	LEVOCETIRIZINE	COMPRIME PELLICULE à 5 MG	1 BOITE 7 COMPRIME PELLICULE	25,30	25,30	15,80	15,80	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000095545	LEVOTEC 5 MG	LEVOCETIRIZINE	COMPRIME PELLICULE à 5 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	44,60	44,60	27,80	27,80	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000095538	LEVOTEC 5 MG	LEVOCETIRIZINE	COMPRIME PELLICULE à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	86,10	86,10	53,60	53,60	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118001102006	LEVOTHYROX	LEVOTHYROXINE SODIQUE	COMPRIME SECABLE à 25 µG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	6,80	6,80	4,20	4,20	HORMONE THYROIDIENNE	P
6118001102013	LEVOTHYROX	LEVOTHYROXINE SODIQUE	COMPRIME SECABLE à 50 µG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	13,40	13,40	8,30	8,30	HORMONE THYROIDIENNE	P
6118001102020	LEVOTHYROX	LEVOTHYROXINE SODIQUE	COMPRIME SECABLE à 100 µG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	24,40	24,40	15,20	15,20	HORMONE THYROIDIENNE	P
6118001102037	LEVOTHYROX	LEVOTHYROXINE SODIQUE	COMPRIME SECABLE à 200 µG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	37,20	37,20	23,20	23,20	HORMONE THYROIDIENNE	P
6118000150145	LEXOMIL	BROMAZEPAM	COMPRIME QUADRISECABLE à 6 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	42,80	36,70	26,70	22,90	ANXIOLYTIQUE	P
6118001000272	LEXUS	DOCETAXEL	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 20 MG	1 FLACON 0,5 ML	821,00	821,00	546,00	546,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001000289	LEXUS	DOCETAXEL	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 80 MG	1 FLACON 2 ML	2521,00	2521,00	2183,00	2183,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118000031635	LIDOCAINE 1% LAPROPHAN	LIDOCAINE	SOLUTION INJECTABLE à 1 %	1 FLACON 20 ML	15,70	15,70	9,80	9,80	ANESTHESIQUE LOCAL	G
6118000030331	LIDOCAINE 2% LAPROPHAN	LIDOCAINE	SOLUTION INJECTABLE à 2 %	1 FLACON 20 ML	16,50	16,50	10,30	10,30	ANESTHESIQUE LOCAL	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000031642	LIDOCAINE 2% LAPROPHAN ADRENALINE	ADRENALINE / LIDOCAINE	SOLUTION INJECTABLE à 0.125 / 2 % / %	1 AMPOULE 10 ML	9,90	9,90	6,20	6,20	ANESTHESIQUE LOCAL	G
6118001280049	LIFONGID	TERBINAFINE	SOLUTION POUR APPLICATION LOCALE à 1 %	1 FLACON 30 ML	59,00	59,00	36,80	36,80	ANTIFONGIQUE	G
6118001280056	LIFONGID	TERBINAFINE	CREME à 1 %	1 TUBE 15 G	40,00	40,00	24,90	24,90	ANTIFONGIQUE	G
6118001280063	LIFONGID	TERBINAFINE	CREME à 1 %	1 TUBE 30 G	59,00	59,00	36,80	36,80	ANTIFONGIQUE	G
6118001280032	LIFONGID	TERBINAFINE	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	249,00	249,00	155,10	155,10	ANTIFONGIQUE	G
6118001280018	LIFONGID 250MG	TERBINAFINE	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 7 COMPRIME	75,00	75,00	46,70	46,70	ANTIFONGIQUE	G
6118001280025	LIFONGID 250MG	TERBINAFINE	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	139,00	139,00	86,60	86,60	ANTIFONGIQUE	G
6118000081708	LINCOCINE	LINCOMYCINE	SOLUTION INJECTABLE à 600 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	16,00	16,00	10,00	10,00	LINCOSAMIDES	P
6118000081715	LINCOCINE	LINCOMYCINE	SOLUTION INJECTABLE à 600 MG	1 BOITE 6 AMPOULE INJECTABLE	88,30	88,30	55,00	55,00	LINCOSAMIDES	P
6118001260065	LIOMETACEN	INDOMETACINE	SOLUTION INJECTABLE à 50 MG	1 BOITE 6 AMPOULE INJECTABLE	59,70	59,70	37,20	37,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118001030231	LIORESAL	BACLOFENE	COMPRIME SECABLE à 10 MG	1 BOITE 50 COMPRIME	105,80	105,80	65,90	65,90	ANTISPASTIQUE	P
6118001081219	LIPANOR	CIPROFIBRATE	GELULE à 100 MG	1 BOITE 30 GELULE	82,00	82,00	51,20	51,20	HYPOLIPEMIANT	P
6118001181636	LIPANTHYL	FENOFIBRATE	COMPRIME PELLICULE à 160 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	116,80	115,70	73,00	72,30	HYPOLIPEMIANT	P
6118001181629	LIPANTHYL	FENOFIBRATE	GELULE à 200 MG	1 BOITE 30 GELULE	115,50	112,00	72,20	70,00	HYPOLIPEMIANT	P
6118001240012	LIPISTAT	SIMVASTATINE	COMPRIME ENROBE à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME ENROBE	75,00	75,00	46,90	46,90	HYPOLIPEMIANT	G
6118001240036	LIPISTAT	SIMVASTATINE	COMPRIME ENROBE à 40 MG	1 BOITE 28 COMPRIME ENROBE	159,60	159,60	99,70	99,70	HYPOLIPEMIANT	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001240029	LIPISTAT	SIMVASTATINE	COMPRIME ENROBE à 20 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	91,00	91,00	56,90	56,90	HYPOLIPEMIANT	G
6118000095026	LIPTORVA 20 MG	ATORVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	62,50	62,50	39,10	39,10	HYPOLIPEMIANT	G
6118000095033	LIPTORVA 20 MG	ATORVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	110,00	110,00	68,80	68,80	HYPOLIPEMIANT	G
6118000095040	LIPTORVA 20 MG	ATORVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 BOITE 56 COMPRIME PELLICULE	193,60	193,60	121,00	121,00	HYPOLIPEMIANT	G
6118000095057	LIPTORVA 40 MG	ATORVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 40 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	82,30	82,30	51,40	51,40	HYPOLIPEMIANT	G
6118000095064	LIPTORVA 40 MG	ATORVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 40 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	109,20	109,20	68,20	68,20	HYPOLIPEMIANT	G
6118000095071	LIPTORVA 40 MG	ATORVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 40 MG	1 BOITE 56 COMPRIME PELLICULE	192,20	192,20	120,10	120,10	HYPOLIPEMIANT	G
6118000095088	LIPTORVA 80 MG	ATORVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 80 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	74,80	74,80	46,70	46,70	HYPOLIPEMIANT	G
6118000095095	LIPTORVA 80 MG	ATORVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 80 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	133,60	133,60	83,50	83,50	HYPOLIPEMIANT	G
6118000095101	LIPTORVA 80 MG	ATORVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 80 MG	1 BOITE 56 COMPRIME PELLICULE	219,00	219,00	137,50	137,50	HYPOLIPEMIANT	G
6118000070573	LISASPIN	ACIDE ACETYLSALICYLIQUE	POUDRE POUR SOLUTION BUVABLE à 1 G	1 BOITE 20 SACHET	48,70	48,70	30,30	30,30	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000070566	LISASPIN	ACIDE ACETYLSALICYLIQUE	POUDRE POUR SOLUTION BUVABLE à 100 MG	1 BOITE 20 SACHET	18,10	18,10	11,30	11,30	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000070580	LISASPIN	ACIDE ACETYLSALICYLIQUE	POUDRE POUR SOLUTION BUVABLE à 250 MG	1 BOITE 20 SACHET	18,90	18,90	11,80	11,80	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000070597	LISASPIN	ACIDE ACETYLSALICYLIQUE	POUDRE POUR SOLUTION BUVABLE à 500 MG	1 BOITE 20 SACHET	22,80	22,80	14,20	14,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118001290055	LITAK 10	CLADRIBINE	SOLUTION POUR INJECTION SOUS-CUTANEE OU PERFUSION IV à 10 MG	1 BOITE 1 FLACON	3800,00	3800,00	3500,00	3500,00	ANTINEOPLASIQUE ET IMMUNOMODULATEUR	G
6118001290062	LITAK 10	CLADRIBINE	SOLUTION POUR INJECTION SOUS-CUTANEE OU PERFUSION IV à 10 MG	1 BOITE 5 FLACON	16500,00	16500,00	16184,00	16184,00	ANTINEOPLASIQUE ET IMMUNOMODULATEUR	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000010951	LOCAPRED	DESONIDE	CREME à 0.1 %	1 TUBE 15 G	16,60	16,60	10,40	10,40	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118000012061	LOCATOP	DESONIDE	CREME à 0.1 %	1 TUBE 30 G	30,00	30,00	18,70	18,70	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118000131274	LODES	DES Loratadine	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 7 COMPRIME	21,90	21,90	13,70	13,70	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000131281	LODES	DES Loratadine	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	41,70	41,70	26,00	26,00	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000131298	LODES	DES Loratadine	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	74,50	74,50	46,40	46,40	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118001101146	LODOZ	BISOPROLOL / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 2.5 / 6.25 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME	60,00	60,00	37,50	37,50	BETABLOQUANT	P
6118001101153	LODOZ	BISOPROLOL / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 5 / 6.25 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME	74,00	74,00	46,20	46,20	BETABLOQUANT	P
6118001101160	LODOZ	BISOPROLOL / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 10 / 6.25 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME	76,00	76,00	47,50	47,50	BETABLOQUANT	P
6118000130116	LOFAT	FENOFIBRATE	GELULE à 200 MG	1 BOITE 30 GELULE	112,00	112,00	70,00	70,00	HYPOLIPEMIANT	G
6118000130109	LOFAT	FENOFIBRATE	GELULE à 67 MG	1 BOITE 60 GELULE	87,00	87,00	54,40	54,40	HYPOLIPEMIANT	G
6118000230373	LOMAX	MELOXICAM	COMPRIME à 7.5 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	29,50	29,50	18,40	18,40	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000230403	LOMAX	MELOXICAM	COMPRIME à 15 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	43,90	43,90	27,30	27,30	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000230380	LOMAX	MELOXICAM	COMPRIME à 7.5 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	54,60	54,60	34,00	34,00	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000230410	LOMAX	MELOXICAM	COMPRIME à 15 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	87,80	87,80	54,70	54,70	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000130468	LOMET	LANSOPRAZOLE	GELULE à 15 MG	1 BOITE 7 GELULE	25,00	25,00	15,60	15,60	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000130499	LOMET	LANSOPRAZOLE	GELULE à 30 MG	1 BOITE 7 GELULE	25,00	25,00	15,60	15,60	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000130475	LOMET	LANSOPRAZOLE	GELULE à 15 MG	1 BOITE 14 GELULE	35,00	35,00	21,80	21,80	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000130505	LOMET	LANSOPRAZOLE	GELULE à 30 MG	1 BOITE 14 GELULE	37,00	37,00	23,00	23,00	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000130482	LOMET	LANSOPRAZOLE	GELULE à 15 MG	1 BOITE 28 GELULE	45,00	45,00	28,00	28,00	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000130512	LOMET	LANSOPRAZOLE	GELULE à 30 MG	1 BOITE 28 GELULE	70,00	70,00	43,60	43,60	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000040514	LONGAMYCINE	DOXYCYCLINE	GELULE à 200 MG	1 BOITE 8 GELULE	47,50	47,50	29,60	29,60	TETRACYCLINE	G
6118000040507	LONGAMYCINE	DOXYCYCLINE	GELULE à 100 MG	1 BOITE 10 GELULE	34,60	34,60	21,60	21,60	TETRACYCLINE	G
6118001030248	LOPRESSOR RETARD	METOPROLOL	COMPRIME SECABLE LP à 200 MG	1 BOITE 14 COMPRIME SECABLE	62,40	62,40	39,00	39,00	BETABLOQUANT	P
6118001121144	LOPRIL	CAPTOPRIL	COMPRIME SECABLE à 25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	101,80	91,80	63,60	57,40	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	P
6118001121151	LOPRIL	CAPTOPRIL	COMPRIME SECABLE à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	181,30	164,20	113,30	102,60	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	P
6118000241744	LORACTYNE	LORATADINE	SIROP à 0.1 %	1 FLACON 60 ML	33,00	33,00	20,60	20,60	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000241249	LORACTYNE	LORATADINE	SIROP à 0.1 %	1 FLACON 120 ML	60,00	60,00	37,40	37,40	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000240631	LORACTYNE	LORATADINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 15 COMPRIME	48,90	48,90	30,50	30,50	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000310112	LORAZEPAM PHARMA	LORAZEPAM	COMPRIME à 1 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	15,10	15,10	9,40	9,40	ANXIOLYTIQUE	G
6118000310105	LORAZEPAM PHARMA	LORAZEPAM	COMPRIME à 2.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	21,00	21,00	13,10	13,10	ANXIOLYTIQUE	G
6118000032663	LORCARD	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	25,00	25,00	15,60	15,60	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000032670	LORCARD	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	47,50	47,50	29,70	29,70	INHIBITEUR CALCIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000032687	LORCARD	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 56 COMPRIME	90,00	90,00	56,20	56,20	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000280279	LORIX	LORATADINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 15 COMPRIME	40,00	40,00	24,90	24,90	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000130970	LOSACAR	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME ENROBE à 50 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME ENROBE	40,00	40,00	25,00	25,00	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000130994	LOSACAR	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME ENROBE à 100 / 25 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME ENROBE	80,00	80,00	50,00	50,00	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000130987	LOSACAR	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME ENROBE à 50 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME ENROBE	70,00	70,00	43,70	43,70	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000131007	LOSACAR	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME ENROBE à 100 / 25 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME ENROBE	140,00	140,00	87,50	87,50	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000330059	LOSARTAN /HCTZ GT	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 50 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	89,00	89,00	55,60	55,60	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000330066	LOSARTAN /HCTZ GT	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 50 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	128,00	128,00	80,00	80,00	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000330011	LOSARTAN GT	LOSARTAN	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 50 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	60,00	60,00	37,50	37,50	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000330035	LOSARTAN GT	LOSARTAN	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 100 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	120,00	120,00	75,00	75,00	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000330028	LOSARTAN GT	LOSARTAN	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	86,00	86,00	53,70	53,70	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000330042	LOSARTAN GT	LOSARTAN	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 100 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	172,00	172,00	107,50	107,50	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000420132	LOSARTAN GT 100 MG	LOSARTAN	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 100 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE SECABLE	172,00	172,00	107,50	107,50	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000420125	LOSARTAN GT 50 MG	LOSARTAN	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE SECABLE	86,00	86,00	53,70	53,70	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000041603	LOSCITA 10 MG	ESCITALOPRAM	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 10 MG	1 BIDON 14 COMPRIME PELLICULE SECABLE	69,80	69,80	43,50	43,50	ANTIDEPRESSEUR	G
6118000041610	LOSCITA 10 MG	ESCITALOPRAM	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE SECABLE	119,80	119,80	74,60	74,60	ANTIDEPRESSEUR	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001272174	LOTEVAN 10 MG/160 MG	AMLODIPINE / VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 10 / 160 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	247,00	247,00	154,40	154,40	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118001272136	LOTEVAN 5 MG/160 MG	AMLODIPINE / VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 5 / 160 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	247,00	247,00	154,40	154,40	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000022404	LOVANIC	LEVOFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 500 MG	1 BOITE 5 COMPRIME PELLICULE SECABLE	80,00	80,00	49,80	49,80	FLUOROQUINOLONE	G
6118000022398	LOVANIC	LEVOFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 500 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE SECABLE	140,80	140,80	87,70	87,70	FLUOROQUINOLONE	G
6118001080496	LOVENOX	ENOXAPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 2000 UI ANTI-XA	2 SERINGUE 0,2 ML	67,00	66,00	41,80	41,20	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	P
6118001080489	LOVENOX	ENOXAPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 2000 UI ANTI-XA	6 SERINGUE 0,2 ML	180,00	180,00	112,50	112,50	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	P
6118001080472	LOVENOX	ENOXAPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 4000 UI ANTI-XA	2 SERINGUE 0,4 ML	138,10	132,00	86,30	82,50	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	P
6118001080465	LOVENOX	ENOXAPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 4000 UI ANTI-XA	6 SERINGUE 0,4 ML	349,00	347,00	232,00	230,00	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	P
6118001080458	LOVENOX	ENOXAPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 6000 UI ANTI-XA	2 SERINGUE 0,6 ML	174,90	152,00	109,30	95,00	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	P
6118001080519	LOVENOX	ENOXAPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 8000 UI ANTI-XA	2 SERINGUE 0,8 ML	204,00	170,00	127,90	106,20	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	P
6118001080502	LOVENOX	ENOXAPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 30000 UI ANTI-XA	1 SERINGUE 3 ML	425,00	425,00	282,00	282,00	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	P
6118000140771	LOWRAC	AMLODIPINE	GELULE à 5 MG	1 BOITE 15 GELULE	27,40	27,40	17,14	17,14	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000140672	LOWRAC	AMLODIPINE	GELULE à 5 MG	1 BOITE 30 GELULE	53,00	53,00	33,10	33,10	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118001120659	LOXEN	NICARDIPINE	SOLUTION INJECTABLE à 10 MG	5 AMPOULE 10 ML	110,20	110,20	68,90	68,90	INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118001120635	LOXEN	NICARDIPINE	COMPRIME SECABLE à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	65,40	65,40	40,90	40,90	INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118001120666	LOXEN LP	NICARDIPINE	GELULE LP à 50 MG	1 BOITE 60 GELULE	206,00	206,00	128,80	128,80	INHIBITEUR CALCIQUE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000012733	LUDIOMIL	MAPROTILINE	DRAGEE à 75 MG	1 BOITE 20 DRAGEE	81,30	81,30	50,70	50,70	ANTIDEPRESSEUR	P
6118000012726	LUDIOMIL	MAPROTILINE	DRAGEE à 25 MG	1 BOITE 30 DRAGEE	51,30	51,30	32,00	32,00	ANTIDEPRESSEUR	P
6118001251407	LUMIGAN 0.3MG/ML	BIMATOPROST	COLLYRE à 0.3 MG	1 FLACON 3 ML	230,00	230,00	143,30	143,30	ANTIGLAUCOMATEUX	P
6118000131304	LUSTRAL	SERTRALINE	COMPRIME à 50 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	66,20	66,20	41,20	41,20	ANTIDEPRESSEUR	G
6118000131311	LUSTRAL	SERTRALINE	COMPRIME à 50 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	118,30	118,30	73,70	73,70	ANTIDEPRESSEUR	G
6118000010968	LUTENYL	NOMEGESTROL	COMPRIME SECABLE à 5 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	57,00	57,00	35,50	35,50	PROGESTATIF	P
6118000250296	LYSANXIA	PRAZEPAM	SOLUTION POUR GOUTTES BUVABLES à 15 MG	1 FLACON 20 ML	37,60	37,60	23,40	23,40	ANXIOLYTIQUE	P
6118000250289	LYSANXIA	PRAZEPAM	COMPRIME SECABLE à 10 MG	1 BOITE 40 COMPRIME SECABLE	23,10	23,10	14,40	14,40	ANXIOLYTIQUE	P
6118000190561	LYSOPURIC	ALLOPURINOL	COMPRIME SECABLE à 100 MG	1 BOITE 50 COMPRIME	26,20	26,20	16,30	16,30	ANTIGOUTTEUX HYPO-URICEMIAN	G
6118001050239	MABTHERA	RITUXIMAB	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 100 MG	2 FLACON 10 ML	5188,00	4209,00	4929,00	3921,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001050246	MABTHERA	RITUXIMAB	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 500 MG	1 FLACON 50 ML	12087,00	9735,00	11858,00	9552,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118000090434	MACROCID	ERYTHROMYCINE	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	82,90	82,90	51,60	51,60	MACROLIDE	G
6118000091875	MACROMAX	AZITHROMYCINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 100 MG	1 BOITE 3 SACHET	51,00	51,00	31,80	31,80	MACROLIDE	G
6118000091868	MACROMAX	AZITHROMYCINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 200 MG	1 BOITE 3 SACHET	89,00	89,00	55,40	55,40	MACROLIDE	G
6118000091851	MACROMAX	AZITHROMYCINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 300 MG	1 BOITE 3 SACHET	135,00	135,00	84,10	84,10	MACROLIDE	G
6118000091844	MACROMAX	AZITHROMYCINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 400 MG	1 BOITE 3 SACHET	179,00	179,00	111,50	111,50	MACROLIDE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000091837	MACROMAX	AZITHROMYCINE	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 3 COMPRIME	63,00	63,00	39,20	39,20	MACROLIDE	G
6118000091820	MACROMAX 200 MG/5ML	AZITHROMYCINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 200 MG	1 FLACON 30 ML	73,00	73,00	45,50	45,50	MACROLIDE	G
6118000091813	MACROMAX 200MG/5ML	AZITHROMYCINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 200 MG	1 FLACON 15 ML	60,00	60,00	37,40	37,40	MACROLIDE	G
6118001050697	MADOPAR	LEVODOPA / BENSERAZIDE	COMPRIME QUADRISECABLE à 200 / 50 MG / MG	1 BOITE 100 COMPRIME	298,00	298,00	197,80	197,80	ANTIPARKINSONNIEN	P
6118001184071	MAGISTRAL	SALBUTAMOL	SUSPENSION POUR INHALATION BUCCALE à 100 µG	1 FLACON 200 DOSE	40,00	40,00	25,00	25,00	BRONCHODILATEUR	G
6118000330325	MALTOFER	FER	SOLUTION BUVABLE à 1 %	1 FLACON 150 ML	35,70	35,70	22,20	22,20	ANTI-ANEMIQUE	P
6118001020614	MARCAINE 0,25 %	BUPIVACAINE	SOLUTION INJECTABLE à 0.25 %	1 BOITE 1 FLACON	46,50	42,00			ANESTHESIQUE LOCO-REGIONAL	P
6118001020621	MARCAINE 0,50 %	BUPIVACAINE	SOLUTION INJECTABLE à 0.5 %	1 BOITE 1 FLACON	46,50	46,50			ANESTHESIQUE LOCO-REGIONAL	P
6118001020638	MARCAINE RACHIANESTHESIE	BUPIVACAINE	SOLUTION INJECTABLE à 0.5 %	1 BOITE 20 FLACON			689,10	527,00	ANESTHESIQUE LOCO-REGIONAL	P
6118000131021	MARVIL	OLANZAPINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 7 COMPRIME	80,00	80,00	49,80	49,80	NEUROLEPTIQUE	G
6118000131014	MARVIL	OLANZAPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	160,00	160,00	99,70	99,70	NEUROLEPTIQUE	G
6118000131038	MARVIL	OLANZAPINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	318,00	318,00	211,00	211,00	NEUROLEPTIQUE	G
6118000131045	MATRIX	RIBAVIRINE	GELULE à 200 MG	1 BOITE 60 GELULE	1199,00	1199,00	926,00	926,00	ANTIVIRAL	G
6118000131052	MATRIX	RIBAVIRINE	GELULE à 200 MG	1 BOITE 120 GELULE	1970,00	1970,00	1719,00	1719,00	ANTIVIRAL	G
6118001181667	MAXAIR	PIRBUTEROL	SUSPENSION POUR INHALATION à 200 µG	1 FLACON 200 DOSE	155,20	155,20			BRONCHODILATEUR	P
6118001110704	MAXICLAV	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR PREPARATION INJECTABLE à 1 / 200 G / MG	1 BOITE 1 FLACON	40,00	40,00	24,90	24,90	PENICILLINE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
	MAXICLAV	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 12 SACHET	87,00	87,00	54,20	54,20	PENICILLINE	G
6118000280293	MAXICLAV	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 16 SACHET	132,00	132,00	82,20	82,20	PENICILLINE	G
	MAXICLAV	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 24 SACHET	153,10	153,10	95,40	95,40	PENICILLINE	G
	MAXICLAV	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 / 62.5 MG / MG	1 BOITE 12 SACHET	58,00	58,00	36,10	36,10	PENICILLINE	G
6118000280286	MAXICLAV	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 / 62.5 MG / MG	1 BOITE 16 SACHET	90,00	90,00	56,10	56,10	PENICILLINE	G
	MAXICLAV	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 / 62.5 MG / MG	1 BOITE 24 SACHET	102,10	102,10	63,60	63,60	PENICILLINE	G
6118000310808	MAZAX 100 MG	AZITHROMYCINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 100 MG	1 BOITE 3 SACHET	48,00	48,00	29,90	29,90	MACROLIDE	G
6118000310815	MAZAX 200 MG	AZITHROMYCINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 200 MG	1 BOITE 3 SACHET	84,00	84,00	52,30	52,30	MACROLIDE	G
6118000310839	MAZAX 200 MG / 5 ML	AZITHROMYCINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 200 MG	1 FLACON 15 ML	51,00	51,00	31,80	31,80	MACROLIDE	G
6118000310822	MAZAX 200 MG / 5 ML	AZITHROMYCINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 200 MG	1 FLACON 30 ML	61,00	61,00	38,00	38,00	MACROLIDE	G
6118000310846	MAZAX 300 MG	AZITHROMYCINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 300 MG	1 BOITE 3 SACHET	128,00	128,00	79,70	79,70	MACROLIDE	G
6118000310853	MAZAX 400 MG	AZITHROMYCINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 400 MG	1 BOITE 3 SACHET	170,00	170,00	105,90	105,90	MACROLIDE	G
6118000310860	MAZAX 500 MG	AZITHROMYCINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 3 COMPRIME PELLICULE	60,00	60,00	37,40	37,40	MACROLIDE	G
6118000020929	MEBEVERINE FORTE	MEBEVERINE	COMPRIME PELLICULE à 135 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	54,70	54,70	34,10	34,10	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	G
6118001150977	MEDIZAPIN	OLANZAPINE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	114,30	114,30	71,20	71,20	NEUROLEPTIQUE	G
6118001150984	MEDIZAPIN	OLANZAPINE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	320,00	320,00	212,00	212,00	NEUROLEPTIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001150946	MEDIZAPIN	OLANZAPINE	COMPRIME PELLICULE à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	194,30	194,30	121,10	121,10	NEUROLEPTIQUE	G
6118000250319	MEDROL	METHYLPREDNISOLONE	COMPRIME SECABLE à 16 MG	1 BOITE 20 COMPRIME SECABLE	65,70	65,70	41,10	41,10	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118000250302	MEDROL	METHYLPREDNISOLONE	COMPRIME SECABLE à 4 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	35,10	35,10	21,90	21,90	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118000360155	MEDZAR 100 MG	LOSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 100 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	163,90	163,90	102,40	102,40	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000360148	MEDZAR 50 MG	LOSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	86,80	86,80	54,20	54,20	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000082019	MEFSAL	MELOXICAM	COMPRIME SECABLE à 15 MG	1 BOITE 10 COMPRIME SECABLE	39,00	39,00	24,30	24,30	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000082002	MEFSAL	MELOXICAM	COMPRIME à 7.5 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	29,50	29,50	18,40	18,40	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000081982	MEFSAL	MELOXICAM	COMPRIME SECABLE à 15 MG	1 BOITE 20 COMPRIME SECABLE	79,00	79,00	49,20	49,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000081999	MEFSAL	MELOXICAM	COMPRIME à 7.5 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	54,60	54,60	34,00	34,00	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000070603	MEGAFLOX	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	60,00	60,00	37,40	37,40	FLUOROQUINOLONE	G
6118000070610	MEGAFLOX	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	99,00	99,00	61,70	61,70	FLUOROQUINOLONE	G
6118000070627	MEGAFLOX IST	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 2 COMPRIME	38,00	38,00	23,70	23,70	FLUOROQUINOLONE	G
6118001250882	MEGAFLOX IV	CIPROFLOXACINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 100 MG	1 FLACON 50 ML	80,00	80,00	49,80	49,80	FLUOROQUINOLONE	G
6118001250899	MEGAFLOX IV	CIPROFLOXACINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 200 MG	1 FLACON 100 ML	151,00	151,00	94,10	94,10	FLUOROQUINOLONE	G
6118001250554	MEGAFLOX IV	CIPROFLOXACINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 400 MG	1 FLACON 200 ML	271,00	271,00	168,80	168,80	FLUOROQUINOLONE	G
6118000091530	MEGASFON	PHLOROGLUCINOL / TRIMETHYLPHLOROGLUCINOL	COMPRIME PELLICULE à 80 / 80 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	22,80	22,80			ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000091523	MEGASFON	PHLOROGLUCINOL / TRIMETHYLPHLOROGLUCINOL	SUPPOSITOIRE à 150 / 150 MG / MG	1 BOITE 8 SUPPOSITOIRE	19,60	19,60	12,20	12,20	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	G
6118000092308	MEGASFON 80 MG	PHLOROGLUCINOL	COMPRIME ORODISPERSIBLE à 80 MG	1 BOITE 10 COMPRIME ORODISPERSIBLE	19,50	19,50	12,20	12,20	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	G
6118000092315	MEGASFON 80 MG	PHLOROGLUCINOL	COMPRIME ORODISPERSIBLE à 80 MG	1 BOITE 20 COMPRIME ORODISPERSIBLE	34,40	34,40	21,40	21,40	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	G
6118000210184	MELICAM IPHARMA	MELOXICAM	COMPRIME SECABLE à 7.5 MG	1 BOITE 20 COMPRIME SECABLE	51,00	51,00	31,80	31,80	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000210191	MELICAM IPHARMA	MELOXICAM	COMPRIME SECABLE à 15 MG	1 BOITE 20 COMPRIME SECABLE	83,60	83,60	52,10	52,10	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000021537	MELIX	GLIBENCLAMIDE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	19,50	19,50	12,20	12,20	ANTIDIABETIQUES	G
6118000021605	MELIX	GLIBENCLAMIDE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	32,50	32,50	20,30	20,30	ANTIDIABETIQUES	G
6118000242086	MELOXAM 15 MG PROMOPHARM	MELOXICAM	COMPRIME à 15 MG	1 BOITE 7 COMPRIME	34,40	34,40	21,40	21,40	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000242093	MELOXAM 15 MG PROMOPHARM	MELOXICAM	COMPRIME à 15 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	60,90	60,90	37,90	37,90	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000242345	MELOXAM 15MG	MELOXICAM	COMPRIME à 15 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	107,30	107,30	66,80	66,80	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000242062	MELOXAM 7.5 MG PROMOPHARM	MELOXICAM	COMPRIME à 7.5 MG	1 BOITE 7 COMPRIME	20,60	20,60	12,80	12,80	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000242079	MELOXAM 7.5 MG PROMOPHARM	MELOXICAM	COMPRIME à 7.5 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	36,20	36,20	22,50	22,50	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000242338	MELOXAM 7.5MG	MELOXICAM	COMPRIME à 7.5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	70,00	70,00	43,60	43,60	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000330165	MELOXICAM GT	MELOXICAM	COMPRIME SECABLE à 15 MG	1 BOITE 20 COMPRIME SECABLE	87,80	87,80	54,70	54,70	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000330134	MELOXICAM GT	MELOXICAM	COMPRIME à 7.5 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	54,60	54,60	34,00	34,00	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000330158	MELOXICAM GT	MELOXICAM	COMPRIME SECABLE à 15 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	115,90	115,90	72,20	72,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000330141	MELOXICAM GT	MELOXICAM	COMPRIME à 7,5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	72,10	72,10	44,90	44,90	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118001140831	MENCEVAX AC	VACCIN ANTIMENINGOCOCCIQUE A ET C	PREPARATION INJECTABLE	1 BOITE 1 FLACON	180,00	180,00	112,10	112,10	VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P
6118001140848	MENCEVAX ACWY	VACCIN ANTIMENINGOCOCCIQUE A, C,W135 ET Y	POUDRE LYOPHILISEE	1 BOITE 1 FLACON	176,40	176,40	109,90	109,90	VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P
6118001340156	MENPOVAX A+C VACCIN MENINGOCOCCIQUE	VACCIN ANTIMENINGOCOCCIQUE A ET C	PREPARATION INJECTABLE	1 BOITE 1 DOSE	65,00	65,00			VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P
6118001110032	MESTINON	PYRIDOSTIGMINE	COMPRIME ENROBE à 60 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	62,90	62,90	39,20	39,20	ANTIMYASTHENIQUE ANTICHOLINESTERASIQUE	P
6118000080084	METAGLIZ	METOCLOPRAMIDE	SOLUTION BUvable à 10 MG	1 FLACON 150 ML	18,80	18,80	11,70	11,70	ANTIEMETIQUE	G
6118001040209	METALYSE 10000 U	TENECTEPLASE	POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE à 50 MG	1 FLACON 20 ML 1 SERINGUE PREREMPLIE 10 ML	11007,00	11007,00	10799,00	10799,00	ANTITHROMBOTIQUE	P
6118001102075	METANAZ	MOMETASONE	SUSPENSION POUR PULVERISATION NAsALE à 50 µG	1 FLACON 140 DOSE	110,00	110,00	68,50	68,50	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118001100293	METEOSPASMYL	ALVERINE / SIMETHICONE	CAPSULE MOLLE à 60 / 300 MG / MG	1 BOITE 20 CAPSULE	40,40	40,40	25,20	25,20	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	P
6118000012689	METFORMINE WIN 1000 MG	METFORMINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 1000 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	19,90	19,90	12,40	12,40	ANTIDIABETIQUES	G
6118000062141	METFORMINE WIN 1000 MG	METFORMINE	COMPRIME PELLICULE à 1000 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	19,90	19,90	12,40	12,40	ANTIDIABETIQUES	G
6118000012665	METFORMINE WIN 500 MG	METFORMINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	10,40	10,40	6,50	6,50	ANTIDIABETIQUES	G
6118000062127	METFORMINE WIN 500 MG	METFORMINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	10,40	10,40	6,50	6,50	ANTIDIABETIQUES	G
6118000062134	METFORMINE WIN 850 MG	METFORMINE	COMPRIME PELLICULE à 850 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	17,10	17,10	10,70	10,70	ANTIDIABETIQUES	G
6118000012672	METFORMINE WIN 850 MG	METFORMINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 850 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	17,10	17,10	10,70	10,70	ANTIDIABETIQUES	G
6118001120673	METHERGIN	METHYLERGOMETRINE	SOLUTION INJECTABLE à 0.2 MG	3 AMPOULE 1 ML	19,10	19,10	11,90	11,90	UTERO-TONIQUE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
611800030713	METHERGIN	METHYLERGOMETRINE	SOLUTION POUR GOUTTES BUVABLES à 0.25 MG	1 FLACON 10 ML	40,90	40,90	25,50	25,50	UTERO-TONIQUE	P
6118001120680	METHERGIN	METHYLERGOMETRINE	COMPRIME PELLICULE à 0.125 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	27,90	27,90	17,40	17,40	UTERO-TONIQUE	P
6118001182923	METHOTREXATE BELLON	METHOTREXATE	SOLUTION INJECTABLE à 25 MG	1 FLACON 1 ML	36,30	36,30	22,70	22,70	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001182930	METHOTREXATE BELLON	METHOTREXATE	SOLUTION INJECTABLE à 5 MG	1 FLACON 2 ML	21,20	21,20	13,20	13,20	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001182947	METHOTREXATE BELLON (H)	METHOTREXATE	SOLUTION INJECTABLE à 500 MG	10 FLACON 20 ML	2465,60	1340,00	1631,00	1071,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001181605	METHOTREXATE BIODIM	METHOTREXATE	SOLUTION INJECTABLE à 25 MG	1 FLACON 1 ML	47,10	47,10	29,40	29,40	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001181599	METHOTREXATE BIODIM	METHOTREXATE	SOLUTION INJECTABLE à 5 MG	1 FLACON 2 ML	30,70	30,70	19,20	19,20	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001020379	METHOTREXATE MYLAN	METHOTREXATE	SOLUTION INJECTABLE à 5 G	1 FLACON 200 ML	1392,00	1392,00	1124,00	1124,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001020355	METHOTREXATE MYLAN	METHOTREXATE	SOLUTION INJECTABLE à 5 MG	10 FLACON 2 ML	178,00	178,00	111,20	111,20	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001020362	METHOTREXATE MYLAN	METHOTREXATE	SOLUTION INJECTABLE à 500 MG	10 FLACON 20 ML	1340,00	1340,00	1071,00	1071,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001021109	METHOTREXATE MYLAN 100MG/ML	METHOTREXATE	SOLUTION INJECTABLE à 5 G	10 FLACON 50 ML	11067,00	11067,00	10858,00	10858,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001021093	METHOTREXATE MYLAN 50 MG/2 ML	METHOTREXATE	SOLUTION INJECTABLE à 50 MG	10 FLACON 2 ML	486,00	486,00	323,00	323,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001020843	METHYLPREDNISOLONE MYLAN	METHYLPREDNISOLONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE IV à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	228,00	228,00	150,80	150,80	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118001020324	METHYLPREDNISOLONE MYLAN	METHYLPREDNISOLONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 G	1 BOITE 10 FLACON	1506,00	1506,00	1242,00	1242,00	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118001020829	METHYLPREDNISOLONE MYLAN	METHYLPREDNISOLONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 20 MG	1 BOITE 1 FLACON	15,00	15,00	9,40	9,40	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118001020836	METHYLPREDNISOLONE MYLAN	METHYLPREDNISOLONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 40 MG	1 BOITE 1 FLACON	22,00	22,00	13,70	13,70	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001020867	METHYLPREDNISOLONE MYLAN	METHYLPREDNISOLONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 120 MG	1 BOITE 1 FLACON	50,00	50,00	31,20	31,20	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118001020850	METHYLPREDNISOLONE MYLAN	METHYLPREDNISOLONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE IV à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON	120,00	120,00	75,00	75,00	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118001020317	METHYLPREDNISOLONE MYLAN	METHYLPREDNISOLONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE IV à 500 MG	1 BOITE 10 FLACON	935,00	935,00	654,00	654,00	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118001020287	METHYLPREDNISOLONE MYLAN	METHYLPREDNISOLONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 20 MG	1 BOITE 20 FLACON	285,00	285,00	190,00	190,00	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118001020294	METHYLPREDNISOLONE MYLAN	METHYLPREDNISOLONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 40 MG	1 BOITE 20 FLACON	421,00	421,00	280,00	280,00	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118001020300	METHYLPREDNISOLONE MYLAN	METHYLPREDNISOLONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 120 MG	1 BOITE 20 FLACON	980,00	980,00	700,00	700,00	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118001190010	METILBETASONE	METHYLPREDNISOLONE	POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE à 80 MG	3 AMPOULE 1,5 ML	84,00	84,00	52,50	52,50	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118000071525	METOSPIR	SPIRAMYCINE / METRONIDAZOLE	COMPRIME DISPERSIBLE à 1.5 / 250 MUI / MG	1 BOITE 16 COMPRIME	80,00	80,00	49,80	49,80	ANTIBACTERIEN	G
6118000071532	METOSPIR	SPIRAMYCINE / METRONIDAZOLE	COMPRIME DISPERSIBLE à 1.5 / 250 MUI / MG	1 BOITE 24 COMPRIME	114,00	114,00	71,00	71,00	ANTIBACTERIEN	G
6118001330232	METRIS 5MG/ML	METRONIDAZOLE	SOLUTION POUR PERFUSION à 500 MG	1 POCHE 100 ML	45,00	45,00	28,00	28,00	ANTIAMBIEN ANTIBIOTIQUE NITRO-5 IMIDAZOLE	G
6118001230198	METRONIDAZOLE BIEFFE MEDITAL	METRONIDAZOLE	SOLUTION POUR PERFUSION à 500 MG	1 POCHE 100 ML	25,75	25,75			ANTIAMBIEN ANTIBIOTIQUE NITRO-5 IMIDAZOLE	G
6118001102884	METRONIDAZOLE COOPER 5MG/ML	METRONIDAZOLE	SOLUTION INJECTABLE POUR PERFUSION à 500 MG	25 POCHE 100 ML	846,00	846,00	560,00	560,00	ANTIAMBIEN ANTIBIOTIQUE NITRO-5 IMIDAZOLE	G
6118001020348	METRONIDAZOLE MYLAN	METRONIDAZOLE	SOLUTION POUR PERFUSION à 500 MG	20 FLACON 100 ML	750,00	750,00	496,00	496,00	ANTIAMBIEN ANTIBIOTIQUE NITRO-5 IMIDAZOLE	G
6118001020331	METRONIDAZOLE MYLAN	METRONIDAZOLE	SOLUTION POUR PERFUSION à 500 MG	24 FLACON 100 ML	900,00	900,00	596,00	596,00	ANTIAMBIEN ANTIBIOTIQUE NITRO-5 IMIDAZOLE	G
6118001220625	METRONIDAZOLE NORMON 5 MG/ML	METRONIDAZOLE	SOLUTION POUR PERFUSION à 500 MG	50 POCHE 100 ML	1125,00	1125,00	825,00	825,00	ANTIAMBIEN ANTIBIOTIQUE NITRO-5 IMIDAZOLE	G
6118000190950	METROZAL	METRONIDAZOLE	OVULE à 500 MG	1 BOITE 10 OVULE	28,00	28,00	17,40	17,40	NITRO-IMIDAZOLE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000190585	METROZAL	METRONIDAZOLE	SUSPENSION BUVABLE à 4 %	1 FLACON 120 ML	24,50	24,50	15,30	15,30	NITRO-IMIDAZOLE	G
6118000190578	METROZAL	METRONIDAZOLE	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	18,30	18,30	11,40	11,40	NITRO-IMIDAZOLE	G
6118000190967	METROZAL	METRONIDAZOLE	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	32,50	32,50	20,20	20,20	ANTIAMBIEN ANTIBIOTIQUE NITRO-5 IMIDAZOLE	G
6118000310907	MEXINE	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 2 COMPRIME PELLICULE	33,00	33,00	20,60	20,60	FLUOROQUINOLONE	G
6118000310914	MEXINE	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	76,00	76,00	47,30	47,30	FLUOROQUINOLONE	G
6118000310877	MEXINE 250 MG	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	38,00	38,00	23,70	23,70	FLUOROQUINOLONE	G
6118000310884	MEXINE 250 MG	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 16 COMPRIME PELLICULE	61,00	61,00	38,00	38,00	FLUOROQUINOLONE	G
6118000310891	MEXINE 250 MG	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	72,00	72,00	44,90	44,90	FLUOROQUINOLONE	G
6118000310921	MEXINE 500 MG	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 16 COMPRIME PELLICULE	121,00	121,00	75,40	75,40	FLUOROQUINOLONE	G
6118000310938	MEXINE 500 MG	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	144,00	144,00	89,70	89,70	FLUOROQUINOLONE	G
6118000310945	MEXINE 750 MG	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 750 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	135,00	135,00	84,10	84,10	FLUOROQUINOLONE	G
6118000070962	MIBRAL	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	53,00	53,00	33,10	33,10	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000070986	MIBRAL	AMLODIPINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	80,50	80,50	50,30	50,30	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000070979	MIBRAL	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	125,00	125,00	78,10	78,10	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000070993	MIBRAL	AMLODIPINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	186,50	186,50	116,60	116,60	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000420194	MIBRAL 10 MG	AMLODIPINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	80,50	80,50	50,30	50,30	INHIBITEUR CALCIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000420170	MIBRAL 5 MG	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	53,00	53,00	33,10	33,10	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118001040230	MICARDIS	TELMISARTAN	COMPRIME à 40 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	168,80	168,80	105,50	105,50	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	P
6118001040247	MICARDIS	TELMISARTAN	COMPRIME à 80 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	200,00	200,00	125,20	125,20	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	P
6118001081684	MICROPAKINE LP	VALPROATE DE SODIUM	GRANULE LP à 500 MG	1 BOITE 30 SACHET	176,40	176,40	109,90	109,90	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	P
6118001081677	MICROPAKINE LP 1000 MG	VALPROATE DE SODIUM	GRANULE LP à 1000 MG	1 BOITE 30 SACHET DOSE	342,00	342,00	226,00	226,00	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	P
6118001081813	MICROPAKINE LP 250 MG	VALPROATE DE SODIUM	GRANULE LP à 250 MG	1 BOITE 30 SACHET DOSE	90,90	90,90	56,60	56,60	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	P
6118001081660	MICROPAKINE LP 750 MG	VALPROATE DE SODIUM	GRANULE LP à 750 MG	1 BOITE 30 SACHET DOSE	261,00	261,00	163,20	163,20	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	P
6118001110667	MIDANIUM	MIDAZOLAM	SOLUTION INJECTABLE à 5 MG/5ML	1 BOITE 10 AMPOULE	126,40	126,40	78,70	78,70	HYPNOTIQUE ET SEDATIF	G
6118001230457	MIDAZOLAM AGUETTANT	MIDAZOLAM	SOLUTION INJECTABLE à 5 MG/5ML	10 AMPOULE 5 ML	126,40	126,40	78,70	78,70	HYPNOTIQUE ET SEDATIF	G
6118001020386	MIDAZOLAM MYLAN	MIDAZOLAM	SOLUTION INJECTABLE à 5 MG/5ML	1 BOITE 10 FLACON 5 ML	192,00	192,00	119,60	119,60	HYPNOTIQUE ET SEDATIF	G
6118001030255	MIFLASONE	BECLOMETASONE	GELULE INHALEE à 200 µG	1 BOITE 60 GELULE	71,40	71,40	44,60	44,60	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118001030262	MIFLASONE	BECLOMETASONE	GELULE INHALEE à 400 µG	1 BOITE 60 GELULE	140,00	140,00	87,50	87,50	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118000180807	MILIPREL	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 2 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	36,00	36,00	22,50	22,50	ANTIDIABETIQUES	G
6118000180814	MILIPREL	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 3 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	51,30	51,30	32,10	32,10	ANTIDIABETIQUES	G
6118000180838	MILIPREL	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 4 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	68,40	68,40	42,70	42,70	ANTIDIABETIQUES	G
6118000180821	MILIPREL	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 3 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	97,40	97,40	60,90	60,90	ANTIDIABETIQUES	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000240495	MINALFENE	ALMINOPROFENE	COMPRIME ENROBE à 300 MG	1 BOITE 15 COMPRIME	53,40	53,40	33,30	33,30	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
611800080893	MINIDIAB	GLIPIZIDE	COMPRIME SECABLE à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	26,50	26,50	16,60	16,60	ANTIDIABETIQUES	P
611800080909	MINIDIAB	GLIPIZIDE	COMPRIME SECABLE à 5 MG	1 BOITE 100 COMPRIME	73,70	73,70	46,10	46,10	ANTIDIABETIQUES	P
6118001070831	MINIRIN	DESMOPRESSINE	COMPRIME à 0.2 MG	1 FLACON 15 COMPRIME	268,00	268,00	178,60	178,60	ANTIDIURETIQUE	P
6118001070411	MINIRIN SPRAY	DESMOPRESSINE	SOLUTION ENDONASALE à 10 µG	1 FLACON 2,5 ML	206,00	206,00	128,90	128,90	ANTIDIURETIQUE	P
6118000120100	MINOTREX	MINOCYCLINE	GELULE à 100 MG	1 BOITE 12 GELULE	70,00	70,00	43,60	43,60	TETRACYCLINE	G
6118001050741	MIRCERA 100µG/0.3 ML	EPOETINE BETA	SOLUTION INJECTABLE à 100 µG	1 BOITE 1 SERINGUE PREREMPLIE	2516,00	2516,00	2142,00	2142,00	ANTIANEMIQUE	P
6118001050758	MIRCERA 150 µG/0.3 ML	EPOETINE BETA	SOLUTION INJECTABLE à 150 µG	1 BOITE 1 SERINGUE PREREMPLIE	3559,00	3559,00	3213,00	3213,00	ANTIANEMIQUE	P
6118001050765	MIRCERA 200 µG/0.3 ML	EPOETINE BETA	SOLUTION INJECTABLE à 200 µG	1 BOITE 1 SERINGUE PREREMPLIE	4586,00	4586,00	4267,00	4267,00	ANTIANEMIQUE	P
6118001050772	MIRCERA 250 µG/0.3 ML	EPOETINE BETA	SOLUTION INJECTABLE à 250 µG	1 BOITE 1 SERINGUE PREREMPLIE	5761,00	5761,00	5472,00	5472,00	ANTIANEMIQUE	P
6118001050727	MIRCERA 50 µG/0.3 ML	EPOETINE BETA	SOLUTION INJECTABLE à 50 µG	1 BOITE 1 SERINGUE PREREMPLIE	1366,00	1366,00	1072,00	1072,00	ANTIANEMIQUE	P
6118001050734	MIRCERA 75 µG/0.3 ML	EPOETINE BETA	SOLUTION INJECTABLE à 75 µG	1 BOITE 1 SERINGUE PREREMPLIE	1895,00	1895,00	1616,00	1616,00	ANTIANEMIQUE	P
6118000400011	MIRZAM 1,25MG	RAMIPRIL	GELULE à 1.25 MG	1 BOITE 30 GELULE	40,00	40,00	25,00	25,00	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000400042	MIRZAM 10MG	RAMIPRIL	GELULE à 10 MG	1 BOITE 30 GELULE	106,00	106,00	66,20	66,20	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000400028	MIRZAM 2,5MG	RAMIPRIL	GELULE à 2.5 MG	1 BOITE 30 GELULE	46,00	46,00	28,70	28,70	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000400035	MIRZAM 5MG	RAMIPRIL	GELULE à 5 MG	1 BOITE 30 GELULE	55,00	55,00	34,40	34,40	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princes G : Générique
6118001200726	MITOXANTRONE EBEWE	MITOXANTRONE	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 10 MG	1 BOITE 1 FLACON	1199,00	1199,00	926,00	926,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001200733	MITOXANTRONE EBEWE	MITOXANTRONE	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 20 MG	1 BOITE 1 FLACON	2099,00	2099,00	1852,00	1852,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001040131	MOBIC	MELOXICAM	SOLUTION INJECTABLE à 15 MG	1 BOITE 3 AMPOULE INJECTABLE	37,00	37,00	23,00	23,00	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000040545	MOBIC	MELOXICAM	COMPRIME à 7.5 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	42,60	36,20	26,50	22,50	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000040569	MOBIC	MELOXICAM	COMPRIME SECABLE à 15 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	61,50	60,90	38,30	37,90	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118001120949	MODECATE	FLUPHENAZINE	SOLUTION INJECTABLE à 25 MG	3 AMPOULE 1 ML	76,60	76,60	47,70	47,70	NEUROLEPTIQUE	P
6118001250370	MODINE	NIMODIPINE	SOLUTION INJECTABLE POUR PERFUSION à 10 MG	1 FLACON 50 ML	162,40	162,40	101,50	101,50	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000070634	MODINE	NIMODIPINE	COMPRIME ENROBE à 30 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	130,50	130,50	81,60	81,60	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000070641	MODINE	NIMODIPINE	COMPRIME ENROBE à 30 MG	1 BOITE 60 COMPRIME PELLICULE	260,00	260,00	162,60	162,60	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118001120956	MODITEN	FLUPHENAZINE	COMPRIME ENROBE à 25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	30,00	30,00	19,80	19,80	NEUROLEPTIQUE	P
6118000131236	MODIXA	MOXIFLOXACINE	COMPRIME ENROBE à 400 MG	1 BOITE 5 COMPRIME ENROBE	197,00	197,00	122,70	122,70	FLUOROQUINOLONE	G
6118000131243	MODIXA	MOXIFLOXACINE	COMPRIME ENROBE à 400 MG	1 BOITE 7 COMPRIME ENROBE	267,00	267,00	166,70	166,70	FLUOROQUINOLONE	G
6118000290063	MODURETIC	AMILORIDE / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME SECABLE à 5 / 50 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME	42,40	42,40	26,50	26,50	DIURETIQUE	P
6118001290093	MOFILET 500MG	MYCOPHENOLATE MOFETIL	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	188,70	188,70	117,60	117,60	IMMUNOSUPPRESSEUR	G
6118000092018	MOLGAM 100 MG	ACIDE TIAPROFENIQUE	COMPRIME à 100 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	13,00	13,00	8,10	8,10	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000092025	MOLGAM 100 MG	ACIDE TIAPROFENIQUE	COMPRIME à 100 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	22,00	22,00	13,70	13,70	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
611800092032	MOLGAM 100 MG	ACIDE TIAPROFENIQUE	COMPRIME à 100 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	30,00	30,00	18,70	18,70	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	G
611800091998	MOLGAM 200 MG	ACIDE TIAPROFENIQUE	COMPRIME à 200 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	22,00	22,00	13,70	13,70	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	G
611800092001	MOLGAM 200 MG	ACIDE TIAPROFENIQUE	COMPRIME à 200 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	40,00	40,00	24,90	24,90	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	G
6118000070658	MONONITRIL	ISOSORBIDE MONONITRATE	COMPRIME SECABLE à 20 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	17,00	17,00	10,60	10,60	ANTIANGOREUX VASODILATEUR	G
6118000070665	MONONITRIL	ISOSORBIDE MONONITRATE	COMPRIME SECABLE à 20 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	49,50	49,50	30,90	30,90	ANTIANGOREUX VASODILATEUR	G
6118000070672	MONONITRIL	ISOSORBIDE MONONITRATE	COMPRIME SECABLE à 40 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	65,20	65,20	40,70	40,70	ANTIANGOREUX VASODILATEUR	G
6118001180349	MONO-TILDIEM LP	DILTIAZEM	GELULE LP à 300 MG	1 BOITE 28 GELULE	218,00	155,00	136,60	96,90	INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118001180332	MONO-TILDIEM LP	DILTIAZEM	GELULE LP à 200 MG	1 BOITE 28 GELULE	181,40	181,40	113,30	113,30	INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118001183821	MONOZECLAR 500 MG	CLARITHROMYCINE	COMPRIME PELLICULE LP à 500 MG	1 BOITE 5 COMPRIME PELLICULE	87,30	87,30	54,40	54,40	MACROLIDE	P
6118001183838	MONOZECLAR 500 MG	CLARITHROMYCINE	COMPRIME PELLICULE LP à 500 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	163,40	163,40	101,80	101,80	MACROLIDE	P
6118001020645	MOPRAL	OMEPRAZOLE	GELULE GASTRO-RESISTANTE à 10 MG	1 BOITE 14 GELULE GASTRO-RESISTANTE	87,10	26,50	54,20	16,50	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	P
6118001020652	MOPRAL	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 14 GELULE	131,10	52,80	81,70	32,90	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	P
6118001340170	MORBILVAX VACCIN	VACCIN ANTIROUGEOLEUX	PREPARATION INJECTABLE	1 BOITE 1 DOSE	58,00	58,00			VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P
6118000021735	MORPHINE SOTHEMA	MORPHINE	SOLUTION INJECTABLE à 10 MG	1 BOITE 10 AMPOULE	50,00	50,00	31,10	31,10	ANALGESIQUE OPIOIDE	G
6118001340194	MORUPAR	VACCIN R.O.R	PREPARATION INJECTABLE	1 BOITE 1 DOSE	90,40	90,40			VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	G
6118001120901	MOSCONTIN	MORPHINE	COMPRIME LP à 10 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	46,70	46,70	29,10	29,10	ANALGESIQUE OPIOIDE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001120918	MOSCONTIN	MORPHINE	COMPRIME LP à 30 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	108,90	108,90	67,90	67,90	ANALGESIQUE OPIOIDE	P
6118001120925	MOSCONTIN	MORPHINE	COMPRIME LP à 60 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	209,00	209,00	130,80	130,80	ANALGESIQUE OPIOIDE	P
6118001120932	MOSCONTIN	MORPHINE	COMPRIME LP à 100 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	295,00	295,00	195,60	195,60	ANALGESIQUE OPIOIDE	P
6118000011040	MOTILIUM	DOMPERIDONE	SUSPENSION BUVABLE à 1 MG/ML	1 FLACON 200 ML	40,80	30,00	25,40	18,70	ANTIEMETIQUE	P
6118000011033	MOTILIUM	DOMPERIDONE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	34,40	30,00	21,40	18,70	ANTIEMETIQUE	P
6118000230151	MYCODERME 1%	ECONAZOLE	CREME à 1 %	1 TUBE 40 G	36,70	36,70	22,90	22,90	ANTIFONGIQUE	G
6118000230144	MYCODERME 1%	ECONAZOLE	POUDRE POUR APPLICATION LOCALE à 1 %	1 FLACON 30 G	49,00	49,00	30,50	30,50	ANTIFONGIQUE	G
6118000230168	MYCODERME 150 MG	ECONAZOLE	OVULE à 150 MG	1 BOITE 3 OVULE	38,00	38,00	23,70	23,70	NITRO-IMIDAZOLE	G
6118000050384	MYCOFLU	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 1 GELULE	30,00	30,00	18,70	18,70	ANTIFONGIQUE	G
6118000050360	MYCOFLU	FLUCONAZOLE	GELULE à 50 MG	1 BOITE 3 GELULE	30,00	30,00	18,70	18,70	ANTIFONGIQUE	G
6118000050391	MYCOFLU	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 4 GELULE	90,00	90,00	56,10	56,10	ANTIFONGIQUE	G
6118000050377	MYCOFLU	FLUCONAZOLE	GELULE à 50 MG	1 BOITE 7 GELULE	80,00	80,00	49,80	49,80	ANTIFONGIQUE	G
6118000050988	MYCOFLU 150 MG	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 7 GELULE	130,00	130,00	81,00	81,00	ANTIFONGIQUE	G
6118000090458	MYCOPHARM	NYSTATINE	SUSPENSION BUVABLE à 100000 UI	1 FLACON 24 ML	19,40	19,40	12,10	12,10	ANTIFONGIQUE	G
	MYCOPHARM	NYSTATINE	COMPRIME DRAGEIFIE à 500000 UI	1 BOITE 16 COMPRIME DRAGEFIE	25,90	25,90	16,10	16,10	ANTIFONGIQUE	G
6118001220557	MYCOPHENOLATE MOFETIL NORMON	MYCOPHENOLATE MOFETIL	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 50 COMPRIME	683,00	683,00	452,00	452,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001220540	MYCOPHENOLATE MOFETIL NORMON	MYCOPHENOLATE MOFETIL	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 100 COMPRIME PELLICULE	683,00	683,00	452,00	452,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	G
6118000032229	MYCOSTATINE	NYSTATINE	SUSPENSION BUVABLE à 100000 UI	1 FLACON 24 ML	22,90	19,40			ANTIFONGIQUE	P
6118001121014	MYCOSTATINE	NYSTATINE	COMPRIME ENROBE à 500000 UI	1 BOITE 16 COMPRIME ENROBE	26,90	25,90	17,80	16,10	ANTIFONGIQUE	P
6118000011125	MYCOSTER	CICLOPIROXOLAMINE	SOLUTION POUR APPLICATION LOCALE à 1 %	1 FLACON 30 ML	43,50	43,50	27,10	27,10	ANTIFONGIQUE	P
6118000011118	MYCOSTER	CICLOPIROXOLAMINE	CREME à 1 %	1 TUBE 30 G	45,20	37,80	28,20	23,50	ANTIFONGIQUE	P
6118001030873	MYFORTIC 180 MG	ACIDE MYCOPHENOLIQUE	COMPRIME PELLICULE GASTRO-RESISTANT à 180 MG	1 BOITE 120 COMPRIME PELLICULE GASTRO-RESISTANT	1382,00	1382,00	1089,00	1089,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	P
6118001030880	MYFORTIC 360 MG	ACIDE MYCOPHENOLIQUE	COMPRIME PELLICULE GASTRO-RESISTANT à 360 MG	1 BOITE 120 COMPRIME PELLICULE GASTRO-RESISTANT	2424,00	2424,00	2048,00	2048,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	P
6118000120421	MYK	SULCONAZOLE	SOLUTION POUR APPLICATION LOCALE à 1 %	1 FLACON 30 ML	64,50	64,50	40,20	40,20	ANTIFONGIQUE	P
6118000120414	MYK	SULCONAZOLE	CREME à 1 %	1 TUBE 15 G	39,60	39,60	24,70	24,70	ANTIFONGIQUE	P
6118000241263	MYNAZOL	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 1 GELULE	24,00	24,00	14,90	14,90	ANTIFONGIQUE	G
6118000241768	MYNAZOL	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 4 GELULE	75,40	75,40	47,00	47,00	ANTIFONGIQUE	G
6118000241256	MYNAZOL	FLUCONAZOLE	GELULE à 50 MG	1 BOITE 7 GELULE	87,00	87,00	54,20	54,20	ANTIFONGIQUE	G
6118000242017	MYNAZOL	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 8 GELULE	115,00	115,00	71,60	71,60	ANTIFONGIQUE	G
6118001290024	MYRIN 100	THALIDOMIDE	COMPRIME ENROBE à 100 MG	1 BOITE 30 COMPRIME ENROBE	1584,00	1584,00	1322,00	1322,00	ANTINEOPLASIQUE ET IMMUNOMODULATEUR	G
6118001290017	MYRIN 50	THALIDOMIDE	COMPRIME ENROBE à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME ENROBE	1346,00	1346,00	1077,00	1077,00	ANTINEOPLASIQUE ET IMMUNOMODULATEUR	G
6118001081240	MYTELASE	AMBENONIUM	COMPRIME SECABLE à 10 MG	1 BOITE 50 COMPRIME	21,70	21,70	13,50	13,50	PARASYMPATHOMIMETIQUE ANTICHOLINESTERASIQUE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000020240	NALGESIC	FENOPROFENE	COMPRIME PELLICULE à 300 MG	1 BOITE 12 COMPRIME	30,60	30,60	19,10	19,10	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	P
6118000021711	NALGESIC	FENOPROFENE	COMPRIME PELLICULE à 300 MG	1 BOITE 36 COMPRIME	76,50	76,50	47,70	47,70	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	P
6118000012528	NAPROSYNE	NAPROXENE	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 12 COMPRIME	45,60	45,60	28,40	28,40	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	P
6118000012535	NAPROSYNE	NAPROXENE	SUPPOSITOIRE à 500 MG	1 BOITE 12 SUPPOSITOIRE	53,10	40,80	33,10	25,40	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	P
6118000310150	NAPROXENE PHARMA	NAPROXENE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 275 MG	1 BOITE 6 FLACON	32,60	32,60	20,30	20,30	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	G
6118000310143	NAPROXENE PHARMA	NAPROXENE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 550 MG	1 BOITE 6 FLACON	80,10	80,10	49,90	49,90	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	G
6118000310167	NAPROXENE PHARMA FORT	NAPROXENE	CAPSULE à 550 MG	1 BOITE 10 CAPSULE	34,00	34,00			ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	G
6118000310174	NAPROXENE PHARMA FORT	NAPROXENE	GELULE à 550 MG	1 BOITE 15 GELULE	51,20	51,20	31,90	31,90	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	G
6118000310181	NAPROXENE PHARMA FORT	NAPROXENE	GELULE à 550 MG	1 BOITE 30 GELULE	86,70	86,70	54,00	54,00	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	G
6118001080816	NASACORT	TRIAMCINOLONE	SUSPENSION POUR PULVERISATION NASALE à 55 µG	1 FLACON 15 ML	107,40	107,40	66,90	66,90	ANTI-INFLAMMATOIRE STERODIEN	P
6118001150205	NASONEX	MOMETASONE	SUSPENSION POUR PULVERISATION NASALE à 50 µG	1 FLACON 40 DOSE	56,20	56,20	35,00	35,00	ANTI-INFLAMMATOIRE STERODIEN	P
6118001150199	NASONEX	MOMETASONE	SUSPENSION POUR PULVERISATION NASALE à 50 µG	1 FLACON 120 DOSE	136,20	110,00	84,90	68,50	ANTI-INFLAMMATOIRE STERODIEN	P
	NATEAD	IMMUNOGLOBULINES HUMAINES ANTI-D	PREPARATION INJECTABLE	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	710,00	710,00	470,00	470,00	IMMUNOGLOBULINE ET IMMUNOSERUM	G
6118001040148	NATISPRAY	TRINITRINE	SOLUTION POUR PULVERISATION BUCCALE à 0.3 MG	1 FLACON 18 ML	69,30	69,30	43,30	43,30	ANTIANGOREUX VASODILATEUR	G
6118000095682	NAUREUS 5 MG	DES Loratadine	COMPRIME PELLICULE à 5 MG	1 BOITE 15 COMPRIME PELLICULE	41,50	41,50	25,80	25,80	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000095521	NAUREUS 5 MG	DES Loratadine	COMPRIME PELLICULE à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	74,90	74,90	46,70	46,70	ANTIHISTAMINIQUE H1	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000091882	NAUSELIUM	DOMPERIDONE	SUSPENSION BUVABLE à 1 MG/ML	1 FLACON 200 ML	29,00	29,00	18,10	18,10	ANTIEMETIQUE	G
6118000091899	NAUSELIUM 10 MG	DOMPERIDONE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	29,00	29,00	18,10	18,10	ANTIEMETIQUE	G
6118001181766	NAVELBINE	VINORELBINE	SOLUTION INJECTABLE à 10 MG	1 FLACON 1 ML	246,00	246,00	154,00	154,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001181773	NAVELBINE	VINORELBINE	SOLUTION INJECTABLE à 10 MG	10 FLACON 1 ML	1666,00	1666,00	1407,00	1407,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001181803	NAVELBINE	VINORELBINE	SOLUTION INJECTABLE à 50 MG	1 FLACON 5 ML	1022,00	1022,00	743,00	743,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001181810	NAVELBINE	VINORELBINE	SOLUTION INJECTABLE à 50 MG	10 FLACON 5 ML	6958,00	6958,00	6751,00	6751,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001181780	NAVELBINE	VINORELBINE	CAPSULE MOLLE à 20 MG	1 BOITE 1 CAPSULE	771,00	771,00	512,00	512,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001181797	NAVELBINE	VINORELBINE	CAPSULE MOLLE à 30 MG	1 BOITE 1 CAPSULE	1028,00	1028,00	750,00	750,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001101269	NAZAIR	FLUTICASONE	SUSPENSION NASALE à 50 µG	1 FLACON 100 DOSE	75,00	75,00	46,70	46,70	ANTI-INFLAMMATOIRE STERODIEN	G
6118000041269	NEALGYL	PHLOROGLUCINOL	COMPRIME ORODISPERSIBLE à 80 MG	1 BOITE 10 COMPRIME ORODISPERSIBLE	19,50	19,50	12,20	12,20	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	G
6118001150052	NEBILET	NEBIVOLOL	COMPRIME SECABLE à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	162,60	162,60	101,70	101,70	BETABLOQUANT	P
6118001350049	NEFOPAM MYLAN 20MG/2ML	NEFOPAM	SOLUTION INJECTABLE à 20 MG	10 AMPOULE 2 ML	72,50	72,50	45,20	45,20	ANALGESIQUE	G
6118001430185	NEFOPAM MYLAN 20MG/2ML	NEFOPAM	SOLUTION INJECTABLE à 20 MG	10 AMPOULE 2 ML	72,50	72,50	45,20	45,20	ANALGESIQUE	G
6118000050292	NEOCIP	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	55,00	55,00	35,30	35,30	FLUOROQUINOLONE	G
6118000050308	NEOCIP	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	80,00	80,00	49,80	49,80	FLUOROQUINOLONE	G
6118000310570	NEOCLAV 1 G/ 125 MG	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 12 SACHET	88,00	88,00	54,80	54,80	PENICILLINE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000310600	NEOCLAV 1 G/ 125 MG	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 24 SACHET	167,00	167,00	104,00	104,00	PENICILLINE	G
6118000310587	NEOCLAV 1 G/125 MG	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 14 SACHET	102,00	102,00	63,50	63,50	PENICILLINE	G
6118000310594	NEOCLAV 1 G/125 MG	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 16 SACHET	116,00	116,00	72,30	72,30	PENICILLINE	G
6118000310525	NEOCLAV 100 MG/12.5 MG/ ML ENFANT	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 100 / 12.5 MG / MG	2 FLACON 60 ML	100,00	100,00	62,30	62,30	PENICILLINE	G
6118000310495	NEOCLAV 100 MG/12.5 MG/ ML NOURRISSON	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 100 / 12.5 MG / MG	2 FLACON 30 ML	70,00	70,00	43,60	43,60	PENICILLINE	G
6118000310501	NEOCLAV 100MG/12.5MG/ML ENFANT	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 100 / 12.5 MG / MG	1 FLACON 60 ML	63,00	63,00	39,20	39,20	PENICILLINE	G
6118000310518	NEOCLAV 100MG/12.5MG/ML NOURRISSON	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 100 / 12.5 MG / MG	1 FLACON 30 ML	38,00	38,00	23,70	23,70	PENICILLINE	G
6118000310549	NEOCLAV 500 MG /62.5 MG	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 / 62.5 MG / MG	1 BOITE 14 SACHET	72,00	72,00	44,90	44,90	PENICILLINE	G
6118000310556	NEOCLAV 500 MG/ 62.5 MG	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 / 62.5 MG / MG	1 BOITE 16 SACHET	82,00	82,00	51,10	51,10	PENICILLINE	G
6118000310563	NEOCLAV 500 MG/ 62.5 MG	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 / 62.5 MG / MG	1 BOITE 24 SACHET	117,00	117,00	72,90	72,90	PENICILLINE	G
6118000310532	NEOCLAV 500 MG/62.5 MG	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 / 62.5 MG / MG	1 BOITE 12 SACHET	62,00	62,00	38,60	38,60	PENICILLINE	G
6118000031680	NEOFORTAN	PHLOROGLUCINOL	COMPRIME EFFERVESCENT à 80 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	19,50	19,50	12,20	12,20	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	G
6118000031697	NEOFORTAN	PHLOROGLUCINOL	COMPRIME EFFERVESCENT à 160 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	98,80	98,80	61,60	61,60	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	G
6118000032700	NEOFORTAN	PHLOROGLUCINOL	SUPPOSITOIRE à 150 MG	1 BOITE 8 SUPPOSITOIRE	19,60	19,60	12,20	12,20	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	G
6118000190684	NEOMOX	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 FLACON 60 ML	15,30	15,30	9,50	9,50	PENICILLINE	G
6118000190707	NEOMOX	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 60 ML	28,00	28,00	17,50	17,50	PENICILLINE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000190721	NEOMOX	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 MG	1 FLACON 60 ML	37,70	37,70	23,50	23,50	PENICILLINE	G
6118000190691	NEOMOX	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 FLACON 100 ML	25,40	25,40	15,80	15,80	PENICILLINE	G
6118000190714	NEOMOX	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 100 ML	33,60	33,60	21,00	21,00	PENICILLINE	G
6118000190738	NEOMOX	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 MG	1 FLACON 100 ML	59,00	59,00	36,80	36,80	PENICILLINE	G
6118000190615	NEOMOX	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 1 G	1 BOITE 12 COMPRIME	55,00	55,00	34,30	34,30	PENICILLINE	G
6118000190622	NEOMOX	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 1 G	1 BOITE 14 COMPRIME	64,10	64,10	40,00	40,00	PENICILLINE	G
6118000190639	NEOMOX	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 1 G	1 BOITE 24 COMPRIME	96,80	96,80	60,30	60,30	PENICILLINE	G
6118000190646	NEOMOX	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 250 MG	1 BOITE 12 COMPRIME	30,60	30,60	19,10	19,10	PENICILLINE	G
6118000190660	NEOMOX	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 500 MG	1 BOITE 12 COMPRIME	34,60	34,60	21,50	21,50	PENICILLINE	G
6118000190745	NEOMOX	AMOXICILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 12 GELULE	45,30	45,30	28,30	28,30	PENICILLINE	G
6118000190653	NEOMOX	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 250 MG	1 BOITE 24 COMPRIME	46,90	46,90	29,20	29,20	PENICILLINE	G
6118000190677	NEOMOX	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 500 MG	1 BOITE 24 COMPRIME	65,40	65,40	40,80	40,80	PENICILLINE	G
6118001103072	NEOPROST	BICALUTAMIDE	COMPRIME PELLICULE à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	550,00	550,00	365,00	365,00	ANTIANDROGENE	G
6118001120697	NEORAL	CICLOSPORINE	SOLUTION BUVABLE à 100 MG	1 FLACON 50 ML	1736,00	1736,00	1452,00	1452,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	P
6118001120710	NEORAL	CICLOSPORINE	CAPSULE MOLLE à 25 MG	1 BOITE 60 CAPSULE	653,00	653,00	432,00	432,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	P
6118001120727	NEORAL	CICLOSPORINE	CAPSULE MOLLE à 50 MG	1 BOITE 60 CAPSULE	1213,00	1213,00	915,00	915,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001120734	NEORAL	CICLOSPORINE	CAPSULE MOLLE à 100 MG	1 BOITE 60 CAPSULE	1966,00	1966,00	1688,00	1688,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	P
6118001330119	NEULASTIM 6 MG/0,6 ML	PEGFILGRASTIM	SOLUTION INJECTABLE à 6/0,6 MG/ML	1 SERINGUE PREREMPLIE 0,6 ML	10123,00	10123,00	9904,00	9904,00	IMMUNOSTIMULANT IMMUNOMODULATEUR	P
6118001182954	NEULEPTIL	PROPERICIAZINE	SOLUTION POUR GOUTTES BUVABLES à 4 %	1 FLACON 30 ML	39,10	39,10	24,40	24,40	NEUROLEPTIQUE	P
6118001050291	NEUPOGEN	FILGRASTIM	SOLUTION INJECTABLE à 30 MUI	1 BOITE 1 SERINGUE	973,00	973,00	669,00	669,00	FACTEUR DE CROISSANCE	P
6118001050307	NEUPOGEN	FILGRASTIM	SOLUTION INJECTABLE à 48 MUI	1 BOITE 1 SERINGUE	1363,00	1363,00	1069,00	1069,00	FACTEUR DE CROISSANCE	P
6118001330126	NEUPOGEN 30 MU	FILGRASTIM	SOLUTION INJECTABLE à 30 MUI	1 BOITE 1 SERINGUE PREREMPLIE	973,00	973,00	669,00	669,00	FACTEUR DE CROISSANCE	P
6118001330133	NEUPOGEN 48 MU	FILGRASTIM	SOLUTION INJECTABLE à 48 MUI	1 BOITE 1 SERINGUE PREREMPLIE	1363,00	1363,00	1069,00	1069,00	FACTEUR DE CROISSANCE	P
6118000022114	NEURLEP 50 MG	SULPIRIDE	GELULE à 50 MG	1 BOITE 20 GELULE	24,00	24,00	14,90	14,90	NEUROLEPTIQUE	G
6118001100804	NEVIMUNE	NEVIRAPINE	COMPRIME à 200 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	226,00	226,00	141,70	141,70	ANTIVIRAL	G
6118001250387	NEVIPAN	NEVIRAPINE	COMPRIME à 200 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	697,00	697,00	463,00	463,00	ANTIVIRAL	G
6118000082262	NEWGLIN 0.5 MG	REPAGLINIDE	COMPRIME à 0.5 MG	1 BOITE 15 COMPRIME	23,00	23,00	14,40	14,40	ANTIDIABETIQUES	G
6118000082279	NEWGLIN 0.5 MG	REPAGLINIDE	COMPRIME à 0.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	50,20	50,20	31,40	31,40	ANTIDIABETIQUES	G
6118000082286	NEWGLIN 0.5 MG	REPAGLINIDE	COMPRIME à 0.5 MG	1 BOITE 90 COMPRIME	145,60	145,60	91,00	91,00	ANTIDIABETIQUES	G
6118000082293	NEWGLIN 1 MG	REPAGLINIDE	COMPRIME à 1 MG	1 BOITE 15 COMPRIME	25,20	25,20	15,70	15,70	ANTIDIABETIQUES	G
6118000082309	NEWGLIN 1 MG	REPAGLINIDE	COMPRIME à 1 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	52,50	52,50	32,80	32,80	ANTIDIABETIQUES	G
6118000082316	NEWGLIN 1 MG	REPAGLINIDE	COMPRIME à 1 MG	1 BOITE 90 COMPRIME	148,20	148,20	92,60	92,60	ANTIDIABETIQUES	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000082323	NEWGLIN 2 MG	REPAGLINIDE	COMPRIME à 2 MG	1 BOITE 15 COMPRIME	28,90	28,90	18,10	18,10	ANTIDIABETIQUES	G
6118000082330	NEWGLIN 2 MG	REPAGLINIDE	COMPRIME à 2 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	57,60	57,60	36,00	36,00	ANTIDIABETIQUES	G
6118000082347	NEWGLIN 2 MG	REPAGLINIDE	COMPRIME à 2 MG	1 BOITE 90 COMPRIME	153,40	153,40	95,90	95,90	ANTIDIABETIQUES	G
6118001090587	NEXAVAR 200 MG	SORAFENIB	COMPRIME PELLICULE à 200 MG	1 BOITE 60 COMPRIME PELLICULE	21152,00	21152,00	20745,00	20745,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001230501	NICARDIPINE AGUETTANT	NICARDIPINE	SOLUTION INJECTABLE à 10 MG	10 AMPOULE 10 ML	153,80	153,80	96,10	96,10	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000090489	NIDAZOL	METRONIDAZOLE	OVULE à 500 MG	1 BOITE 10 OVULE	29,60	29,60	18,50	18,50	NITRO-IMIDAZOLE	G
6118000090465	NIDAZOL	METRONIDAZOLE	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	21,10	21,10	13,20	13,20	NITRO-IMIDAZOLE	G
6118000090472	NIDAZOL	METRONIDAZOLE	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	39,90	39,90	24,90	24,90	ANTIAMBIEN ANTIBIOTIQUE NITRO-5 IMIDAZOLE	G
6118000090496	NIFARM	NIFEDIPINE	CAPSULE à 10 MG	1 BOITE 30 CAPSULE	67,15	67,15			INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000130079	NIFEGEN	NIFEDIPINE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 30 GELULE	75,00	75,00	46,90	46,90	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000030874	NIFLURIL	ACIDE NIFLUMIQUE	GELULE à 250 MG	1 BOITE 30 GELULE	34,10	34,10	21,20	21,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000030959	NIFLURIL	ACIDE NIFLUMIQUE	SUPPOSITOIRE à 400 MG	1 BOITE 8 SUPPOSITOIRE	22,00	22,00	13,70	13,70	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000030966	NIFLURIL	ACIDE NIFLUMIQUE	SUPPOSITOIRE à 700 MG	1 BOITE 8 SUPPOSITOIRE	30,20	30,20	18,80	18,80	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118001090259	NIMOTOP	NIMODIPINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 10 MG	1 FLACON 50 ML	216,00	162,40	135,50	101,50	INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118001030286	NITRODERM TTS 10	TRINITRINE	DISPOSITIF TRANSDERMIQUE à 10 MG	1 BOITE 10 PATCH	99,80	99,80	62,40	62,40	ANTIANGOREUX VASODILATEUR	P
6118001030279	NITRODERM TTS 5	TRINITRINE	DISPOSITIF TRANSDERMIQUE à 5 MG	1 BOITE 10 PATCH	84,10	84,10	52,50	52,50	ANTIANGOREUX VASODILATEUR	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001260072	NITROGLICERINE PH&T 25MG/5ML	TRINITRINE	SOLUTION INJECTABLE POUR PERFUSION à 5 MG/ML	50 AMPOULE 8 ML	1611,00	1611,00	1350,00	1350,00	ANTIANGOREUX	G
6118001260102	NITROGLICERINE PH&T 5 MG/ML	TRINITRINE	SOLUTION INJECTABLE POUR PERFUSION à 5 MG/ML	50 AMPOULE 1 ML	662,00	662,00	440,00	440,00	ANTIANGOREUX	G
6118000060222	NIVAQUINE	CHLOROQUINE	COMPRIME SECABLE à 100 MG	1 BOITE 20 COMPRIME SECABLE	12,00	12,00	7,50	7,50	ANTIPALUDIQUE	P
6118000041351	NOCAND 150 MG	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 1 GELULE	14,40	14,40	9,00	9,00	ANTIFONGIQUE	G
6118000041368	NOCAND 150 MG	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 4 GELULE	50,00	50,00	31,10	31,10	ANTIFONGIQUE	G
6118000041375	NOCAND 200 MG	FLUCONAZOLE	GELULE à 200 MG	1 BOITE 7 GELULE	98,00	98,00	61,10	61,10	ANTIFONGIQUE	G
6118000041344	NOCAND 50 MG	FLUCONAZOLE	GELULE à 50 MG	1 BOITE 7 GELULE	35,00	35,00	21,80	21,80	ANTIFONGIQUE	G
6118000071174	NOCOL	SIMVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	97,60	97,60	61,00	61,00	HYPOLIPEMIANT	G
6118000071150	NOCOL	SIMVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 40 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	171,00	171,00	106,90	106,90	HYPOLIPEMIANT	G
6118000071181	NOCOL	SIMVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	188,50	188,50	117,80	117,80	HYPOLIPEMIANT	G
6118000071167	NOCOL	SIMVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 40 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	283,00	283,00	188,10	188,10	HYPOLIPEMIANT	G
6118000330547	NOCTIZEN 10MG	ZOLPIDEM	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 10 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE SECABLE	25,20	25,20	15,70	15,70	HYPNOTIQUE	G
6118000330554	NOCTIZEN 10MG	ZOLPIDEM	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 10 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE SECABLE	44,90	44,90	28,00	28,00	HYPNOTIQUE	G
6118000050872	NO-DEP	SERTRALINE	COMPRIME SECABLE à 50 MG	1 BOITE 15 COMPRIME	71,00	71,00	44,20	44,20	ANTIDEPRESSEUR	G
6118000050889	NO-DEP	SERTRALINE	COMPRIME SECABLE à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	126,80	126,80	79,00	79,00	ANTIDEPRESSEUR	G
6118000050995	NO-DEP	SERTRALINE	COMPRIME SECABLE à 50 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	201,00	201,00	125,40	125,40	ANTIDEPRESSEUR	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000061861	NO-DOL CODEINE 500MG/30MG	PARACETAMOL / CODEINE	COMPRIME à 500 / 30 MG / MG	1 BOITE 20 COMPRIME	28,00	28,00	17,40	17,40	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P
6118000061304	NODOL FEN	IBUPROFENE	SUSPENSION BUVABLE à 2 %	1 FLACON 150 ML	22,50	22,50	14,00	14,00	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000061779	NO-DOL FEN	IBUPROFENE	COMPRIME PELLICULE à 200 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	23,50	23,50	14,60	14,60	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000061878	NO-DOL FEN	IBUPROFENE	COMPRIME PELLICULE à 400 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	30,00	30,00	18,70	18,70	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000130451	NOFEBRIL	PARACETAMOL	COMPRIME SECABLE à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	7,00	7,00	4,40	4,40	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000141082	NOFENE	KETOPROFENE	COMPRIME PELLICULE à 100 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	49,60	49,60	30,90	30,90	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000141099	NOFENE	KETOPROFENE	SUPPOSITOIRE à 100 MG	1 BOITE 12 SUPPOSITOIRE	29,30	29,30	18,20	18,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000022527	NO-FLAM	DICLOFENAC	SUPPOSITOIRE à 100 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	30,00	30,00	18,70	18,70	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000050353	NOFLOXINE	NORFLOXACINE	COMPRIME ENROBE à 400 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	78,00	78,00	48,60	48,60	QUINOLONE	G
6118000072027	NOLIP 10MG	ROSUVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	59,70	59,70	37,30	37,30	HYPOLIPEMIANT	G
6118000072010	NOLIP 10MG	ROSUVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	157,10	157,10	98,20	98,20	HYPOLIPEMIANT	G
6118000072034	NOLIP 20MG	ROSUVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	96,50	96,50	60,30	60,30	HYPOLIPEMIANT	G
6118000072041	NOLIP 20MG	ROSUVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	254,00	254,00	159,40	159,40	HYPOLIPEMIANT	G
6118001181896	NOLVADEX	TAMOXIFENE	COMPRIME ENROBE à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	124,30	124,30	77,70	77,70	HORMONOTHERAPIE	P
6118000140955	NOMADOL	TRAMADOL	COMPRIME PELLICULE à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	42,10	42,10	26,20	26,20	ANALGESIQUE CENTRAL	G
6118001010271	NOMADOL 100 MG/2ML	TRAMADOL	SOLUTION INJECTABLE IV à 100 MG	1 BOITE 5 AMPOULE	37,50	37,50	23,40	23,40	ANALGESIQUE CENTRAL	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000071013	NOMYC	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 1 GELULE	25,00	25,00	15,60	15,60	ANTIFONGIQUE	G
6118000071020	NOMYC	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 2 GELULE	42,50	42,50	26,50	26,50	ANTIFONGIQUE	G
6118000071006	NOMYC	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 4 GELULE	78,00	78,00	48,60	48,60	ANTIFONGIQUE	G
6118000071037	NOMYC	FLUCONAZOLE	GELULE à 50 MG	1 BOITE 7 GELULE	85,00	85,00	53,00	53,00	ANTIFONGIQUE	G
6118000071600	NOPOROSE 35 MG	RISEDRONATE	COMPRIME PELLICULE à 35 MG	1 BOITE 4 COMPRIME PELLICULE	194,60	194,60	121,20	121,20	BIPHOSPHONATE	G
6118000071617	NOPOROSE 35 MG	RISEDRONATE	COMPRIME PELLICULE à 35 MG	1 BOITE 12 COMPRIME PELLICULE	497,00	497,00	329,00	329,00	BIPHOSPHONATE	G
6118000240549	NORDAZ 15 MG	NORDAZEPAM	COMPRIME QUADRISECABLE à 15 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	29,10	29,10	18,10	18,10	ANXIOLYTIQUE	P
6118000240556	NORDAZ 7,5 MG	NORDAZEPAM	COMPRIME SECABLE à 7.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	19,40	19,40	12,10	12,10	ANXIOLYTIQUE	P
6118001121168	NORDITROPINE NORDILET 5 MG/1.5 ML	SOMATROPINE	SOLUTION INJECTABLE SC à 5 MG	1 BOITE 1 STYLO PRE-REMPLI	1276,00	1276,00	980,00	980,00	HORMONE DE CROISSANCE	P
6118000210092	NORMATENS	ATENOLOL	COMPRIME à 100 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	39,50	39,50	24,70	24,70	BETABLOQUANT	G
6118000210108	NORMATENS	ATENOLOL	COMPRIME à 100 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	76,50	76,50	47,80	47,80	BETABLOQUANT	G
6118000130208	NORMET	ATENOLOL	COMPRIME SECABLE à 100 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	82,00	82,00	51,20	51,20	BETABLOQUANT	G
6118000290070	NOROXINE	NORFLOXACINE	COMPRIME ENROBE à 400 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	104,70	78,00	65,20	48,60	QUINOLONE	P
6118000061335	NO-SPA	DROTAVERINE	SOLUTION INJECTABLE à 40 MG	5 AMPOULE 2 ML	32,00	32,00	20,00	20,00	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	P
6118000061342	NO-SPA	DROTAVERINE	COMPRIME à 40 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	32,00	32,00	20,00	20,00	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	P
6118000061816	NO-SPA	DROTAVERINE	COMPRIME à 80 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	45,00	45,00	28,00	28,00	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000021988	NOVEX	ENOXAPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 2000 UI ANTI-XA	2 SERINGUE 0,2 ML	66,00	66,00	41,20	41,20	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	G
6118000021995	NOVEX	ENOXAPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 2000 UI ANTI-XA	6 SERINGUE 0,2 ML	180,00	180,00	112,50	112,50	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	G
6118000021896	NOVEX	ENOXAPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 4000 UI ANTI-XA	2 SERINGUE 0,4 ML	132,00	132,00	82,50	82,50	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	G
6118000021902	NOVEX	ENOXAPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 4000 UI ANTI-XA	6 SERINGUE 0,4 ML	347,00	347,00	230,00	230,00	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	G
6118000021919	NOVEX	ENOXAPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 6000 UI ANTI-XA	2 SERINGUE 0,6 ML	152,00	152,00	95,00	95,00	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	G
6118000021933	NOVEX	ENOXAPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 8000 UI ANTI-XA	2 SERINGUE 0,8 ML	170,00	170,00	106,20	106,20	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	G
6118000021940	NOVEX	ENOXAPARINE	SOLUTION INJECTABLE à 10000 UI ANTI-XA	2 SERINGUE 1 ML	212,00	212,00	132,50	132,50	ANTICOAGULANT HEPARINIQUE DE BAS POIDS MOLECULAIRE	G
6118000141167	NOVOCIN 500 MG	LEVOFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 7 COMPRIME PELLICULE	100,10	100,10	62,40	62,40	FLUOROQUINOLONE	G
6118000141174	NOVOCIN 500 MG	LEVOFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	135,00	135,00	84,10	84,10	FLUOROQUINOLONE	G
6118000140351	NOVOCLIN	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 14 SACHET	127,50	127,50	84,30	84,30	PENICILLINE	G
6118000140900	NOVOCLIN 1G/125MG	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 16 SACHET	132,00	132,00	82,20	82,20	PENICILLINE	G
6118000140917	NOVOCLIN 1G/125MG	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 24 SACHET	188,00	188,00	117,10	117,10	PENICILLINE	G
6118000140641	NOVOCLIN 250MG/31.25MG	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 / 31.25 MG / MG	1 BOITE 12 SACHET	45,90	45,90	28,60	28,60	PENICILLINE	G
6118000140368	NOVOCLIN 500MG/62.5MG	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 / 62.5 MG / MG	1 BOITE 12 SACHET	79,90	79,90	49,80	49,80	PENICILLINE	G
6118001121298	NOVOMIX 30 FLEXPEN	INSULINE HUMAINE	SUSPENSION INJECTABLE INTERMEDIAIRE à 100 UI	5 STYLO 3 ML	581,00	581,00	386,00	386,00	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118001120390	NOVOMIX 30 PENFILL	INSULINE HUMAINE	SUSPENSION INJECTABLE INTERMEDIAIRE à 100 UI	5 CARTOUCHE 3 ML	530,00	530,00	352,00	352,00	INSULINES ET ANALOGUES	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001120338	NOVONORM	REPAGLINIDE	COMPRIME à 1 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	52,50	52,50	32,80	32,80	ANTIDIABETIQUES	P
6118001120345	NOVONORM	REPAGLINIDE	COMPRIME à 2 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	57,60	57,60	36,00	36,00	ANTIDIABETIQUES	P
6118001120369	NOVONORM	REPAGLINIDE	COMPRIME à 1 MG	1 BOITE 90 COMPRIME	177,50	148,20	110,90	92,60	ANTIDIABETIQUES	P
6118001120376	NOVONORM	REPAGLINIDE	COMPRIME à 2 MG	1 BOITE 90 COMPRIME	196,50	153,40	122,80	95,90	ANTIDIABETIQUES	P
6118001121304	NOVORAPID FLEXPEN	INSULINE HUMAINE	SOLUTION INJECTABLE UR à 100 UI	5 STYLO 3 ML	647,00	647,00	429,00	429,00	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118001120383	NOVORAPID PENFILL	INSULINE HUMAINE	SOLUTION INJECTABLE UR à 100 UI	5 CARTOUCHE 3 ML	517,00	517,00	344,00	344,00	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118000141129	NOVORTAN	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 150 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	116,00	116,00	72,50	72,50	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000141136	NOVORTAN	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 300 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	145,00	145,00	90,60	90,60	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118001121205	NOVOSEVEN 120 KUI *	EPTACOG ALPHA ACTIVE (R FVII)	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 2.4 MG	1 BOITE 1 KIT	14149,00	14149,00	13852,00	13852,00	FACTEUR DE COAGULATION	P
6118001121212	NOVOSEVEN 240 KUI *	EPTACOG ALPHA ACTIVE (R FVII)	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 4.8 MG	1 BOITE 1 KIT	27870,00	27870,00	27304,00	27304,00	FACTEUR DE COAGULATION	P
6118001121199	NOVOSEVEN 60 KUI *	EPTACOG ALPHA ACTIVE (R FVII)	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1.2 MG	1 BOITE 1 KIT	7288,00	7288,00	7040,00	7040,00	FACTEUR DE COAGULATION	P
6118001121427	NOVOSEVEN RT 1MG (50KUI)	EPTACOG ALPHA ACTIVE (R FVII)	POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 MG	1 BOITE 1 FLACON DE POUDRE + FLACON DE SOLVANT	6846,00	6846,00	6586,00	6586,00	FACTEUR DE COAGULATION	P
6118001121434	NOVOSEVEN RT 2MG (100KUI)	EPTACOG ALPHA ACTIVE (R FVII)	POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 MG	1 BOITE 1 FLACON DE POUDRE + FLACON DE SOLVANT	13264,00	13264,00	12984,00	12984,00	FACTEUR DE COAGULATION	P
6118000023203	NOXIDEM 10 MG	ZOLPIDEM	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 10 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE SECABLE	44,90	44,90	28,00	28,00	HYPNOTIQUE	G
6118001080564	NOZINAN	LEVOMEPRMAZINE	SOLUTION INJECTABLE à 25 MG	5 AMPOULE 1 ML	24,60	24,60	15,30	15,30	NEUROLEPTIQUE	P
6118001182961	NOZINAN	LEVOMEPRMAZINE	SOLUTION INJECTABLE à 25 MG	5 AMPOULE 1 ML	24,60	24,60	15,30	15,30	NEUROLEPTIQUE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001080557	NOZINAN	LEVOMEPROMAZINE	SOLUTION POUR GOUTTES BUVABLES à 4 %	1 FLACON 30 ML	38,50	38,50	24,00	24,00	NEUROLEPTIQUE	P
6118001182978	NOZINAN	LEVOMEPROMAZINE	SOLUTION POUR GOUTTES BUVABLES à 4 %	1 FLACON 30 ML	38,50	38,50	24,00	24,00	NEUROLEPTIQUE	P
6118000012436	NOZINAN	LEVOMEPROMAZINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 25 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	16,20	16,20	10,10	10,10	NEUROLEPTIQUE	P
6118000060475	NOZINAN	LEVOMEPROMAZINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 25 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	16,20	16,20	10,10	10,10	NEUROLEPTIQUE	P
6118000012443	NOZINAN	LEVOMEPROMAZINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 100 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	57,30	57,30	35,70	35,70	NEUROLEPTIQUE	P
6118000060482	NOZINAN	LEVOMEPROMAZINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 100 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	57,30	57,30	35,70	35,70	NEUROLEPTIQUE	P
6118000180715	NURODOL	IBUPROFENE	SUSPENSION BUVABLE à 100 MG	1 FLACON 200 ML	19,00	19,00	11,80	11,80	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000180722	NURODOL	IBUPROFENE	COMPRIME ENROBE à 200 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	17,00	17,00	10,60	10,60	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000180906	NURODOL 400 MG	IBUPROFENE	COMPRIME PELLICULE à 400 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	30,00	30,00	18,70	18,70	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000022305	OCET 200 MG	OFLOXACINE	COMPRIME ENROBE à 200 MG	1 BOITE 2 COMPRIME ENROBE	37,00	37,00	23,00	23,00	FLUOROQUINOLONE	G
6118000022312	OCET 200MG	OFLOXACINE	COMPRIME ENROBE à 200 MG	1 BOITE 10 COMPRIME ENROBE	58,90	58,90	36,70	36,70	FLUOROQUINOLONE	G
6118000022329	OCET 200MG	OFLOXACINE	COMPRIME ENROBE à 200 MG	1 BOITE 20 COMPRIME ENROBE	108,00	108,00	67,30	67,30	FLUOROQUINOLONE	G
6118001330164	OCTAGAM 50 MG/ML	IMMUNOGLOBULINE HUMAINE NORMALE	SOLUTION POUR PERFUSION à 50 MG/ML	1 FLACON 100 ML	3050,00	3050,00	2691,00	2691,00	IMMUNOGLOBULINE ET IMMUNOSERUM	P
6118001330171	OCTAGAM 50 MG/ML	IMMUNOGLOBULINE HUMAINE NORMALE	SOLUTION POUR PERFUSION à 50 MG/ML	1 FLACON 200 ML	5673,00	5673,00	5383,00	5383,00	IMMUNOGLOBULINE ET IMMUNOSERUM	P
6118001330034	OCTANATE 100 UI/ML	FACTEUR VIII	POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE à 1000 UI	1 BOITE 1 FLACON DE POUDRE + FLACON DE SOLVANT	3828,00	3828,00	3489,00	3489,00	FACTEUR SANGUIN DE LA COAGULATION	P
6118001330010	OCTANATE 50 UI/ML	FACTEUR VIII	POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE à 250 UI	1 BOITE 1 FLACON DE POUDRE + FLACON DE SOLVANT	1146,00	1146,00	847,00	847,00	FACTEUR SANGUIN DE LA COAGULATION	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Generique
6118001330027	OCTANATE 50 UI/ML	FACTEUR VIII	POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE à 500 UI	1 BOITE 1 FLACON DE POUDRE + FLACON DE SOLVANT	1875,00	1875,00	1595,00	1595,00	FACTEUR SANGUIN DE LA COAGULATION	P
6118000022039	ODIA	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 2 MG	1 BOITE 15 COMPRIME	23,20	23,20	14,50	14,50	ANTIDIABETIQUES	G
6118000022060	ODIA	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 3 MG	1 BOITE 15 COMPRIME	34,90	34,90	21,80	21,80	ANTIDIABETIQUES	G
6118000022176	ODIA	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 4 MG	1 BOITE 15 COMPRIME	47,00	47,00	29,40	29,40	ANTIDIABETIQUES	G
6118000022046	ODIA	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 2 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	40,00	40,00	25,00	25,00	ANTIDIABETIQUES	G
6118000022077	ODIA	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 3 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	60,00	60,00	37,50	37,50	ANTIDIABETIQUES	G
6118000022183	ODIA	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 4 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	84,00	84,00	52,50	52,50	ANTIDIABETIQUES	G
6118000022053	ODIA	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 2 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	78,10	78,10	48,80	48,80	ANTIDIABETIQUES	G
6118000022084	ODIA	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 3 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	117,20	117,20	73,20	73,20	ANTIDIABETIQUES	G
6118000022190	ODIA	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 4 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	156,70	156,70	97,90	97,90	ANTIDIABETIQUES	G
6118000022541	ODIA 2 MG	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 2 MG	1 BOITE 90 COMPRIME	103,10	103,10	64,50	64,50	ANTIDIABETIQUES	G
6118000022558	ODIA 3 MG	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 3 MG	1 BOITE 90 COMPRIME	154,80	154,80	96,70	96,70	ANTIDIABETIQUES	G
6118000022565	ODIA 4 MG	GLIMEPIRIDE	COMPRIME à 4 MG	1 BOITE 90 COMPRIME	206,00	206,00	129,00	129,00	ANTIDIABETIQUES	G
6118001181926	ODRIK	TRANDOLAPRIL	GELULE à 0.5 MG	1 BOITE 28 GELULE	39,90	39,90	25,00	25,00	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	P
6118001181933	ODRIK 2 MG	TRANDOLAPRIL	GELULE à 2 MG	1 BOITE 28 GELULE	83,10	83,10	51,90	51,90	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	P
6118001100064	OEDES	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 7 GELULE	30,00	30,00	18,70	18,70	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001100071	OEDES	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 14 GELULE	52,80	52,80	32,90	32,90	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118001100088	OEDES	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 28 GELULE	99,00	99,00	61,70	61,70	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000082026	OEDES 20 MG	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 56 GELULE	140,00	140,00	87,20	87,20	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118001101757	OEDES 40MG	OMEPRAZOLE	LYOPHILISAT POUR SOLUTION INJECTABLE à 40 MG	1 BOITE 1 FLACON + AMPOULE	95,00	95,00	59,20	59,20	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118001101764	OEDES 40MG	OMEPRAZOLE	LYOPHILISAT POUR SOLUTION INJECTABLE à 40 MG	1 BOITE 5 FLACON + AMPOULE	376,00	376,00	249,00	249,00	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000022343	OFIKEN	CEFIXIME	COMPRIME PELLICULE à 200 MG	1 BOITE 16 COMPRIME PELLICULE	170,00	170,00	105,90	105,90	CEPHALOSPORINE	G
6118000022336	OFIKEN	CEFIXIME	COMPRIME PELLICULE à 200 MG	1 BOITE 8 COMPRIME PELLICULE	102,00	102,00	63,50	63,50	CEPHALOSPORINE	G
6118000022350	OFIKEN 100MG/5ML	CEFIXIME	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 100 MG	1 FLACON 30 ML	53,70	53,70	33,50	33,50	CEPHALOSPORINE	G
6118000022367	OFIKEN 100MG/5ML	CEFIXIME	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 100 MG	1 FLACON 60 ML	93,40	93,40	58,20	58,20	CEPHALOSPORINE	G
6118000022374	OFIKEN 100MG/5ML	CEFIXIME	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 100 MG	1 FLACON 100 ML	152,10	152,10	94,80	94,80	CEPHALOSPORINE	G
6118001183623	OFLOCET	OFLOXACINE	SOLUTION AURICULAIRE à 1.5 MG	20 RECIPIENT 0,5 ML	70,60	70,60	44,00	44,00	FLUOROQUINOLONE	P
6118001183630	OFLOCET	OFLOXACINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 200 MG	1 FLACON 40 ML	285,00	285,00	189,20	189,20	FLUOROQUINOLONE	P
6118000012542	OFLOCET	OFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 200 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	109,60	101,00	68,30	62,90	FLUOROQUINOLONE	P
6118001021000	OFLOXACINE MYLAN	OFLOXACINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 200 MG	1 BOITE 20 POCHE	3050,00	3050,00	2691,00	2691,00	FLUOROQUINOLONE	G
6118000070696	OFLUREX	OFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 200 MG	1 BOITE 8 COMPRIME	82,60	82,60	51,50	51,50	FLUOROQUINOLONE	G
6118000070689	OFLUREX	OFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 200 MG	1 BOITE 16 COMPRIME	158,10	158,10	98,50	98,50	FLUOROQUINOLONE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001150816	OKA-CARBOPLATIN	CARBOPLATINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 150 MG	1 BOITE 1 FLACON	572,00	572,00	380,00	380,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001150823	OKA-CARBOPLATIN	CARBOPLATINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 450 MG	1 BOITE 1 FLACON	1175,00	1175,00	900,00	900,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001150434	OKA-DOCETAXEL	DOCETAXEL	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 20 MG	1 FLACON 5 ML	800,00	800,00	531,00	531,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001150441	OKA-DOCETAXEL	DOCETAXEL	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 80 MG	1 FLACON 15 ML	2500,00	2500,00	2161,00	2161,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001150458	OKA-ETOPOSIDE	ETOPOSIDE	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 100 MG	1 BOITE 1 FLACON	126,00	126,00	78,70	78,70	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001151325	OKAGEM	GEMCITABINE	LYOPHILISAT POUR PERFUSION à 1 G	1 FLACON 50 ML	971,00	971,00	690,00	690,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001151318	OKAGEM	GEMCITABINE	LYOPHILISAT POUR PERFUSION à 200 MG	1 FLACON 10 ML	257,00	257,00	160,60	160,60	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001150878	OKA-PACLITAXEL	PACLITAXEL	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 30 MG	1 FLACON 5 ML	527,00	527,00	350,00	350,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001150885	OKA-PACLITAXEL	PACLITAXEL	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 100 MG	1 FLACON 20 ML	1115,00	1115,00	839,00	839,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001150991	OKARUBICIN	DOXORUBICINE	LYOPHILISAT POUR SOLUTION INJECTABLE à 10 MG	1 BOITE 1 FLACON	90,00	90,00	56,20	56,20	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001151004	OKARUBICIN	DOXORUBICINE	LYOPHILISAT POUR SOLUTION INJECTABLE à 50 MG	1 BOITE 1 FLACON	407,00	407,00	270,00	270,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001150465	OKA-VINBLASTIN	VINBLASTINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 10 MG	1 FLACON 10 ML	124,00	124,00	77,50	77,50	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001150472	OKA-VINCRIStINE	VINCRIStINE	SOLUTION INJECTABLE à 1 MG	1 BOITE 1 FLACON	68,00	68,00	42,50	42,50	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001103027	OLAMID COOPER	DORZOLAMIDE / TIMOLOL	COLLYRE à 20 / 5 MG / MG	1 FLACON 5 ML	99,80	99,80	62,20	62,20	ANTI GLAUCOMATEUX	G
6118001250417	OLICLINOMEL N4-550E	ACIDES AMINES / HUILES D'OLIVE ET SOJA RAFFINES	SOLUTION ET EMULSION POUR PERFUSION à NA / NA	1 POCHÉ 2 L	541,00	541,00	358,00	358,00	SOLUTION POUR NUTRITION PARENTÉRALE	P
6118001250424	OLICLINOMEL N6-900E	ACIDES AMINES / HUILES D'OLIVE ET SOJA RAFFINES	SOLUTION ET EMULSION POUR PERFUSION à NA / NA	1 POCHÉ 2 L	586,00	586,00	388,00	388,00	SOLUTION POUR NUTRITION PARENTÉRALE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001250431	OLICLINOMEL N7-1000E	ACIDES AMINES / HUILES DOLIVE ET SOJA RAFFINES	SOLUTION ET EMULSION POUR PERFUSION à NA / NA	1 POCHE 1 L	406,00	406,00	269,00	269,00	SOLUTION POUR NUTRITION PARENTERALE	P
6118001250448	OLICLINOMEL N7-1000E	ACIDES AMINES / HUILES DOLIVE ET SOJA RAFFINES	SOLUTION ET EMULSION POUR PERFUSION à NA / NA	1 POCHE 2 L	616,00	616,00	408,00	408,00	SOLUTION POUR NUTRITION PARENTERALE	P
6118001271542	O-LINE 10 MG	OLANZAPINE	COMPRIME ORODISPERSIBLE à 10 MG	1 BOITE 7 COMPRIME ORODISPERSIBLE	80,00	80,00	49,80	49,80	NEUROLEPTIQUE	G
6118001271559	O-LINE 10 MG	OLANZAPINE	COMPRIME ORODISPERSIBLE à 10 MG	1 BOITE 14 COMPRIME ORODISPERSIBLE	149,50	149,50	93,10	93,10	NEUROLEPTIQUE	G
6118001271566	O-LINE 10 MG	OLANZAPINE	COMPRIME ORODISPERSIBLE à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME ORODISPERSIBLE	318,00	318,00	211,00	211,00	NEUROLEPTIQUE	G
6118001271573	O-LINE 15MG	OLANZAPINE	COMPRIME ORODISPERSIBLE à 15 MG	1 BOITE 7 COMPRIME ORODISPERSIBLE	103,90	103,90	64,70	64,70	NEUROLEPTIQUE	G
6118001271580	O-LINE 15MG	OLANZAPINE	COMPRIME ORODISPERSIBLE à 15 MG	1 BOITE 14 COMPRIME ORODISPERSIBLE	207,00	207,00	129,50	129,50	NEUROLEPTIQUE	G
6118001271597	O-LINE 15MG	OLANZAPINE	COMPRIME ORODISPERSIBLE à 15 MG	1 BOITE 28 COMPRIME ORODISPERSIBLE	344,00	344,00	228,00	228,00	NEUROLEPTIQUE	G
6118001271603	O-LINE 20 MG	OLANZAPINE	COMPRIME ORODISPERSIBLE à 20 MG	1 BOITE 7 COMPRIME ORODISPERSIBLE	151,70	151,70	94,50	94,50	NEUROLEPTIQUE	G
6118001271610	O-LINE 20MG	OLANZAPINE	COMPRIME ORODISPERSIBLE à 20 MG	1 BOITE 14 COMPRIME ORODISPERSIBLE	295,00	295,00	184,10	184,10	NEUROLEPTIQUE	G
6118001271627	O-LINE 20MG	OLANZAPINE	COMPRIME ORODISPERSIBLE à 20 MG	1 BOITE 28 COMPRIME ORODISPERSIBLE	496,00	496,00	328,00	328,00	NEUROLEPTIQUE	G
6118001271511	O-LINE 5 MG	OLANZAPINE	COMPRIME ORODISPERSIBLE à 5 MG	1 BOITE 7 COMPRIME ORODISPERSIBLE	46,00	46,00	28,70	28,70	NEUROLEPTIQUE	G
6118001271528	O-LINE 5MG	OLANZAPINE	COMPRIME ORODISPERSIBLE à 5 MG	1 BOITE 14 COMPRIME ORODISPERSIBLE	91,10	91,10	56,80	56,80	NEUROLEPTIQUE	G
6118001271535	O-LINE 5MG	OLANZAPINE	COMPRIME ORODISPERSIBLE à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME ORODISPERSIBLE	160,00	160,00	99,70	99,70	NEUROLEPTIQUE	G
6118001000364	OLIPLAT	OXALIPLATINE	POUDRE POUR PERFUSION à 50 MG	1 BOITE 1 FLACON	1203,00	1203,00	929,00	929,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001000371	OLIPLAT	OXALIPLATINE	POUDRE POUR PERFUSION à 100 MG	1 BOITE 1 FLACON	2206,00	2206,00	1859,00	1859,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
	OLMADIP	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	19,00	19,00	11,90	11,90	INHIBITEUR CALCIQUE	G
	OLMADIP	AMLODIPINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	31,20	31,20	19,50	19,50	INHIBITEUR CALCIQUE	G
	OLMADIP	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	33,40	33,40	20,90	20,90	INHIBITEUR CALCIQUE	G
	OLMADIP	AMLODIPINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	54,90	54,90	34,30	34,30	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118001101207	OLMETEC	OLMESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	158,40	158,40	99,00	99,00	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001101214	OLMETEC	OLMESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	252,00	252,00	157,70	157,70	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001101221	OLMETEC	OLMESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 40 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	256,00	256,00	160,40	160,40	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118000050421	OLOXINE	OFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 200 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	65,00	65,00	40,50	40,50	FLUOROQUINOLONE	G
6118000050957	OLOXINE	OFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 200 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	99,00	99,00	61,70	61,70	FLUOROQUINOLONE	G
6118000360131	OLYNZA 10 MG	OLANZAPINE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	320,00	320,00	212,00	212,00	NEUROLEPTIQUE	G
6118000360124	OLYNZA 5 MG	OLANZAPINE	COMPRIME PELLICULE à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	171,20	171,20	106,70	106,70	NEUROLEPTIQUE	G
6118000130048	OMEGEN	OMEPRAZOLE	GELULE GASTRO-RESISTANTE à 10 MG	1 BOITE 7 GELULE GASTRO-RESISTANTE	15,00	15,00	9,40	9,40	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000130017	OMEGEN	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 7 GELULE	26,00	26,00	16,20	16,20	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000130055	OMEGEN	OMEPRAZOLE	GELULE GASTRO-RESISTANTE à 10 MG	1 BOITE 14 GELULE GASTRO-RESISTANTE	26,50	26,50	16,50	16,50	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000130024	OMEGEN	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 14 GELULE	38,00	38,00	23,70	23,70	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000130062	OMEGEN	OMEPRAZOLE	GELULE GASTRO-RESISTANTE à 10 MG	1 BOITE 28 GELULE GASTRO-RESISTANTE	51,10	51,10	31,90	31,90	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000130031	OMEGEN	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 28 GELULE	71,00	71,00	44,20	44,20	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000240594	OMEPRAL	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 7 GELULE	30,00	30,00	18,70	18,70	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000240570	OMEPRAL	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 14 GELULE	52,80	52,80	32,90	32,90	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000240587	OMEPRAL	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 28 GELULE	92,80	92,80	57,80	57,80	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118001220342	OMEPRAZOLE NORMON	OMEPRAZOLE	LYOPHILISAT POUR PERFUSION à 40 MG	1 BOITE 1 FLACON DE LYOPHILISAT	48,00	48,00	29,90	29,90	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118001220359	OMEPRAZOLE NORMON	OMEPRAZOLE	LYOPHILISAT POUR PERFUSION à 40 MG	1 BOITE 50 FLACON DE LYOPHILISAT	1554,00	1554,00	1266,00	1266,00	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000092384	OMIZ	OMEPRAZOLE	GELULE à 10 MG	1 BOITE 7 GELULE	12,40	12,40	7,70	7,70	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000092391	OMIZ	OMEPRAZOLE	GELULE à 10 MG	1 BOITE 14 GELULE	23,60	23,60	14,70	14,70	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000092407	OMIZ	OMEPRAZOLE	GELULE à 10 MG	1 BOITE 28 GELULE	45,10	45,10	28,10	28,10	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000092414	OMIZ 20 MG	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 7 GELULE	22,50	22,50	14,00	14,00	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000092421	OMIZ 20 MG	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 14 MG	42,00	42,00	26,20	26,20	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000092438	OMIZ 20 MG	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 28 GELULE	81,40	81,40	50,70	50,70	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118001031115	ONBREZ BREEZHALER 150 µG	INDACATEROL MALEATE	POUDRE POUR INHALATION EN GELULE à 150 µG	1 BOITE 30 GELULE	484,00	484,00	320,00	320,00	ANTIASTHMATIQUES ET MEDICAMENTS DE LA BPCO	P
6118001031122	ONBREZ BREEZHALER 300 µG	INDACATEROL MALEATE	POUDRE POUR INHALATION EN GELULE à 300 µG	1 BOITE 30 GELULE	484,00	484,00	320,00	320,00	ANTIASTHMATIQUES ET MEDICAMENTS DE LA BPCO	P
6118001230518	ONDANSETRON AGUETTANT 2 MG/ML	ONDANSETRON	SOLUTION INJECTABLE à 4 MG 10 AMPOULE 2 ML		326,00	326,00	216,00	216,00	ANTIEMETIQUE	G
6118001230525	ONDANSETRON AGUETTANT 2 MG/ML	ONDANSETRON	SOLUTION INJECTABLE à 8 MG 10 AMPOULE 4 ML		522,00	522,00	346,00	346,00	ANTIEMETIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001270217	ONDANSETRON GT	ONDANSETRON	SOLUTION INJECTABLE à 8 MG	1 BOITE 5 AMPOULE INJECTABLE	605,00	605,00	400,00	400,00	ANTIEMETIQUE	G
6118001271016	ONDANSETRON GT 8 MG/4ML	ONDANSETRON	SOLUTION INJECTABLE à 8 MG	1 AMPOULE 4 ML	94,00	94,00	58,60	58,60	ANTIEMETIQUE	G
6118001380145	ONDANSETRON GT 8MG/4ML	ONDANSETRON	SOLUTION INJECTABLE à 8 MG	1 AMPOULE 4 ML	94,00	94,00	58,60	58,60	ANTIEMETIQUE	G
6118001380152	ONDANSETRON GT 8MG/4ML	ONDANSETRON	SOLUTION INJECTABLE à 8 MG	5 AMPOULE 4 ML	605,00	605,00	400,00	400,00	ANTIEMETIQUE	G
6118001021260	ONDANSETRON MYLAN 4 MG/2ML	ONDANSETRON	SOLUTION INJECTABLE à 4 MG	5 AMPOULE 2 ML	251,00	251,00	156,90	156,90	ANTIEMETIQUE	G
6118001021277	ONDANSETRON MYLAN 8 MG/4ML	ONDANSETRON	SOLUTION INJECTABLE à 8 MG	5 AMPOULE 4 ML	439,00	439,00	290,00	290,00	ANTIEMETIQUE	G
6118001270583	ONGECIN	GEMCITABINE	POUDRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION à 1 G	1 FLACON 50 ML	971,00	971,00	691,00	691,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001271009	ONGECIN	GEMCITABINE	POUDRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION à 200 MG	1 FLACON 10 ML	257,00	257,00	161,20	161,20	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001151028	ONIFINE	TERBINAFINE	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	132,00	132,00	82,20	82,20	ANTIFONGIQUE	G
6118001151035	ONIFINE	TERBINAFINE	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	237,00	237,00	147,70	147,70	ANTIFONGIQUE	G
6118001151271	ONIFINE 1%	TERBINAFINE	SOLUTION POUR APPLICATION LOCALE à 1 %	1 FLACON 30 ML	56,00	56,00	34,90	34,90	ANTIFONGIQUE	G
6118000051152	ONIFINE 1%	TERBINAFINE	CREME à 1 %	1 TUBE 15 G	34,00	34,00	21,20	21,20	ANTIFONGIQUE	G
6118000051169	ONIFINE 1%	TERBINAFINE	CREME à 1 %	1 TUBE 30 G	58,00	58,00	36,10	36,10	ANTIFONGIQUE	G
6118001010103	ONSET	ONDANSETRON	SOLUTION INJECTABLE à 8 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	90,50	90,50	56,40	56,40	ANTIEMETIQUE	G
6118001010165	ONSET	ONDANSETRON	COMPRIME PELLICULE à 8 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	323,00	323,00	214,00	214,00	ANTIEMETIQUE	G
6118001380299	ONYCAL 250 MG	TERBINAFINE	COMPRIME SECABLE à 250 MG	1 BOITE 7 COMPRIME SECABLE	75,00	75,00	46,70	46,70	ANTIFONGIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001380305	ONYCAL 250 MG	TERBINAFINE	COMPRIME SECABLE à 250 MG	1 BOITE 14 COMPRIME SECABLE	142,00	142,00	88,50	88,50	ANTIFONGIQUE	G
6118001380312	ONYCAL 250 MG	TERBINAFINE	COMPRIME SECABLE à 250 MG	1 BOITE 28 COMPRIME SECABLE	269,00	269,00	167,60	167,60	ANTIFONGIQUE	G
6118001240128	OPAVIR 0.5 MG	ENTECAVIR	COMPRIME PELLICULE à 0.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	2833,00	2833,00	2504,00	2504,00	ANTIVIRAL	G
6118001240135	OPAVIR 1 MG	ENTECAVIR	COMPRIME PELLICULE à 1 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	2878,00	2878,00	2551,00	2551,00	ANTIVIRAL	G
6118000031741	OPTICILLINE	AMPICILLINE	POUDRE POUR USAGE PARENTERAL à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	18,00	18,00	11,20	11,20	PENICILLINE	G
6118000031758	OPTICILLINE	AMPICILLINE	POUDRE POUR USAGE PARENTERAL à 1 G	1 BOITE 6 FLACON	86,60	86,60	54,00	54,00	PENICILLINE	G
6118000030430	OPTICILLINE	AMPICILLINE	POUDRE POUR USAGE PARENTERAL à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON	11,10	11,10	6,90	6,90	PENICILLINE	G
6118000031727	OPTICILLINE	AMPICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 BOITE 16 SACHET	34,20	34,20	22,60	22,60	PENICILLINE	G
6118000030416	OPTICILLINE	AMPICILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 12 GELULE	47,30	47,30	29,50	29,50	PENICILLINE	G
6118000030409	OPTICILLINE	AMPICILLINE	GELULE à 250 MG	1 BOITE 24 GELULE	51,80	51,80	34,30	34,30	PENICILLINE	G
6118000031734	OPTICILLINE	AMPICILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 24 GELULE	83,40	83,40	52,00	52,00	PENICILLINE	G
6118000061007	ORACILLINE	PHENOXYMETHYLPENICILLINE	COMPRIME SECABLE à 1 MUI	1 BOITE 12 COMPRIME	40,30	32,90	25,10	20,50	PENICILLINE	P
6118000080794	ORADEXON	DEXAMETHASONE	SOLUTION INJECTABLE à 5 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	13,30	13,30	8,30	8,30	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118000080787	ORADEXON	DEXAMETHASONE	COMPRIME SECABLE à 0.5 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	14,30	14,30	8,90	8,90	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118000081913	ORADEXON ELIXIR	DEXAMETHASONE	SUSPENSION BUVABLE à 0.05 MG	1 FLACON 100 ML	16,30	16,30	10,20	10,20	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118000140894	ORAGIN	SPIRAMYCINE / METRONIDAZOLE	COMPRIME à 0.75 / 125 MUI / MG	1 BOITE 30 COMPRIME	77,00	77,00	48,00	48,00	ANTIBACTERIEN	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000241829	ORAPRED	PREDNISOLONE	COMPRIME EFFERVESCENT SECABLE à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	65,00	65,00	40,60	40,60	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118000242024	ORAPRED 5 MG	PREDNISOLONE	COMPRIME EFFERVESCENT à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME EFFERVESCENT	20,00	20,00	12,50	12,50	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118000242031	ORAPRED 5 MG	PREDNISOLONE	COMPRIME EFFERVESCENT à 5 MG	1 BOITE 60 COMPRIME EFFERVESCENT	38,00	38,00	23,70	23,70	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118001080618	ORELOX	CEFPODOXIME	GRANULE POUR SUSPENSION BUVABLE à 40 MG	1 FLACON 50 ML	81,00	81,00	50,50	50,50	CEPHALOSPORINE	P
6118001080625	ORELOX	CEFPODOXIME	GRANULE POUR SUSPENSION BUVABLE à 40 MG	1 FLACON 100 ML	107,20	107,20	66,80	66,80	CEPHALOSPORINE	P
6118001080601	ORELOX	CEFPODOXIME	COMPRIME PELLICULE à 100 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	107,10	107,10	66,70	66,70	CEPHALOSPORINE	P
6118000020752	OREX	CEFALEXINE	GRANULE POUR SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 FLACON 60 ML	24,00	24,00	15,00	15,00	CEPHALOSPORINE	G
6118000020769	OREX	CEFALEXINE	GRANULE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 60 ML	37,70	37,70	23,50	23,50	CEPHALOSPORINE	G
6118000021155	OREX	CEFALEXINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 12 GELULE	63,20	63,20	39,40	39,40	CEPHALOSPORINE	G
6118001080069	OROKEN	CEFIXIME	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 40 MG	1 FLACON 40 ML	70,60	70,60	44,00	44,00	CEPHALOSPORINE	P
6118001080052	OROKEN	CEFIXIME	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 100 MG	1 FLACON 40 ML	119,30	119,30	74,30	74,30	CEPHALOSPORINE	P
6118000061069	OROKEN	CEFIXIME	COMPRIME PELLICULE à 200 MG	1 BOITE 8 COMPRIME	143,60	102,00	89,50	63,50	CEPHALOSPORINE	P
6118001110162	OROTREX	ISOTRETINOINE	CAPSULE MOLLE à 10 MG	1 BOITE 10 CAPSULE	66,00	66,00	41,10	41,10	ANTIACNEIQUE	G
6118001110193	OROTREX	ISOTRETINOINE	CAPSULE MOLLE à 20 MG	1 BOITE 10 CAPSULE	114,00	114,00	71,00	71,00	ANTIACNEIQUE	G
6118001110179	OROTREX	ISOTRETINOINE	CAPSULE MOLLE à 10 MG	1 BOITE 30 CAPSULE	188,00	188,00	117,10	117,10	ANTIACNEIQUE	G
6118001110209	OROTREX	ISOTRETINOINE	CAPSULE MOLLE à 20 MG	1 BOITE 30 CAPSULE	338,00	338,00	224,00	224,00	ANTIACNEIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001110186	OROTREX	ISOTRETINOINE	CAPSULE MOLLE à 10 MG	1 BOITE 60 CAPSULE	353,00	353,00	234,00	234,00	ANTIACNEIQUE	G
6118001110216	OROTREX	ISOTRETINOINE	CAPSULE MOLLE à 20 MG	1 BOITE 60 CAPSULE	605,00	605,00	400,00	400,00	ANTIACNEIQUE	G
6118000020622	OSPAMOX	AMOXICILLINE	GRANULE POUR SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 FLACON 60 ML	15,30	15,30	9,50	9,50	PENICILLINE	G
6118000020615	OSPAMOX	AMOXICILLINE	GRANULE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 60 ML	26,00	26,00	16,20	16,20	PENICILLINE	G
6118000021063	OSPAMOX	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 1 G	1 BOITE 16 COMPRIME	73,30	73,30	45,70	45,70	PENICILLINE	G
6118000020820	OSPAMOX	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 500 MG	1 BOITE 12 COMPRIME	34,60	34,60	21,50	21,50	PENICILLINE	G
6118001121069	OSPEN	PHENOXYMETHYLPENICILLINE	COMPRIME SECABLE à 1 MUI	1 BOITE 12 COMPRIME	32,90	32,90	20,50	20,50	PENICILLINE	P
6118000240600	OTOFA	RIFAMYCINE	SOLUTION POUR GOUTTE AURICULAIRE à 200000 UI	1 FLACON 10 ML	28,50	28,50	17,80	17,80	ANTIBIOTIQUE OTOLOGIQUE	P
6118001251360	OXALIPLATINE HOSPIRA 100 MG/20 ML	OXALIPLATINE	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 100 MG	1 FLACON 20 ML	1093,00	1093,00	816,00	816,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001251377	OXALIPLATINE HOSPIRA 200 MG/40 ML	OXALIPLATINE	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 200 MG	1 FLACON 40 ML	1701,00	1701,00	1442,00	1442,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001251353	OXALIPLATINE HOSPIRA 50 MG/10 ML	OXALIPLATINE	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 50 MG	1 FLACON 10 ML	723,00	723,00	480,00	480,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001021253	OXALIPLATINE MYLAN 5 MG/ML	OXALIPLATINE	POUDRE POUR PERFUSION à 50 MG	1 FLACON 10 ML	1203,00	1203,00	929,00	929,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001021246	OXALIPLATINE MYLAN 5 MG/ML	OXALIPLATINE	POUDRE POUR PERFUSION à 100 MG	1 FLACON 20 ML	2206,00	2206,00	1859,00	1859,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001184125	OXALIPLATINE WIN 5 MG/ML	OXALIPLATINE	POUDRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION à 50 MG	1 FLACON 36 ML	1049,00	1049,00	771,00	771,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001184132	OXALIPLATINE WIN 5 MG/ML	OXALIPLATINE	POUDRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION à 100 MG	1 FLACON 50 ML	1468,00	1468,00	1203,00	1203,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001230235	OXALISIN 5 MG/ML	OXALIPLATINE	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 50 MG	1 FLACON 10 ML	1089,00	1089,00	812,00	812,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001230242	OXALISIN 5 MG/ML	OXALIPLATINE	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 100 MG	1 FLACON 20 ML	1864,00	1864,00	1610,00	1610,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118000050056	OXIDEN	PIROXICAM	GELULE à 20 MG	1 BOITE 10 GELULE	39,80	39,80	24,80	24,80	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000032618	OXIFLOR	OFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 200 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	65,00	65,00	40,50	40,50	FLUOROQUINOLONE	G
6118000032632	OXIFLOR	OFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 200 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	112,00	112,00	69,80	69,80	FLUOROQUINOLONE	G
6118001270989	OXONE 1G/10ML IV	CEFTRIAXONE	POUDRE POUR PREPARATION INJECTABLE à 1 G	1 BOITE 1 FLACON + AMPOULE	85,00	85,00	53,00	53,00	CEPHALOSPORINE	G
6118001270996	OXONE 1G/5 ML IM	CEFTRIAXONE	POUDRE POUR PREPARATION INJECTABLE à 1 G	1 BOITE 1 FLACON + AMPOULE	85,00	85,00	53,00	53,00	CEPHALOSPORINE	G
6118001270965	OXONE 500 MG/5ML IM	CEFTRIAXONE	POUDRE POUR PREPARATION INJECTABLE à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON + AMPOULE	52,00	52,00	32,40	32,40	CEPHALOSPORINE	G
6118001270972	OXONE 500 MG/5ML IV	CEFTRIAXONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON + AMPOULE	52,00	52,00	32,40	32,40	CEPHALOSPORINE	G
6118001072279	OXYFLOW 125 µG/25 µG/DOSE	FLUTICASONE / SALMETEROL	SUSPENSION POUR INHALATION BUCCALE à 125 / 25 µG / µG	1 FLACON 120 DOSE	142,00	142,00	88,70	88,70	ANTIASTHMATIQUE	G
6118001072286	OXYFLOW 250 µG/25 µG/DOSE	FLUTICASONE / SALMETEROL	SUSPENSION POUR INHALATION BUCCALE à 250 / 25 µG / µG	1 FLACON 120 DOSE	185,00	185,00	115,60	115,60	ANTIASTHMATIQUE	G
6118000050896	OXYGENOR	TRIMETAZIDINE	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	45,00	45,00	28,10	28,10	ANTIANGOREUX VASODILATEUR	G
6118000210252	OZEN 10 MG	CETIRIZINE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 7 COMPRIME PELLICULE	23,00	23,00	14,30	14,30	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000210269	OZEN 10 MG	CETIRIZINE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	44,00	44,00	27,40	27,40	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000210276	OZEN 10 MG	CETIRIZINE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	83,90	83,90	52,30	52,30	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118001101009	PACLITAXEL COOPER	PACLITAXEL	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 30 MG	1 FLACON 5 ML	452,00	452,00	300,00	300,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001101016	PACLITAXEL COOPER	PACLITAXEL	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 100 MG	1 FLACON 16,7 ML	1115,00	1115,00	839,00	839,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001021352	PACLITAXEL MYLAN PHARMA 100 MG/16.7 ML	PACLITAXEL	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 100 MG	1 FLACON 16,7 ML	823,00	823,00	547,00	547,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001021345	PACLITAXEL MYLAN PHARMA 30 MG/5ML	PACLITAXEL	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 30 MG	1 FLACON 5 ML	430,00	430,00	285,00	285,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001021369	PACLITAXEL MYLAN PHARMA 300 MG/50 ML	PACLITAXEL	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 300 MG	1 FLACON 50 ML	1574,00	1574,00	1312,00	1312,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001230303	PACLITAXEL PHARMACHEMIE 6MG/ML	PACLITAXEL	CONCENTRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION à 30 MG	1 FLACON 5 ML	430,00	430,00	285,00	285,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001230631	PACLITAXEL PHARMACHEMIE 6MG/ML	PACLITAXEL	CONCENTRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION à 150 MG	1 FLACON 25 ML	1341,00	1341,00	1071,00	1071,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001230648	PACLITAXEL PHARMACHEMIE 6MG/ML	PACLITAXEL	CONCENTRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION à 300 MG	1 FLACON 50 ML	2069,00	2069,00	1821,00	1821,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001230297	PACLITAXEL PHARMACHEMIE 6MG/ML	PACLITAXEL	CONCENTRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION à 100 MG	1 FLACON 16,7 ML	823,00	823,00	547,00	547,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118000161141	PANADOL	PARACETAMOL	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	14,50	11,70	9,00	7,30	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P
6118000161158	PANADOL	PARACETAMOL	SUPPOSITOIRE à 125 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	10,00	10,00	6,30	6,30	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P
6118000161165	PANADOL	PARACETAMOL	SUPPOSITOIRE à 250 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	10,60	10,60	6,60	6,60	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P
6118000161172	PANADOL	PARACETAMOL	SUPPOSITOIRE à 500 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	10,80	10,80	6,80	6,80	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P
6118000331308	PANEKAL 20 MG	PAROXETINE	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	50,00	50,00	31,10	31,10	ANTIDEPRESSEUR	G
6118000331315	PANEKAL 20 MG	PAROXETINE	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	128,90	128,90	80,30	80,30	ANTIDEPRESSEUR	G
6118000420323	PANTOPRAZOLE GT 20 MG	PANTOPRAZOLE	COMPRIME GASTRO-RESISTANT à 20 MG	1 BOITE 10 COMPRIME GASTRO-RESISTANT	51,50	51,50	32,10	32,10	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000420330	PANTOPRAZOLE GT 20 MG	PANTOPRAZOLE	COMPRIME GASTRO-RESISTANT à 20 MG	1 BOITE 20 COMPRIME GASTRO-RESISTANT	91,90	91,90	57,30	57,30	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000420347	PANTOPRAZOLE GT 40 MG	PANTOPRAZOLE	COMPRIME GASTRO-RESISTANT à 40 MG	1 BOITE 10 COMPRIME GASTRO-RESISTANT	75,00	75,00	46,70	46,70	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000420354	PANTOPRAZOLE GT 40 MG	PANTOPRAZOLE	COMPRIME GASTRO-RESISTANT à 40 MG	1 BOITE 20 COMPRIME GASTRO-RESISTANT	142,80	142,80	89,00	89,00	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000240488	PARACETAL	PARACETAMOL	COMPRIME SECABLE à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	11,70	11,70	7,30	7,30	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000031864	PARANTAL	PARACETAMOL	SUSPENSION BUVABLE à 2.4 G/100ML	1 FLACON 60 ML	15,30	15,30	9,50	9,50	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000031772	PARANTAL	PARACETAMOL	GRANULE POUR SUSPENSION BUVABLE à 80 MG	1 BOITE 16 SACHET	15,20	15,20	9,50	9,50	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000031789	PARANTAL	PARACETAMOL	GRANULE POUR SUSPENSION BUVABLE à 150 MG	1 BOITE 16 SACHET	15,80	15,80	9,80	9,80	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000031796	PARANTAL	PARACETAMOL	GRANULE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 MG	1 BOITE 16 SACHET	20,50	20,50	12,80	12,80	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000032380	PARANTAL	PARACETAMOL	COMPRIME EFFERVESCENT à 1 G	1 BOITE 8 COMPRIME	15,00	15,00	9,30	9,30	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000031840	PARANTAL	PARACETAMOL	COMPRIME EFFERVESCENT à 500 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	10,50	10,50	6,50	6,50	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000031833	PARANTAL	PARACETAMOL	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	10,10	10,10	6,30	6,30	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000031857	PARANTAL	PARACETAMOL	COMPRIME EFFERVESCENT à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	18,70	18,70	11,60	11,60	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000033257	PARANTAL	PARACETAMOL	SUPPOSITOIRE à 1 G	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	14,40	14,40	9,00	9,00	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000033264	PARANTAL	PARACETAMOL	SUPPOSITOIRE à 100 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	8,00	8,00	5,00	5,00	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000033271	PARANTAL	PARACETAMOL	SUPPOSITOIRE à 150 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	9,00	9,00	5,60	5,60	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000031802	PARANTAL	PARACETAMOL	SUPPOSITOIRE à 125 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	11,10	11,10	6,90	6,90	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000031819	PARANTAL	PARACETAMOL	SUPPOSITOIRE à 250 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	12,40	12,40	7,70	7,70	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000031826	PARANTAL	PARACETAMOL	SUPPOSITOIRE à 650 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	17,70	17,70	11,00	11,00	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000033011	PARANTAL 3%	PARACETAMOL	SOLUTION BUvable à 3 %	1 FLACON 90 ML	17,50	17,50	10,90	10,90	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000032991	PARANTAL 300 MG	PARACETAMOL	GRANULE à 300 MG	1 BOITE 12 SACHET	12,40	12,40	7,70	7,70	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000033073	PARANTAL 300 MG	PARACETAMOL	SUPPOSITOIRE à 300 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	12,50	12,50	7,80	7,80	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	G
6118000030720	PARLODEL	BROMOCRIPTINE	COMPRIME SECABLE à 2.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	125,20	125,20	78,00	78,00	ANTIPARKINSONNIEN	P
6118001270699	PAROXETINE GT 20 MG	PAROXETINE	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 FLACON 10 COMPRIME PELLICULE	46,30	46,30	28,80	28,80	ANTIDEPRESSEUR	G
6118001270705	PAROXETINE GT 20MG	PAROXETINE	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 FLACON 20 COMPRIME PELLICULE	88,20	88,20	54,90	54,90	ANTIDEPRESSEUR	G
6118001270712	PAROXETINE GT 20MG	PAROXETINE	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 FLACON 30 COMPRIME PELLICULE	126,00	126,00	78,50	78,50	ANTIDEPRESSEUR	G
6118000062158	PAROXETINE WIN	PAROXETINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 20 MG	1 BOITE 15 COMPRIME PELLICULE SECABLE	75,00	75,00	46,70	46,70	ANTIDEPRESSEUR	G
6118000012795	PAROXETINE WIN	PAROXETINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 20 MG	1 BOITE 15 COMPRIME PELLICULE	75,00	75,00	46,70	46,70	ANTIDEPRESSEUR	G
6118000012801	PAROXETINE WIN	PAROXETINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE SECABLE	132,00	132,00	82,20	82,20	ANTIDEPRESSEUR	G
6118000062301	PAROXETINE WIN	PAROXETINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE SECABLE	132,00	132,00	82,20	82,20	ANTIDEPRESSEUR	G
6118001000029	PAXEL	PACLITAXEL	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 30 MG	1 FLACON 5 ML	619,00	619,00	411,00	411,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001050314	PEGASYS	INTERFERON ALFA-2A PEGYLE	SOLUTION INJECTABLE à 135 µG	1 BOITE 1 SERINGUE	2231,00	2231,00	1885,00	1885,00	IMMUNOSTIMULANT IMMUNOMODULATEUR	P
6118001050321	PEGASYS	INTERFERON ALFA-2A PEGYLE	SOLUTION INJECTABLE à 180 µG	1 BOITE 1 SERINGUE	2577,00	2577,00	2241,00	2241,00	IMMUNOSTIMULANT IMMUNOMODULATEUR	P
6118000161189	PENAMOX	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	15,10	15,10	9,40	9,40	PENICILLINE	P
6118000161196	PENAMOX	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON	11,50	11,50	7,20	7,20	PENICILLINE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000160755	PENAMOX	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 FLACON 60 ML	15,30	15,30	9,50	9,50	PENICILLINE	P
6118000160793	PENAMOX	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 60 ML	28,90	28,90	18,00	18,00	PENICILLINE	P
6118000160854	PENAMOX	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 MG	1 FLACON 60 ML	38,90	38,90	24,30	24,30	PENICILLINE	P
6118000160748	PENAMOX	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 FLACON 100 ML	25,40	25,40	15,80	15,80	PENICILLINE	P
6118000160786	PENAMOX	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 100 ML	45,00	43,00	28,00	26,80	PENICILLINE	P
6118000160847	PENAMOX	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 MG	1 FLACON 100 ML	65,00	64,90	40,50	40,40	PENICILLINE	P
6118000160724	PENAMOX	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 1 G	1 BOITE 12 COMPRIME	55,00	55,00	34,30	34,30	PENICILLINE	P
6118000160731	PENAMOX	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 1 G	1 BOITE 24 COMPRIME	96,80	96,80	60,30	60,30	PENICILLINE	P
6118000160762	PENAMOX	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 250 MG	1 BOITE 12 COMPRIME	36,20	32,60	22,50	20,30	PENICILLINE	P
6118000160809	PENAMOX	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 500 MG	1 BOITE 12 COMPRIME	34,60	34,60	21,50	21,50	PENICILLINE	P
6118000160823	PENAMOX	AMOXICILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 12 GELULE	52,50	46,60	32,70	29,10	PENICILLINE	P
6118000160779	PENAMOX	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 250 MG	1 BOITE 24 COMPRIME	58,60	48,90	36,50	30,50	PENICILLINE	P
6118000160816	PENAMOX	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 500 MG	1 BOITE 24 COMPRIME	65,40	65,40	40,80	40,80	PENICILLINE	P
6118000160830	PENAMOX	AMOXICILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 24 GELULE	92,80	84,00	57,80	52,30	PENICILLINE	P
6118000090533	PENICILLINE G SODIQUE PHARMA	BENZYPENICILLINE	POUDRE POUR PREPARATION INJECTABLE à 1 MUI	1 BOITE 1 FLACON	7,60	7,60	4,80	4,80	PENICILLINE	G
6118000090540	PENICILLINE G SODIQUE PHARMA	BENZYPENICILLINE	POUDRE POUR PREPARATION INJECTABLE à 5 MUI	1 BOITE 1 FLACON	37,70	37,70	23,50	23,50	PENICILLINE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000190035	PENISTAPH 125 MG/ 5 ML	FLUCLOXACILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 FLACON 100 ML	26,00	26,00	16,20	16,20	PENICILLINE	G
6118000190042	PENISTAPH 250 MG / 5 ML	FLUCLOXACILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 100 ML	54,00	54,00	33,60	33,60	PENICILLINE	G
6118000190011	PENISTAPH 500 MG	FLUCLOXACILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 12 GELULE	47,00	47,00	29,30	29,30	PENICILLINE	G
6118000190028	PENISTAPH 500 MG	FLUCLOXACILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 24 GELULE	89,00	89,00	55,40	55,40	PENICILLINE	G
6118000090557	PENITARD	BENZATHINE BENZYL PENICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION INJECTABLE à 0.6 MUI	1 BOITE 1 FLACON	8,80	8,80	5,50	5,50	PENICILLINE	G
6118000090564	PENITARD	BENZATHINE BENZYL PENICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION INJECTABLE à 1.2 MUI	1 BOITE 1 FLACON	10,70	10,70	6,70	6,70	PENICILLINE	G
6118001070459	PENTASA	MESALAZINE	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 100 COMPRIME	587,00	293,00	389,00	182,90	ANTI-INFLAMMATOIRE IMMUNOSUPPRESSEUR INTESTINAL	P
6118001070473	PENTASA	MESALAZINE	SUSPENSION RECTALE à 1 G	5 FLACON 100 ML	256,00	256,00	159,80	159,80	ANTI-INFLAMMATOIRE IMMUNOSUPRESSEUR INTESTINAL	P
6118001070466	PENTASA	MESALAZINE	SUPPOSITOIRE à 1 G	1 BOITE 15 SUPPOSITOIRE	337,00	337,00	223,00	223,00	ANTI-INFLAMMATOIRE IMMUNOSUPRESSEUR INTESTINAL	P
6118001080632	PENTAXIM	VACCIN D.T.COQ.P.HIB	PREPARATION INJECTABLE	1 SERINGUE 0,5 ML	296,00	296,00	196,50	196,50	VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P
6118000120766	PERDEX LP	INDAPAMIDE	COMPRIME PELLICULE LP à 1.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	30,80	30,80	19,20	19,20	DIURETIQUE	G
6118001182732	PERFALGAN 10 MG/ML ADULTE	PARACETAMOL	SOLUTION POUR PERFUSION à 1 G	12 FLACON 100 ML	361,00	361,00	239,00	239,00	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P
6118001182749	PERFALGAN 10 MG/ML NOURRISSONS ET ENFANT	PARACETAMOL	SOLUTION POUR PERFUSION à 500 MG	12 FLACON 50 ML	278,00	278,00	173,50	173,50	ANALGESIQUE ANTIPYRETIQUE	P
6118000031918	PERIANEST 0,25%	BUPIVACAINE	SOLUTION INJECTABLE à 0.25 %	1 BOITE 1 FLACON	42,00	42,00	26,20	26,20	ANESTHESIQUE LOCO-REGIONAL	G
6118000030126	PERIANEST 0,5%	BUPIVACAINE	SOLUTION INJECTABLE à 0.5 %	1 BOITE 1 FLACON	53,30	53,30	33,20	33,20	ANESTHESIQUE LOCO-REGIONAL	G
6118000011255	PERIDYS	DOMPERIDONE	SUSPENSION BUVABLE à 1 MG/ML	1 FLACON 200 ML	37,10	30,00	23,10	18,70	ANTIEMETIQUE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000011248	PERIDYS	DOMPERIDONE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	32,80	30,00	20,50	18,70	ANTIEMETIQUE	P
6118001050857	PERJETA	PERTUZUMAB	SOLUTION POUR PERFUSION à 420 MG	1 FLACON 20 ML	25900,00	25900,00	25400,00	25400,00	ANTINEOPLASIQUE ET IMMUNOMODULATEUR	P
6118000093794	PERLO	PRAVASTATINE	COMPRIME SECABLE à 20 MG	1 BOITE 28 COMPRIME SECABLE	157,70	157,70	98,60	98,60	HYPOLIPEMIANT	G
6118000093787	PERLO	PRAVASTATINE	COMPRIME SECABLE à 20 MG	1 BOITE 84 COMPRIME SECABLE	405,00	405,00	269,00	269,00	HYPOLIPEMIANT	G
6118000040620	PERSANTINE	DIPYRIDAMOL	COMPRIME ENROBE à 75 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	31,50	31,50	19,70	19,70	ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE	P
6118000090571	PEVAGINE	ECONAZOLE	CREME à 1 %	1 TUBE 30 G	31,60	31,60	19,70	19,70	ANTIFONGIQUE	G
6118000090588	PEVAGINE	ECONAZOLE	OVULE à 150 MG	1 BOITE 3 OVULE	51,50	51,50	32,10	32,10	NITRO-IMIDAZOLE	G
6118001181964	PEVARYL	ECONAZOLE	SOLUTION POUR APPLICATION LOCALE à 1 %	1 FLACON 30 G	66,30	66,30	41,30	41,30	ANTIFONGIQUE	P
6118000012191	PEVARYL	ECONAZOLE	EMULSION POUR APPLICATION LOCALE à 1 %	1 FLACON 30 ML	57,90	57,90	36,10	36,10	ANTIFONGIQUE	P
6118000012184	PEVARYL	ECONAZOLE	CREME à 1 %	1 TUBE 30 G	50,90	31,60	31,70	19,70	ANTIFONGIQUE	P
6118001010196	PHARMACRISTINE 1 MG/ML	VINCRIPTINE	SOLUTION INJECTABLE à 1 MG	1 BOITE 1 FLACON	55,90	55,90	34,90	34,90	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118000310211	PHARMADIPINE	NIFEDIPINE	GELULE LP à 20 MG	1 BOITE 25 GELULE LP	63,50	63,50	39,70	39,70	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000310198	PHARMADIPINE	NIFEDIPINE	CAPSULE à 10 MG	1 BOITE 30 CAPSULE	35,90	35,90	22,40	22,40	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000310204	PHARMADIPINE	NIFEDIPINE	CAPSULE à 10 MG	1 BOITE 50 CAPSULE	59,80	59,80	37,40	37,40	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000310259	PHARMAFLAM	DICLOFENAC	SOLUTION INJECTABLE à 75 MG	1 BOITE 6 AMPOULE INJECTABLE	46,40	46,40	28,90	28,90	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000310242	PHARMAFLAM	DICLOFENAC	COMPRIME à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	52,30	52,30	32,60	32,60	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000310235	PHARMAFLAM	DICLOFENAC	SUPPOSITOIRE à 100 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	37,80	37,80	23,50	23,50	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	G
6118000310228	PHARMAFLAM RETARD	DICLOFENAC	COMPRIME LP à 100 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	51,20	51,20	31,90	31,90	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	G
6118000310266	PHARMAFLAM RETARD	DICLOFENAC	COMPRIME LP à 100 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	61,80	61,80	38,50	38,50	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN	G
6118001010226	PHARMAURACIL	FLUOROURACIL	SOLUTION INJECTABLE à 500 MG	1 FLACON 20 ML	25,00	25,00	16,50	16,50	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001010219	PHARMAURACIL 250MG/10ML	FLUOROURACIL	SOLUTION INJECTABLE à 250 MG	1 BOITE 1 FLACON	16,60	16,60	10,40	10,40	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118000120131	PHENERGAN	PROMETHAZINE	SIROP à 0.1 %	1 FLACON 125 ML	13,20	13,20	8,30	8,30	ANTIHISTAMINIQUE H1	P
6118000120124	PHENERGAN	PROMETHAZINE	COMPRIME ENROBE à 25 MG	1 BOITE 20 DRAGEE	10,60	10,60	6,60	6,60	ANTIHISTAMINIQUE H1	P
6118000020226	PHENOCILLINE	PHENOXYMETHYLPENICILLINE	COMPRIME SECABLE à 1 MUI	1 BOITE 12 COMPRIME SECABLE	32,90	32,90	20,50	20,50	PENICILLINE	G
6118000020219	PHENOCILLINE	PHENOXYMETHYLPENICILLINE	COMPRIME SECABLE à 1 MUI	1 BOITE 24 COMPRIME SECABLE	57,90	57,90	36,10	36,10	PENICILLINE	G
6118001020911	PHOSPHATE DE DEXAMETHASONE MYLAN	DEXAMETHASONE	SOLUTION INJECTABLE à 4 MG	1 BOITE 5 AMPOULE INJECTABLE	43,00	43,00	26,90	26,90	ANTI-INFLAMMATOIRE STERODIEN	G
6118001020904	PHOSPHATE DE DEXAMETHASONE MYLAN	DEXAMETHASONE	SOLUTION INJECTABLE à 20 MG	1 BOITE 5 AMPOULE INJECTABLE	127,00	127,00	79,40	79,40	ANTI-INFLAMMATOIRE STERODIEN	G
6118001020447	PHOSPHATE DE DEXAMETHASONE MYLAN	DEXAMETHASONE	SOLUTION INJECTABLE à 20 MG	1 BOITE 10 AMPOULE INJECTABLE	272,00	272,00	170,00	170,00	ANTI-INFLAMMATOIRE STERODIEN	G
6118001020454	PHOSPHATE DE DEXAMETHASONE MYLAN	DEXAMETHASONE	SOLUTION INJECTABLE à 4 MG	1 BOITE 20 AMPOULE INJECTABLE	182,40	182,40	114,00	114,00	ANTI-INFLAMMATOIRE STERODIEN	G
6118001270057	PILO 2	PILOCARPINE	COLLYRE à 2 %	1 FLACON 10 ML	29,90	29,90	18,60	18,60	CHOLINERGIQUE	P
6118000093275	PIMLO 10 MG	AMLODIPINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	33,60	33,60	21,00	21,00	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000093282	PIMLO 10 MG	AMLODIPINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	59,10	59,10	36,90	36,90	INHIBITEUR CALCIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000093299	PIMLO 10 MG	AMLODIPINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 56 COMPRIME	104,00	104,00	65,00	65,00	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000092278	PIMLOR 5MG	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	25,60	25,60	16,00	16,00	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000092261	PIMLOR 5MG	AMLODIPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	49,00	49,00	30,60	30,60	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118001021499	PIPERACILLINE TAZOBACTAM MYLAN 2G/250MG	PIPERACILLINE / TAZOBACTAM	POUDRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION à 2 / 250 G / MG	1 BOITE 1 FLACON	60,60	60,60	37,80	37,80	PENICILLINE	G
6118001021505	PIPERACILLINE TAZOBACTAM MYLAN 4G/500MG	PIPERACILLINE / TAZOBACTAM	POUDRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION à 4 / 500 G / MG	1 BOITE 1 FLACON	166,60	166,60	103,80	103,80	PENICILLINE	G
6118001182992	PIPORTIL	PIPOTIAZINE	SOLUTION POUR GOUTTES BUVABLES à 4 %	1 FLACON 10 ML	338,00	338,00	224,00	224,00	NEUROLEPTIQUE	P
6118001183005	PIPORTIL L4	PIPOTIAZINE	SOLUTION INJECTABLE à 25 MG	1 BOITE 3 AMPOULE INJECTABLE	162,50	162,50	101,20	101,20	NEUROLEPTIQUE	P
6118001183012	PIPORTIL L4	PIPOTIAZINE	SOLUTION INJECTABLE à 100 MG	1 AMPOULE 4 ML	155,30	155,30	96,80	96,80	NEUROLEPTIQUE	P
6118000021841	PIROCAM SOTHEMA 20 MG	PIROXICAM	COMPRIME DISPERSIBLE à 20 MG	1 BOITE 10 COMPRIME DISPERSIBLE	41,70	41,70	26,00	26,00	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000310280	PIROXAM	PIROXICAM	GELULE à 20 MG	1 BOITE 20 GELULE	110,95	110,95	17,50	17,50	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000250784	PIVALONE	TIXOCORTOL	SUSPENSION NASALE à 1 %	1 FLACON 10 ML	24,40	24,40	15,20	15,20	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118000210306	PLAREL 75 MG	CLOPIDOGREL	COMPRIME PELLICULE à 75 MG	1 BOITE 7 COMPRIME PELLICULE	56,00	56,00	35,00	35,00	ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE	G
6118000210283	PLAREL 75 MG	CLOPIDOGREL	COMPRIME PELLICULE à 75 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	110,00	110,00	68,80	68,80	ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE	G
6118000210290	PLAREL 75 MG	CLOPIDOGREL	COMPRIME PELLICULE à 75 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	198,10	198,10	123,80	123,80	ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE	G
6118001200191	PLASMION	GELATINE FLUIDE MODIFIEE	SOLUTION POUR PERFUSION	1 POCHE 500 ML	126,40	126,40	78,70	78,70	SUBSTITUTS DU PLASMA	G
6118001170234	PLATAMINE	CISPLATINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 10 MG	1 BOITE 1 FLACON	67,70	51,40	42,30	32,10	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001170241	PLATAMINE	CISPLATINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 50 MG	1 BOITE 1 FLACON	197,70	154,20	123,60	96,40	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001081349	PLAVIX	CLOPIDOGREL	COMPRIME PELLICULE à 75 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	183,00	110,50	114,30	69,00	ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE	P
6118001081257	PLAVIX	CLOPIDOGREL	COMPRIME PELLICULE à 75 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	316,00	199,40	210,00	124,60	ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE	P
6118001080090	PNEUMO 23	VACCIN ANTI-STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE	SOLUTION INJECTABLE	1 SERINGUE 0,5 ML	162,00	162,00	100,90	100,90	VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P
6118000093312	PNEUMOCID	AMOXICILLINE	COMPRIME à 1 G	1 BOITE 24 COMPRIME	96,80	96,80	60,30	60,30	PENICILLINE	G
6118000090649	PNEUMOCID	AMOXICILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 24 GELULE	69,35	69,35			PENICILLINE	G
6118000120216	POLYCLAR	CLARITHROMYCINE	COMPRIME ENROBE à 250 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	90,00	90,00	56,10	56,10	MACROLIDE	G
6118000120919	POLYMAZINE	CHLORPROMAZINE	COMPRIME PELLICULE à 100 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	17,10	17,10	10,60	10,60	NEUROLEPTIQUE	G
6118000120902	POLYMAZINE	CHLORPROMAZINE	COMPRIME PELLICULE à 25 MG	1 BOITE 50 COMPRIME PELLICULE	13,80	13,80	8,60	8,60	NEUROLEPTIQUE	G
6118000120933	POLYNORM 1 MG	REPAGLINIDE	COMPRIME PELLICULE à 1 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	42,00	42,00	26,20	26,20	ANTIDIABETIQUES	G
6118000120940	POLYNORM 1 MG	REPAGLINIDE	COMPRIME PELLICULE à 1 MG	1 BOITE 90 COMPRIME PELLICULE	126,00	126,00	78,70	78,70	ANTIDIABETIQUES	G
6118000120957	POLYNORM 2 MG	REPAGLINIDE	COMPRIME PELLICULE à 2 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	46,00	46,00	28,70	28,70	ANTIDIABETIQUES	G
6118000120964	POLYNORM 2 MG	REPAGLINIDE	COMPRIME PELLICULE à 2 MG	1 BOITE 90 COMPRIME PELLICULE	138,00	138,00	86,20	86,20	ANTIDIABETIQUES	G
6118000120841	POLYPRED 20 MG	PREDNISOLONE	COMPRIME à 20 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	34,70	34,70	21,70	21,70	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118000120926	POLYZAPIN	OLANZAPINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	114,30	114,30	71,20	71,20	NEUROLEPTIQUE	G
6118000120889	POLYZAPIN	OLANZAPINE	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	171,40	171,40	106,80	106,80	NEUROLEPTIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000120896	POLYZAPIN	OLANZAPINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	341,00	341,00	226,00	226,00	NEUROLEPTIQUE	G
6118000250647	PONSTYL	ACIDE MEFENAMIQUE	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	28,80	28,80	18,00	18,00	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000250654	PONSTYL	ACIDE MEFENAMIQUE	SUPPOSITOIRE à 500 MG	1 BOITE 8 SUPPOSITOIRE	30,50	30,50	19,00	19,00	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000241058	POTASSIUM CHLORURE	CHLORURE DE POTASSIUM	SOLUTION POUR PERFUSION à 10 %	1 BOITE 100 AMPOULE INJECTABLE	244,00	244,00	152,50	152,50	SUPPLEMENTATION POTASSIQUE	G
6118001000296	POTEX	EPOETINE ALFA	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1000 UI	1 BOITE 1 KIT	160,00	160,00	99,70	99,70	ANTIANEMIQUE	G
6118001000302	POTEX	EPOETINE ALFA	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 2000 UI	1 BOITE 1 KIT	333,00	333,00	220,00	220,00	ANTIANEMIQUE	G
6118001000319	POTEX	EPOETINE ALFA	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 3000 UI	1 BOITE 1 KIT	492,00	492,00	326,00	326,00	ANTIANEMIQUE	G
6118001000326	POTEX	EPOETINE ALFA	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 4000 UI	1 BOITE 1 KIT	579,00	579,00	383,00	383,00	ANTIANEMIQUE	G
6118001000333	POTEX	EPOETINE ALFA	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 10000 UI	1 BOITE 1 KIT	1134,00	1134,00	834,00	834,00	ANTIANEMIQUE	G
	PRAMIDOL	METOCLOPRAMIDE	SIROP à 0.1 %	1 FLACON 125 ML	16,70	16,70	10,40	10,40	ANTIEMETIQUE	G
6118001270422	PRAVASTATINE GT	PRAVASTATINE	COMPRIME à 20 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	154,00	154,00	96,20	96,20	HYPOLIPEMIANT	G
6118001270439	PRAVASTATINE GT	PRAVASTATINE	COMPRIME à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	121,00	121,00	75,60	75,60	HYPOLIPEMIANT	G
6118001250912	PRAVATOR	PRAVASTATINE	COMPRIME SECABLE à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	99,10	99,10	61,90	61,90	HYPOLIPEMIANT	G
6118000040996	PRAZOL	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 7 GELULE	30,00	30,00	18,70	18,70	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000040644	PRAZOL	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 14 GELULE	52,80	52,80	32,90	32,90	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000041009	PRAZOL	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 28 GELULE	96,00	96,00	59,80	59,80	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000081753	PREDNI COOPER	PREDNISOLONE	COMPRIME EFFERVESCENT à 20 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	42,00	42,00	26,20	26,20	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118000012634	PREDNISOLONE WIN	PREDNISOLONE	COMPRIME EFFERVESCENT à 20 MG	1 FLACON 20 COMPRIME EFFERVESCENT	35,50	35,50	22,20	22,20	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118000280712	PRELECTAL 10 MG/2,5 MG	PERINDOPRIL / INDAPAMIDE	COMPRIME PELLICULE à 6.79/2.50 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	157,90	157,90	98,70	98,70	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000280705	PRELECTAL 5 MG/1,25 MG	INDAPAMIDE / PERINDOPRIL	COMPRIME PELLICULE à 1.25 / 5 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	103,30	103,30	64,60	64,60	ANTIHYPERTENSEUR	G
	PREMOCEFAL	CEFADROXIL	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 FLACON 60 ML	31,00	31,00	19,30	19,30	CEPHALOSPORINE	G
	PREMOCEFAL	CEFADROXIL	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 60 ML	43,00	43,00	26,80	26,80	CEPHALOSPORINE	G
	PREMOCEFAL	CEFADROXIL	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 MG	1 FLACON 60 ML	70,00	70,00	43,60	43,60	CEPHALOSPORINE	G
	PREMOCEFAL	CEFADROXIL	COMPRIME à 1 G	1 BOITE 12 COMPRIME	107,00	107,00	66,70	66,70	CEPHALOSPORINE	G
	PREMOCEFAL	CEFADROXIL	GELULE à 500 MG	1 BOITE 12 GELULE	86,00	86,00			CEPHALOSPORINE	G
6118000100317	PRETERAX	INDAPAMIDE / PERINDOPRIL	COMPRIME PELLICULE à 0.625 / 2.5 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME	122,40	122,40	76,50	76,50	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001183357	PREVENAR	POLYOSIDES PNEUMOCOCCIQUES	SUSPENSION INJECTABLE	1 BOITE 1 SERINGUE PREREMPLIE	808,00	808,00	535,00	535,00	VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P
6118001183951	PREVENAR 13	POLYOSIDES PNEUMOCOCCIQUES	SUSPENSION INJECTABLE	1 BOITE 1 SERINGUE PREREMPLIE	814,00	814,00	539,00	539,00	VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P
6118000041078	PREZAR	LOSARTAN	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 50 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	45,00	45,00	28,10	28,10	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000041085	PREZAR	LOSARTAN	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 50 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	85,00	85,00	53,10	53,10	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000041337	PREZAR 100 MG	LOSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 100 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	149,20	149,20	93,20	93,20	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000041641	PREZAR 100 MG	LOSARTAN	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 100 MG	1 BOITE 90 COMPRIME PELLICULE SECABLE	387,00	387,00	257,00	257,00	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000041627	PREZAR 50 MG	LOSARTAN	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE SECABLE	84,80	84,80	53,00	53,00	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000041634	PREZAR 50 MG	LOSARTAN	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 50 MG	1 BOITE 90 COMPRIME PELLICULE SECABLE	242,00	242,00	151,90	151,90	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000070719	PRILVAS	ENALAPRIL	COMPRIME SECABLE à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	51,80	51,80	32,40	32,40	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000070702	PRILVAS	ENALAPRIL	COMPRIME SECABLE à 20 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	124,10	124,10	77,60	77,60	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000011347	PRIMALAN	MEQUITAZINE	SOLUTION BUvable à 1.25 MG	1 FLACON 120 ML	31,90	31,90	19,90	19,90	ANTIHISTAMINIQUE H1	P
6118000011330	PRIMALAN	MEQUITAZINE	COMPRIME SECABLE à 5 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	28,60	28,60	17,80	17,80	ANTIHISTAMINIQUE H1	P
6118000011323	PRIMALAN	MEQUITAZINE	COMPRIME SECABLE à 10 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	54,00	54,00	33,70	33,70	ANTIHISTAMINIQUE H1	P
6118000012559	PRIMPERAN	METOCLOPRAMIDE	SOLUTION INJECTABLE à 10 MG	12 AMPOULE 2 ML	28,20	28,20	17,60	17,60	ANTIEMETIQUE	P
6118000012221	PRIMPERAN	METOCLOPRAMIDE	SOLUTION BUvable à 0.1 %	1 FLACON 130 ML	21,90	18,30	13,70	11,40	ANTIEMETIQUE	P
6118000011354	PRIMPERAN	METOCLOPRAMIDE	COMPRIME SECABLE à 10 MG	1 BOITE 40 COMPRIME	38,20	17,30	23,80	10,80	ANTIEMETIQUE	P
6118001140923	PRIORIX	VACCIN R.O.R	PREPARATION INJECTABLE	1 BOITE 1 FLACON	149,00	90,40	92,80	92,80	VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P
6118000094197	PRIRIL 1.25 MG	RAMIPRIL	COMPRIME à 1.25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	21,70	21,70	13,60	13,60	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000094227	PRIRIL 10 MG	RAMIPRIL	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 15 COMPRIME	26,60	26,60	25,36	25,36	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000094234	PRIRIL 10 MG	RAMIPRIL	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	47,60	47,60	45,30	45,30	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000094203	PRIRIL 2.5 MG	RAMIPRIL	COMPRIME à 2.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	23,10	23,10	21,96	21,96	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000094210	PRIRIL 5 MG	RAMIPRIL	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	47,60	47,60	45,30	45,30	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001250950	PRISDAL	RISPERIDONE	COMPRIME PELLICULE à 1 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	154,00	154,00	95,90	95,90	NEUROLEPTIQUE	G
6118001250967	PRISDAL	RISPERIDONE	COMPRIME PELLICULE à 2 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	288,00	288,00	191,20	191,20	NEUROLEPTIQUE	G
6118001250974	PRISDAL	RISPERIDONE	COMPRIME PELLICULE à 4 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	517,00	517,00	342,00	342,00	NEUROLEPTIQUE	G
6118001250998	PRISDAL 3 MG	RISPERIDONE	COMPRIME PELLICULE à 3 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	251,00	251,00	156,60	156,60	NEUROLEPTIQUE	G
6118000070726	PROCLOR	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 15 GELULE	56,50	56,50	35,20	35,20	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000071457	PROCLOR	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 30 GELULE	109,30	109,30	68,10	68,10	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118001080656	PROFENID	KETOPROFENE	POUDRE POUR PERFUSION à 100 MG	1 BOITE 50 FLACON	370,00	370,00	245,00	245,00	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000061052	PROFENID	KETOPROFENE	GELULE à 50 MG	1 BOITE 24 GELULE	33,90	24,50	21,10	15,30	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000060802	PROFENID	KETOPROFENE	COMPRIME PELLICULE à 100 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	70,90	49,60	44,20	30,90	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000060819	PROFENID	KETOPROFENE	SUPPOSITOIRE à 100 MG	1 BOITE 12 SUPPOSITOIRE	41,70	29,30	26,00	18,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000060505	PROFENID I.M	KETOPROFENE	SOLUTION INJECTABLE à 100 MG	6 AMPOULE 2 ML	54,10	40,80	33,70	25,40	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000060826	PROFENID LP	KETOPROFENE	COMPRIME LP à 200 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	84,50	71,00	52,60	44,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000191124	PROFLOX	CIPROFLOXACINE	COMPRIME ENROBE à 500 MG	1 BOITE 2 COMPRIME	35,00	35,00	21,80	21,80	FLUOROQUINOLONE	G
6118000191063	PROFLOX	CIPROFLOXACINE	COMPRIME ENROBE à 250 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	55,00	55,00	34,30	34,30	FLUOROQUINOLONE	G
6118000191056	PROFLOX	CIPROFLOXACINE	COMPRIME ENROBE à 500 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	80,00	80,00	49,80	49,80	FLUOROQUINOLONE	G
6118000191117	PROFLOX	CIPROFLOXACINE	COMPRIME ENROBE à 250 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	80,00	80,00	49,80	49,80	FLUOROQUINOLONE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000191131	PROFLOX	CIPROFLOXACINE	COMPRIME ENROBE à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	155,00	155,00	96,60	96,60	FLUOROQUINOLONE	G
6118000210115	PROGAST	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 7 GELULE LP	29,00	29,00	18,10	18,10	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000210061	PROGAST	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 14 GELULE	52,80	52,80	32,90	32,90	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000210078	PROGAST	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 28 GELULE	95,50	95,50	59,50	59,50	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118001090365	PROGESTERONE RETARD PHARLON 500MG/2ML	HYDROXYPROGESTERONE	SOLUTION INJECTABLE LP à 500 MG	1 BOITE 3 AMPOULE INJECTABLE	102,50	102,50	63,90	63,90	PROGESTATIF	P
6118000021339	PROGOR	DILTIAZEM	GELULE LP à 120 MG	1 BOITE 28 GELULE	106,00	106,00	66,20	66,20	INHIBITEUR CALCIQUE	G
	PROGOR	DILTIAZEM	GELULE LP à 180 MG	1 BOITE 28 GELULE	122,00	122,00	76,20	76,20	INHIBITEUR CALCIQUE	G
	PROGOR	DILTIAZEM	GELULE LP à 240 MG	1 BOITE 28 GELULE	142,00	142,00	88,70	88,70	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118000021346	PROGOR	DILTIAZEM	GELULE LP à 300 MG	1 BOITE 28 GELULE	155,00	155,00	96,90	96,90	INHIBITEUR CALCIQUE	G
	PROGOR	DILTIAZEM	GELULE LP à 360 MG	1 BOITE 28 GELULE	165,00	165,00	103,10	103,10	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118001260355	PROGRAF	TACROLIMUS	GELULE à 1 MG	1 BOITE 100 GELULE	1980,00	1980,00	1703,00	1703,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	P
6118001440092	PROJEVA	PROGESTERONE	CAPSULE MOLLE ORALE OU VAGINALE à 200 MG	1 BOITE 15 CAPSULE	66,50	66,50	41,40	41,40	PROGESTATIF	G
6118001440078	PROJEVA	PROGESTERONE	CAPSULE MOLLE ORALE OU VAGINALE à 100 MG	1 BOITE 30 CAPSULE	56,60	56,60	35,20	35,20	PROGESTATIF	G
6118001440108	PROJEVA	PROGESTERONE	CAPSULE MOLLE ORALE OU VAGINALE à 200 MG	1 BOITE 45 CAPSULE	167,50	167,50	104,40	104,40	PROGESTATIF	G
6118001440085	PROJEVA	PROGESTERONE	CAPSULE MOLLE ORALE OU VAGINALE à 100 MG	1 BOITE 90 CAPSULE	142,50	142,50	88,80	88,80	PROGESTATIF	G
6118000330400	PROKININ	DOMPERIDONE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	23,00	23,00	14,30	14,30	ANTIEMETIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000330417	PROKININ 5MG/5ML	DOMPERIDONE	SUSPENSION BUVABLE à 1 MG/ML	1 FLACON 180 ML	21,90	21,90	13,60	13,60	ANTIEMETIQUE	G
6118000230335	PROMET	METRONIDAZOLE	OVULE à 500 MG	1 BOITE 10 OVULE	27,00	27,00	16,80	16,80	NITRO-IMIDAZOLE	G
	PROQUIET	FLUOXETINE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 14 GELULE	56,00	56,00	34,90	34,90	ANTIDEPRESSEUR	G
6118001110056	PROSTIGMINE	NEOSTIGMINE	SOLUTION INJECTABLE à 0.5 MG	1 BOITE 6 AMPOULE INJECTABLE	41,00	41,00	25,50	25,50	ANTIMYASTHENIQUE ANTICHOLINESTERASIQUE	P
6118001082155	PROTAMINE CHOAY	PROTAMINE	SOLUTION INJECTABLE à 1000 UAH	1 FLACON 10 ML	16,10	16,10	10,10	10,10	ANTIDOTE DE L HEPARINE	P
6118001182060	PROTAMINE CHOAY	PROTAMINE	SOLUTION INJECTABLE à 1000 UAH	1 FLACON 10 ML	16,10	16,10	10,10	10,10	ANTIDOTE DE L HEPARINE	P
	PROTEC	CEFEPIME	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 2 G	1 FLACON 10 ML	105,00	105,00	65,40	65,40	CEPHALOSPORINE	G
6118001271368	PROTEC 1G IM/IV	CEFEPIME	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 G	1 FLACON 10 ML	62,00	62,00	38,60	38,60	CEPHALOSPORINE	G
6118001250462	PROTON	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 14 GELULE	52,80	52,80	32,90	32,90	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118001250479	PROTON	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 28 GELULE	102,00	102,00	63,50	63,50	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118001130016	PROTOS	RANELATE DE STRONTIUM	GRANULE POUR SUSPENSION BUVABLE à 2 G	1 BOITE 28 SACHET	471,00	471,00	312,00	312,00	ANTIOSTEOPOROTIQUE	P
6118000020813	PROZAC	FLUOXETINE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 7 GELULE	53,20	53,20	33,10	33,10	ANTIDEPRESSEUR	P
6118000020059	PROZAC	FLUOXETINE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 14 GELULE	100,30	89,70	62,50	55,90	ANTIDEPRESSEUR	P
6118000140825	PSYTRAL	SERTRALINE	COMPRIME PELLICULE à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	126,80	126,80	79,00	79,00	ANTIDEPRESSEUR	G
6118001020683	PULMICORT	BUDESONIDE	SUSPENSION POUR INHALATION à 200 µG	1 FLACON 100 DOSE	201,00	201,00	126,00	126,00	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118001020676	PULMICORT TURBUHALER	BUDESONIDE	POUDRE POUR INHALATION à 200 µG	1 FLACON 100 DOSE	204,00	204,00	127,60	127,60	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001140930	PURINETHOL	MERCAPTOPURINE	COMPRIME SECABLE à 50 MG	1 BOITE 25 COMPRIME	47,50	47,50	29,70	29,70	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118000091905	PURINOL	ALLOPURINOL	COMPRIME à 100 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	14,90	14,90	9,30	9,30	ANTIGOUTTEUX HYPO-URICEMIAN	G
6118000021162	PYOCIADIM	CEFTAZIDIME	POUDRE POUR PERFUSION à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	114,80	114,80	71,50	71,50	CEPHALOSPORINE	G
6118000061717	PYOSTACINE	PRISTINAMYCINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 500 MG	1 BOITE 16 COMPRIME SECABLE	192,00	192,00	119,70	119,70	ANTIBACTERIEN	P
6118001151769	QUETIAPHI LP 200 MG	QUETIAPINE	COMPRIME PELLICULE LP à 200 MG	1 BOITE 30 COMPRIME A LP	175,00	175,00	109,00	109,00	ANTIPSYCHOTIQUE	G
6118001151776	QUETIAPHI LP 300 MG	QUETIAPINE	COMPRIME PELLICULE LP à 300 MG	1 BOITE 30 COMPRIME A LP	259,00	259,00	161,40	161,40	ANTIPSYCHOTIQUE	G
6118000090687	QUINOLOX	OFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 200 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	101,00	101,00	62,90	62,90	FLUOROQUINOLONE	G
6118000090694	QUINOLOX	OFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 200 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	149,00	149,00	92,80	92,80	FLUOROQUINOLONE	G
6118000091622	QUINOLOX MONOPRISE	OFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 200 MG	1 BOITE 2 COMPRIME PELLICULE	39,00	39,00	24,30	24,30	FLUOROQUINOLONE	G
6118001080106	R.O.R 1 DOSE	VACCIN R.O.R	POUDRE POUR SUSPENSION INJECTABLE	1 SERINGUE 0,5 ML	117,00	117,00	72,90	72,90	VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P
6118001183586	RAMIPRIL WIN	RAMIPRIL	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 15 COMPRIME	28,00	28,00	17,50	17,50	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118001183609	RAMIPRIL WIN	RAMIPRIL	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 15 COMPRIME	56,00	56,00	35,00	35,00	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118001183593	RAMIPRIL WIN	RAMIPRIL	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	54,00	54,00	33,70	33,70	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118001183616	RAMIPRIL WIN	RAMIPRIL	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	108,00	108,00	67,50	67,50	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118001270491	RAMIPRIL/HCTZ GT	RAMIPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME à 5 / 25 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME	60,10	60,10	37,60	37,60	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118001270507	RAMIPRIL/HCTZ GT	RAMIPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME à 5 / 25 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME	107,50	107,50	67,20	67,20	ANTIHYPERTENSEUR	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001270514	RAMIPRIL/HCTZ GT	RAMIPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME à 5 / 25 MG / MG	1 BOITE 56 COMPRIME	289,00	289,00	191,20	191,20	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000181002	RAMITEC 10 MG	RAMIPRIL	GELULE à 10 MG	1 BOITE 30 GELULE	76,10	76,10	47,60	47,60	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000181019	RAMITEC 2.5 MG	RAMIPRIL	GELULE à 2.5 MG	1 BOITE 30 GELULE	26,50	26,50	16,60	16,60	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000180999	RAMITEC 5 MG	RAMIPRIL	GELULE à 5 MG	1 BOITE 30 GELULE	44,90	44,90	28,10	28,10	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118001300761	RANCIPHEX 10 MG	RABEPRAZOLE	COMPRIME GASTRO-RESISTANT à 10 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	49,90	49,90	31,10	31,10	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118001300778	RANCIPHEX 10 MG	RABEPRAZOLE	COMPRIME GASTRO-RESISTANT à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	82,80	82,80	51,60	51,60	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118001300785	RANCIPHEX 10 MG	RABEPRAZOLE	COMPRIME GASTRO-RESISTANT à 10 MG	1 BOITE 56 COMPRIME	131,70	131,70	82,10	82,10	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118001300792	RANCIPHEX 20 MG	RABEPRAZOLE	COMPRIME GASTRO-RESISTANT à 20 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	64,50	64,50	40,20	40,20	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118001300808	RANCIPHEX 20 MG	RABEPRAZOLE	COMPRIME GASTRO-RESISTANT à 20 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	113,70	113,70	70,90	70,90	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118001300815	RANCIPHEX 20 MG	RABEPRAZOLE	COMPRIME GASTRO-RESISTANT à 20 MG	1 BOITE 56 COMPRIME	188,00	188,00	117,10	117,10	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118001300587	RANCLAST 4 MG / 5 ML	ACIDE ZOLEDRONIQUE	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 4 MG	1 FLACON 5 ML	1412,00	1412,00	1120,00	1120,00	BIPHOSPHONATE	G
6118001300419	RANOZYP 10 MG	OLANZAPINE	COMPRIME ORODISPERSIBLE à 10 MG	1 BOITE 14 COMPRIME ORODISPERSIBLE	149,50	149,50	93,10	93,10	NEUROLEPTIQUE	G
6118001300426	RANOZYP 10 MG	OLANZAPINE	COMPRIME ORODISPERSIBLE à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME ORODISPERSIBLE	281,00	281,00	175,10	175,10	NEUROLEPTIQUE	G
6118001300396	RANOZYP 5 MG	OLANZAPINE	COMPRIME ORODISPERSIBLE à 5 MG	1 BOITE 14 COMPRIME ORODISPERSIBLE	91,10	91,10	56,80	56,80	NEUROLEPTIQUE	G
6118001300402	RANOZYP 5 MG	OLANZAPINE	COMPRIME ORODISPERSIBLE à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME ORODISPERSIBLE	160,00	160,00	99,70	99,70	NEUROLEPTIQUE	G
6118001300464	RANPIROLE	ROPINIROLE	COMPRIME PELLICULE à 0.25 MG	1 BOITE 21 COMPRIME PELLICULE	33,30	33,30	20,80	20,80	ANTIPARKINSONNIEN	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001300488	RANPIROLE	ROPINIROLE	COMPRIME PELLICULE à 0.5 MG	1 BOITE 21 COMPRIME PELLICULE	39,60	39,60	24,70	24,70	ANTIPARKINSONNIEN	G
6118001300501	RANPIROLE	ROPINIROLE	COMPRIME PELLICULE à 1 MG	1 BOITE 21 COMPRIME PELLICULE	66,80	66,80	41,60	41,60	ANTIPARKINSONNIEN	G
6118001300495	RANPIROLE	ROPINIROLE	COMPRIME PELLICULE à 0.5 MG	1 BOITE 84 COMPRIME PELLICULE	134,80	134,80	84,00	84,00	ANTIPARKINSONNIEN	G
6118001300518	RANPIROLE	ROPINIROLE	COMPRIME PELLICULE à 1 MG	1 BOITE 84 COMPRIME PELLICULE	227,00	227,00	141,40	141,40	ANTIPARKINSONNIEN	G
6118001300471	RANPIROLE	ROPINIROLE	COMPRIME PELLICULE à 0.25 MG	1 BOITE 126 COMPRIME PELLICULE	168,00	168,00	104,70	104,70	ANTIPARKINSONNIEN	G
6118000380146	RANSIMVA 20 MG	SIMVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	97,60	97,60	61,00	61,00	HYPOLIPEMIANT	G
6118000380153	RANSIMVA 20 MG	SIMVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 BOITE 60 COMPRIME PELLICULE	188,50	188,50	117,80	117,80	HYPOLIPEMIANT	G
6118000380160	RANSIMVA 40 MG	SIMVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 40 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	171,00	171,00	106,90	106,90	HYPOLIPEMIANT	G
6118000380177	RANSIMVA 40 MG	SIMVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 40 MG	1 BOITE 60 COMPRIME PELLICULE	283,00	283,00	188,10	188,10	HYPOLIPEMIANT	G
6118000170242	RANTUDIL FORT	ACEMETACINE	GELULE à 60 MG	1 BOITE 30 GELULE	37,80	37,80	23,60	23,60	ANTI-INFLAMMATOIRE	P
6118000170259	RANTUDIL RETARD	ACEMETACINE	GELULE LP à 90 MG	1 BOITE 20 GELULE	58,90	58,90	36,70	36,70	ANTI-INFLAMMATOIRE	P
6118000270201	RAVIVA	MELOXICAM	COMPRIME SECABLE à 7.5 MG	1 BOITE 10 COMPRIME SECABLE	29,00	29,00	18,10	18,10	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000270225	RAVIVA	MELOXICAM	COMPRIME SECABLE à 15 MG	1 BOITE 10 COMPRIME SECABLE	39,00	39,00	24,30	24,30	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000270218	RAVIVA	MELOXICAM	COMPRIME SECABLE à 7.5 MG	1 BOITE 20 COMPRIME SECABLE	53,10	53,10	33,10	33,10	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000270232	RAVIVA	MELOXICAM	COMPRIME SECABLE à 15 MG	1 BOITE 20 COMPRIME SECABLE	79,00	79,00	49,20	49,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000140726	RAZON	PANTOPRAZOLE	COMPRIME ENROBE GASTRO-RESISTANT à 40 MG	1 BOITE 14 COMPRIME GASTRO-RESISTANT	100,00	100,00	62,30	62,30	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000140924	RAZON 40 MG	PANTOPRAZOLE	COMPRIME ENROBE GASTRO-RESISTANT à 40 MG	1 BOITE 7 COMPRIME ENROBE GASTRO-RESISTANT	52,50	52,50	32,70	32,70	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000140849	RAZON 40 MG	PANTOPRAZOLE	COMPRIME ENROBE GASTRO-RESISTANT à 40 MG	1 BOITE 28 COMPRIME ENROBE GASTRO-RESISTANT	180,00	180,00	112,10	112,10	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118001150267	REBETOL	RIBAVIRINE	GELULE à 200 MG	1 BOITE 140 GELULE	3217,00	3217,00	2900,00	2900,00	ANTIVIRAL	P
6118001260362	REBIF 22 µG	INTERFERON BETA-1A	PREPARATION INJECTABLE à 22 µG	1 BOITE 12 SERINGUE	7449,00	7449,00	7205,00	7205,00	IMMUNOSTIMULANT IMMUNOMODULATEUR	P
	REBIF 22 µG/ 0.5 ML	INTERFERON BETA-1A	SOLUTION INJECTABLE à 22 µG	1 BOITE 4 CARTOUCHE	5479,00	5479,00	5183,00	5183,00	IMMUNOSTIMULANT IMMUNOMODULATEUR	P
6118001260379	REBIF 44 µG	INTERFERON BETA-1A	PREPARATION INJECTABLE à 44 µG	1 BOITE 12 SERINGUE	10140,00	10140,00	9921,00	9921,00	IMMUNOSTIMULANT IMMUNOMODULATEUR	P
	REBIF 44 µG/ 0.5 ML	INTERFERON BETA-1A	SOLUTION INJECTABLE à 44 µG	1 BOITE 4 CARTOUCHE	9918,00	9918,00	9704,00	9704,00	IMMUNOSTIMULANT IMMUNOMODULATEUR	P
6118001050680	RECORMON	EPOETINE BETA	SOLUTION INJECTABLE à 30000 UI	1 BOITE 4 SERINGUE PREREMPLIE	11083,00	11083,00	10874,00	10874,00	ANTIANEMIQUE	P
6118001050352	RECORMON	EPOETINE BETA	PREPARATION INJECTABLE à 2000 UI	1 BOITE 6 SERINGUE PREREMPLIE	1250,00	1250,00	978,00	978,00	ANTIANEMIQUE	P
6118001050369	RECORMON	EPOETINE BETA	SOLUTION INJECTABLE à 3000 UI	1 BOITE 6 SERINGUE PREREMPLIE	1621,00	1621,00	1360,00	1360,00	ANTIANEMIQUE	P
6118001050376	RECORMON	EPOETINE BETA	PREPARATION INJECTABLE à 5000 UI	1 BOITE 6 SERINGUE PREREMPLIE	2709,00	2709,00	2377,00	2377,00	ANTIANEMIQUE	P
6118000071075	REDLIP	SIMVASTATINE	COMPRIME ENROBE SECABLE à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	97,60	97,60	61,00	61,00	HYPOLIPEMIANT	G
6118000071099	REDLIP	SIMVASTATINE	COMPRIME ENROBE SECABLE à 40 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	138,00	138,00	86,20	86,20	HYPOLIPEMIANT	G
6118000071082	REDLIP	SIMVASTATINE	COMPRIME ENROBE SECABLE à 20 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	250,00	250,00	156,20	156,20	HYPOLIPEMIANT	G
6118000071105	REDLIP	SIMVASTATINE	COMPRIME ENROBE SECABLE à 40 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	384,00	384,00	255,00	255,00	HYPOLIPEMIANT	G
6118000420286	REDLIP 20 MG	SIMVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	97,60	97,60	61,00	61,00	HYPOLIPEMIANT	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000420309	REDLIP 40 MG	SIMVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 40 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	138,00	138,00	86,20	86,20	HYPOLIPEMIANT	G
6118000131199	REDUS 75 MG	CLOPIDOGREL	COMPRIME PELLICULE à 75 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	85,00	85,00	53,10	53,10	ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE	G
6118000131182	REDUS 75 MG	CLOPIDOGREL	COMPRIME PELLICULE à 75 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	160,00	160,00	100,00	100,00	ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE	G
6118000400189	REGOR 35 MG	RISEDRONATE	COMPRIME PELLICULE à 35 MG	1 BOITE 4 COMPRIME PELLICULE	190,00	190,00	118,40	118,40	BIPHOSPHONATE	G
6118000400196	REGOR 35 MG	RISEDRONATE	COMPRIME PELLICULE à 35 MG	1 BOITE 12 COMPRIME PELLICULE	472,00	472,00	312,00	312,00	BIPHOSPHONATE	G
6118001140947	RELENZA	ZANAMIVIR	POUDRE POUR INHALATION à 5 MG	1 DISTRIBUTEUR 20 DOSE	228,00	228,00	142,10	142,10	ANTIVIRAL	P
6118001170272	RELPAK	ELETRIPTAN	COMPRIME ENROBE à 40 MG	1 BOITE 2 COMPRIME	96,70	96,70	60,20	60,20	ANTI-MIGRAINEUX	P
6118001170258	RELPAK	ELETRIPTAN	COMPRIME ENROBE GASTRO-RESISTANT à 20 MG	1 BOITE 2 COMPRIME	107,40	107,40	66,90	66,90	ANTI-MIGRAINEUX	P
6118001170289	RELPAK	ELETRIPTAN	COMPRIME ENROBE à 40 MG	1 BOITE 6 COMPRIME	275,00	275,00	171,50	171,50	ANTI-MIGRAINEUX	P
6118001170265	RELPAK	ELETRIPTAN	COMPRIME ENROBE à 20 MG	1 BOITE 6 COMPRIME	304,00	304,00	201,00	201,00	ANTI-MIGRAINEUX	P
6118000080800	REMERON 30	MIRTAZAPINE	COMPRIME ENROBE SECABLE à 30 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	170,10	170,10	106,00	106,00	ANTIDEPRESSEUR	P
6118001150281	REMICADE	INFLIXIMAB	POUDRE POUR PERFUSION à 100 MG	1 FLACON 20 ML	6340,00	4566,00	6067,00	4246,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	P
6118001184293	REMICADE	INFLIXIMAB	POUDRE POUR SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 100 MG	1 FLACON 20 ML	6340,00	4566,00	6067,00	4246,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	P
6118000070764	REMOX	PIROXICAM	COMPRIME DISPERSIBLE à 20 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	41,70	41,70	26,00	26,00	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000070771	REMOX	PIROXICAM	GELULE à 20 MG	1 BOITE 10 GELULE	39,80	39,80	24,80	24,80	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118001260621	REMSIMA 100 MG	INFLIXIMAB	POUDRE POUR SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 100 MG	1 FLACON 20 ML	4566,00	4566,00	4246,00	4246,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001160150	RENITEC	ENALAPRIL	COMPRIME SECABLE à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	51,80	51,80	32,40	32,40	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	P
6118001160167	RENITEC	ENALAPRIL	COMPRIME SECABLE à 20 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	124,10	124,10	77,60	77,60	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	P
6118001360017	RESINCAL	POLYSTYRENE SULFONATE DE CALCIUM	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 99.75 G	1 FLACON 400 G	319,00	319,00	211,00	211,00	MEDICAMENTS DE L'HYPERKALIEMIE ET DE L'HYPERPHOSPHATEMIE	G
6118001360024	RESINSOD	POLYSTYRENE SULFONATE DE SODIUM	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 99.75 G	1 FLACON 400 G	319,00	319,00	211,00	211,00	MEDICAMENTS DE L'HYPERKALIEMIE ET DE L'HYPERPHOSPHATEMIE	G
6118001150076	RETALZEM	DILTIAZEM	GELULE LP à 180 MG	1 BOITE 16 GELULE	77,30	77,30	48,30	48,30	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118001141012	RETROVIR	ZIDOVUDINE	SOLUTION BUVABLE à 50 MG	1 FLACON 200 ML	302,00	302,00	201,00	201,00	ANTIVIRAL	P
6118001141029	RETROVIR	ZIDOVUDINE	GELULE à 100 MG	1 BOITE 100 GELULE	556,00	226,00	370,00	141,70	ANTIVIRAL	P
6118001184163	REVLIMID 10 MG	LENALIDOMIDE	GELULE à 10 MG	1 BOITE 21 GELULE	37910,00	37910,00	37175,00	37175,00	IMMUNOMODULATEUR	P
6118001184170	REVLIMID 15 MG	LENALIDOMIDE	GELULE à 15 MG	1 BOITE 21 GELULE	39896,00	39896,00	39122,00	39122,00	IMMUNOMODULATEUR	P
6118001184187	REVLIMID 25 MG	LENALIDOMIDE	GELULE à 25 MG	1 BOITE 21 GELULE	43847,00	43847,00	42996,00	42996,00	IMMUNOMODULATEUR	P
6118001184156	REVLIMID 5 MG	LENALIDOMIDE	GELULE à 5 MG	1 BOITE 21 GELULE	36167,00	36167,00	35466,00	35466,00	IMMUNOMODULATEUR	P
6118000241324	REVOCIR	ACICLOVIR	COMPRIME à 800 MG	1 BOITE 35 COMPRIME	577,00	577,00	382,00	382,00	ANTIVIRAL	G
6118001200771	RHESONATIV 625 UI/ML	IMMUNOGLOBULINES HUMAINES ANTI-D	SOLUTION INJECTABLE I.M.	1 AMPOULE 2 ML	577,00	577,00	382,00	382,00	IMMUNOGLOBULINE ET IMMUNOSERUM	P
6118001330041	RHESONATIV 625 UI/ML	IMMUNOGLOBULINES HUMAINES ANTI-D	SOLUTION INJECTABLE I.M.	1 AMPOULE 2 ML	577,00	577,00	382,00	382,00	IMMUNOGLOBULINE ET IMMUNOSERUM	P
6118001200764	RHESONATIV 625 UI/ML	IMMUNOGLOBULINES HUMAINES ANTI-D	SOLUTION INJECTABLE I.M.	10 AMPOULE 2 ML	5440,00	5440,00	5143,00	5143,00	IMMUNOGLOBULINE ET IMMUNOSERUM	P
6118001330058	RHESONATIV 625 UI/ML	IMMUNOGLOBULINES HUMAINES ANTI-D	SOLUTION INJECTABLE I.M.	10 AMPOULE 2 ML	5440,00	5440,00	5143,00	5143,00	IMMUNOGLOBULINE ET IMMUNOSERUM	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001020690	RHINOCORT	BUDESONIDE	SUSPENSION NASALE à 64 µg	1 FLACON 120 DOSE	103,80	103,80	64,70	64,70	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118001340088	RHOPHYLAC	IMMUNOGLOBULINES HUMAINES ANTI-D	SOLUTION INJECTABLE à 300 µg	1 SERINGUE PREREMPLIE 2 ML	730,00	730,00	484,00	484,00	IMMUNOGLOBULINE ET IMMUNOSERUM	G
6118000240754	RIACEN	PIROXICAM	GELULE à 10 MG	1 BOITE 20 GELULE	44,30	44,30	27,60	27,60	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000240778	RIACEN	PIROXICAM	GELULE à 20 MG	1 BOITE 20 GELULE	79,70	79,70	49,60	49,60	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
	RIBOMICIN	GENTAMICINE	COLLYRE à 0.3 %	1 FLACON 5 ML	21,55	21,55	14,20	14,20	AMINOSIDE	G
6118000091554	RIFOREIL	RIFAMYCINE	SOLUTION POUR GOUTTE AURICULAIRE à 2 MUI	1 FLACON 10 ML	20,40	20,40	13,40	13,40	ANTIBIOTIQUE OTOLOGIQUE	G
6118000380603	RISATE SUN 35 MG	RISEDRONATE	COMPRIME PELLICULE à 35 MG	1 BOITE 4 COMPRIME PELLICULE	194,00	194,00	120,90	120,90	BIPHOSPHONATE	G
6118001040674	RISONEL	MOMETASONE	SUSPENSION NASALE à 50 µg	1 FLACON 140 DOSE	119,10	119,10	74,20	74,20	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118000180432	RISORDAN	ISOSORBIDE DINITRATE	COMPRIME SECABLE à 10 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	27,50	27,50	17,20	17,20	ANTIANGOREUX VASODILATEUR	P
6118001182633	RISPERDAL	RISPERIDONE	SOLUTION BUvable à 1 MG/ML	1 FLACON 60 ML	269,00	269,00	167,80	167,80	NEUROLEPTIQUE	P
6118001183241	RISPERDAL	RISPERIDONE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 4 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	643,00	517,00	426,00	342,00	NEUROLEPTIQUE	P
6118001183227	RISPERDAL	RISPERIDONE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 1 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	275,00	160,60	171,90	100,10	NEUROLEPTIQUE	P
6118001183234	RISPERDAL	RISPERIDONE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 2 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	577,00	282,00	382,00	175,70	NEUROLEPTIQUE	P
6118001183784	RISPERDALORO 1 MG	RISPERIDONE	COMPRIME ORODISPERSIBLE à 1 MG	1 BOITE 28 COMPRIME ORODISPERSIBLE	134,00	134,00	83,50	83,50	NEUROLEPTIQUE	P
6118001183791	RISPERDALORO 2 MG	RISPERIDONE	COMPRIME ORODISPERSIBLE à 2 MG	1 BOITE 28 COMPRIME ORODISPERSIBLE	231,00	231,00	144,10	144,10	NEUROLEPTIQUE	P
6118001183814	RISPERDALORO 4 MG	RISPERIDONE	COMPRIME ORODISPERSIBLE à 4 MG	1 BOITE 28 COMPRIME ORODISPERSIBLE	426,00	426,00	282,00	282,00	NEUROLEPTIQUE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001272426	RISPERIDONE GT 1 MG	RISPERIDONE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 1 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE SECABLE	37,00	37,00	23,00	23,00	NEUROLEPTIQUE	G
6118001272440	RISPERIDONE GT 1 MG	RISPERIDONE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 1 MG	1 BOITE 60 COMPRIME PELLICULE SECABLE	160,60	160,60	100,10	100,10	NEUROLEPTIQUE	G
6118001272457	RISPERIDONE GT 2 MG	RISPERIDONE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 2 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE SECABLE	65,00	65,00	40,50	40,50	NEUROLEPTIQUE	G
6118001272471	RISPERIDONE GT 2 MG	RISPERIDONE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 2 MG	1 BOITE 60 COMPRIME PELLICULE SECABLE	282,00	282,00	175,70	175,70	NEUROLEPTIQUE	G
6118001272488	RISPERIDONE GT 3 MG	RISPERIDONE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 3 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE SECABLE	97,40	97,40	60,70	60,70	NEUROLEPTIQUE	G
6118001272501	RISPERIDONE GT 3 MG	RISPERIDONE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 3 MG	1 BOITE 60 COMPRIME PELLICULE SECABLE	423,00	423,00	280,00	280,00	NEUROLEPTIQUE	G
6118000094531	RIVABIR	RIBAVIRINE	GELULE à 200 MG	1 BOITE 84 GELULE	906,00	906,00	624,00	624,00	ANTIVIRAL	G
6118001050390	ROACCUTANE	ISOTRETINOINE	CAPSULE MOLLE à 10 MG	1 BOITE 30 CAPSULE	221,00	209,00	138,30	130,20	ANTIACNEIQUE	P
6118001050406	ROACCUTANE	ISOTRETINOINE	CAPSULE MOLLE à 20 MG	1 BOITE 30 CAPSULE	344,00	344,00	228,00	228,00	ANTIACNEIQUE	P
6118001050475	ROCEPHIN	CEFTRIAXONE	POUDRE POUR PERFUSION à 2 G	1 BOITE 1 FLACON	295,00	270,00	195,80	168,20	CEPHALOSPORINE	P
6118001050413	ROCEPHINE IM	CEFTRIAXONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	119,20	114,30	74,30	71,20	CEPHALOSPORINE	P
6118001050468	ROCEPHINE IM	CEFTRIAXONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 250 MG	1 BOITE 1 FLACON	58,80	51,50	36,60	32,10	CEPHALOSPORINE	P
6118001050444	ROCEPHINE IM	CEFTRIAXONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON	80,80	61,00	50,30	38,00	CEPHALOSPORINE	P
6118001050420	ROCEPHINE IV	CEFTRIAXONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	114,30	114,30	71,20	71,20	CEPHALOSPORINE	P
6118001050451	ROCEPHINE IV	CEFTRIAXONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 250 MG	1 BOITE 1 FLACON	58,80	51,50	36,60	32,10	CEPHALOSPORINE	P
6118001050437	ROCEPHINE IV	CEFTRIAXONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON	86,40	61,00	53,80	38,00	CEPHALOSPORINE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
611800060574	RODOGYL	SPIRAMYCINE / METRONIDAZOLE	COMPRIME PELLICULE à 0,75 / 125 MUI / MG	1 BOITE 30 COMPRIME	95,00	77,00	59,20	48,00	ANTIBACTERIEN	P
6118001050482	ROFERON-A	INTERFERON ALFA-2A	PREPARATION INJECTABLE à 3 MUI	1 BOITE 1 SERINGUE	269,00	269,00	179,40	168,10	IMMUNOSTIMULANT IMMUNOMODULATEUR	P
6118001050512	ROFERON-A	INTERFERON ALFA-2A	PREPARATION INJECTABLE à 9 MUI	1 BOITE 1 SERINGUE	764,00	764,00	508,00	507,00	IMMUNOSTIMULANT IMMUNOMODULATEUR	P
6118000230274	ROMAC	ROXITHROMYCINE	COMPRIME SECABLE à 300 MG	1 BOITE 7 COMPRIME	83,70	83,70	52,10	52,10	MACROLIDE	G
6118000230267	ROMAC	ROXITHROMYCINE	COMPRIME SECABLE à 150 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	71,00	71,00	44,20	44,20	MACROLIDE	G
6118001300365	ROMILAST	MONTELUKAST	COMPRIME A CROQUER à 4 MG	1 BOITE 10 COMPRIME A CROQUER	75,50	75,50	47,20	47,20	ANTIASTHMATIQUE	G
6118001300341	ROMILAST	MONTELUKAST	COMPRIME A CROQUER à 5 MG	1 BOITE 10 COMPRIME A CROQUER	77,40	77,40	48,40	48,40	ANTILEUCOTRIENE	G
6118001300389	ROMILAST	MONTELUKAST	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	78,40	78,40	49,00	49,00	ANTILEUCOTRIENE	G
6118001300358	ROMILAST	MONTELUKAST	COMPRIME A CROQUER à 4 MG	1 BOITE 30 COMPRIME A CROQUER	202,00	202,00	126,40	126,40	ANTIASTHMATIQUE	G
6118001300334	ROMILAST	MONTELUKAST	COMPRIME A CROQUER à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME A CROQUER	207,00	207,00	129,60	129,60	ANTILEUCOTRIENE	G
6118001300372	ROMILAST	MONTELUKAST	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	210,00	210,00	131,20	131,20	ANTILEUCOTRIENE	G
6118000120452	RONIC	DEXAMETHASONE	COLLYRE à 1 MG	1 FLACON 5 ML	24,00	24,00	14,90	14,90	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118001300570	ROPENEM RANBAXY 1 G	MEROPENEME	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE OU POUR PERFUSION IV à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	113,60	113,60	70,80	70,80	PENICILLINE	G
6118000400202	ROSAR 100 MG	LOSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 100 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	151,00	151,00	94,40	94,40	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000400226	ROSAR 50 MG	LOSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 50 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	42,00	42,00	26,20	26,20	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000400219	ROSAR 50 MG	LOSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 50 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	80,00	80,00	50,00	50,00	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001031153	ROSUSTAR 10 MG	ROSUVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	157,70	157,70	98,60	98,60	HYPOLIPEMIANT	G
6118001031160	ROSUSTAR 20 MG	ROSUVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	255,00	255,00	159,40	159,40	HYPOLIPEMIANT	G
6118001031146	ROSUSTAR 5 MG	ROSUVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	127,40	127,40	79,60	79,60	HYPOLIPEMIANT	G
6118000380634	ROSUVAS SUN 10MG	ROSUVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	63,10	63,10	39,40	39,40	HYPOLIPEMIANT	G
6118000380641	ROSUVAS SUN 10MG	ROSUVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	157,80	157,80	98,60	98,60	HYPOLIPEMIANT	G
6118000380658	ROSUVAS SUN 20MG	ROSUVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	102,00	102,00	63,70	63,70	HYPOLIPEMIANT	G
6118000380665	ROSUVAS SUN 20MG	ROSUVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	255,00	255,00	159,60	159,60	HYPOLIPEMIANT	G
6118000060260	ROVAMYCINE	SPIRAMYCINE	COMPRIME PELLICULE à 3 MUI	1 BOITE 10 COMPRIME	101,00	73,90	63,00	46,10	MACROLIDE	P
6118000060253	ROVAMYCINE	SPIRAMYCINE	COMPRIME PELLICULE à 1.5 MUI	1 BOITE 16 COMPRIME	67,70	59,10	42,20	36,80	MACROLIDE	P
6118000060277	ROVAMYCINE	SPIRAMYCINE	COMPRIME PELLICULE à 3 MUI	1 BOITE 16 COMPRIME	132,60	112,20	82,60	69,90	MACROLIDE	P
6118000060246	ROVAMYCINE	SPIRAMYCINE	COMPRIME PELLICULE à 0.75 MUI	1 BOITE 20 COMPRIME	40,30	40,30	25,10	25,10	MACROLIDE	P
6118000140856	ROXAM	PIROXICAM	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 20 MG	1 BOITE 8 SACHET	30,00	30,00	18,70	18,70	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000140436	ROXAM	PIROXICAM	GELULE à 20 MG	1 BOITE 16 GELULE	48,90	48,90	30,50	30,50	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000081838	ROXOLID	ROXITHROMYCINE	COMPRIME SECABLE à 300 MG	1 BOITE 7 COMPRIME	83,70	83,70	52,10	52,10	MACROLIDE	G
6118000081821	ROXOLID	ROXITHROMYCINE	COMPRIME SECABLE à 150 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	75,00	75,00	46,70	46,70	MACROLIDE	G
6118000041771	ROZAT 10MG	ROSUVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	147,40	147,40	92,10	92,10	HYPOLIPEMIANT	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000041788	ROZAT 20MG	ROSUVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	251,00	251,00	157,00	157,00	HYPOLIPEMIANT	G
6118000060840	RULID	ROXITHROMYCINE	COMPRIME PELLICULE à 300 MG	1 BOITE 7 COMPRIME	83,70	83,70	52,10	52,10	MACROLIDE	P
6118000060147	RULID	ROXITHROMYCINE	COMPRIME PELLICULE à 150 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	99,80	75,00	62,20	46,70	MACROLIDE	P
6118000180449	RYTHMODAN	DISOPYRAMIDE	GELULE à 100 MG	1 BOITE 40 GELULE	46,80	46,80	29,20	29,20	ANTIARYTHMIQUE	P
6118001101276	SAFLU	FLUTICASONE / SALMETEROL	SUSPENSION POUR INHALATION à 50 / 25 µG / µG	1 FLACON 120 DOSE	115,00	115,00	71,90	71,90	ANTIASTHMATIQUE	G
6118001101283	SAFLU	FLUTICASONE / SALMETEROL	SUSPENSION POUR INHALATION à 125 / 25 µG / µG	1 FLACON 120 DOSE	140,00	140,00	87,50	87,50	ANTIASTHMATIQUE	G
6118001101290	SAFLU	FLUTICASONE / SALMETEROL	SUSPENSION POUR INHALATION à 250 / 25 µG / µG	1 FLACON 120 DOSE	185,00	185,00	115,60	115,60	ANTIASTHMATIQUE	G
6118001120475	SALAZOPYRIN	SULFASALAZINE	COMPRIME ENROBE GASTRO-RESISTANT à 500 MG	1 BOITE 100 COMPRIME GASTRO-RESISTANT	141,70	141,70	88,30	88,30	ANTI-INFLAMMATOIRE IMMUNOSUPPRESSEUR INTESTINAL	P
6118001141074	SALBUMOL	SALBUTAMOL	SOLUTION INJECTABLE à 0.5 MG/ML	1 BOITE 6 AMPOULE INJECTABLE	25,60	25,60	16,00	16,00	BRONCHODILATEUR	P
6118001230730	SALBUTAMOL IVAX CFC-FREE INHALATEUR	SALBUTAMOL	SUSPENSION POUR INHALATION à 100 µG	1 BOITE 200 DOSE	41,50	41,50	25,90	25,90	BRONCHODILATEUR	G
6118001220571	SALCROZINE FAES	MESALAZINE	COMPRIME GASTRO-RESISTANT à 500 MG	1 BOITE 100 COMPRIME	293,00	293,00	182,90	182,90	ANTI-INFLAMMATOIRE IMMUNOSUPPRESSEUR INTESTINAL	G
6118001121076	SANDIMMUN	CICLOSPORINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 50 MG	10 AMPOULE 1 ML			327,80	327,80	IMMUNOSUPPRESSEUR	P
6118001121083	SANDIMMUN	CICLOSPORINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 50 MG	10 AMPOULE 5 ML			1820,40	1820,40	IMMUNOSUPPRESSEUR	P
6118001120802	SANDIMMUN	CICLOSPORINE	SOLUTION BUvable à 100 MG	1 FLACON 10 ML			550,40	550,40	IMMUNOSUPPRESSEUR	P
6118001120765	SANDIMMUN	CICLOSPORINE	SOLUTION BUvable à 100 MG	1 FLACON 50 ML	1755,00	1736,00	1472,00	1452,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	P
6118001120796	SANDIMMUN	CICLOSPORINE	CAPSULE MOLLE à 25 MG	1 BOITE 50 CAPSULE	565,00	544,00	374,00	360,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001120772	SANDIMMUN	CICLOSPORINE	CAPSULE MOLLE à 50 MG	1 BOITE 50 CAPSULE	1123,00	1063,00	823,00	762,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	P
6118001120789	SANDIMMUN	CICLOSPORINE	CAPSULE MOLLE à 100 MG	1 BOITE 50 CAPSULE	1746,00	1691,00	1463,00	1406,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	P
6118000030744	SANDOCAL	CALCIUM	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 MG	1 BOITE 10 SACHET	28,50	28,50	17,80	17,80	ELEMENT MINERAL	P
6118000030751	SANDOCAL	CALCIUM	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 MG	1 BOITE 30 SACHET	78,00	78,00	48,60	48,60	ELEMENT MINERAL	P
6118001120840	SANDOSTATINE *	OCTREOTIDE	SOLUTION INJECTABLE à 50 µG	1 BOITE 6 AMPOULE	344,00	344,00	228,00	228,00	ANALOGUE DE LA SOMATOSTATINE	P
6118001120833	SANDOSTATINE *	OCTREOTIDE	SOLUTION INJECTABLE à 100 µG	1 BOITE 6 AMPOULE	532,00	532,00	353,00	353,00	ANALOGUE DE LA SOMATOSTATINE	P
6118001120826	SANDOSTATINE *	OCTREOTIDE	SOLUTION INJECTABLE à 500 µG	1 BOITE 6 AMPOULE	2822,00	2822,00	2493,00	2493,00	ANALOGUE DE LA SOMATOSTATINE	P
6118000082552	SAPHIR 1000MG/125MG	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 12 SACHET	88,00	88,00	54,80	54,80	PENICILLINE	G
6118000082569	SAPHIR 1000MG/125MG	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 16 SACHET	116,00	116,00	72,30	72,30	PENICILLINE	G
6118000082576	SAPHIR 1000MG/125MG	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 24 SACHET	167,00	167,00	104,10	104,10	PENICILLINE	G
6118000082521	SAPHIR 100MG/12.5MG	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 100 / 12.5 MG / MG	1 FLACON 30 ML	38,00	38,00	23,70	23,70	PENICILLINE	G
6118000082538	SAPHIR 100MG/12.5MG	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 100 / 12.5 MG / MG	1 FLACON 60 ML	63,00	63,00	39,20	39,20	PENICILLINE	G
6118000082545	SAPHIR 500MG/62.5MG	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 / 62.5 MG / MG	1 BOITE 12 SACHET	59,00	59,00	36,80	36,80	PENICILLINE	G
6118001182152	SAVARINE	PROGUANIL / CHLOROQUINE	COMPRIME PELLICULE à 200 / 100 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME	167,70	167,70	104,50	104,50	ANTIPALUDIQUE	P
6118000120995	SCIPRALEX 10 MG	ESCITALOPRAM	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE SECABLE	132,30	132,30	82,40	82,40	ANTIDEPRESSEUR	G
6118000121008	SCIPRALEX 20 MG	ESCITALOPRAM	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE SECABLE	192,10	192,10	119,70	119,70	ANTIDEPRESSEUR	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001151356	S-CITAP 10 MG	ESCITALOPRAM	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	103,20	103,20	64,30	64,30	ANTIDEPRESSEUR	G
6118001151363	S-CITAP 10 MG	ESCITALOPRAM	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	154,30	154,30	96,10	96,10	ANTIDEPRESSEUR	G
6118001151370	S-CITAP 10 MG	ESCITALOPRAM	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 60 COMPRIME PELLICULE	271,00	271,00	169,20	169,20	ANTIDEPRESSEUR	G
6118001151394	S-CITAP 20 MG	ESCITALOPRAM	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	132,00	132,00	82,20	82,20	ANTIDEPRESSEUR	G
6118001151387	S-CITAP 20 MG	ESCITALOPRAM	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	193,00	193,00	120,20	120,20	ANTIDEPRESSEUR	G
6118001151349	S-CITAP 5 MG	ESCITALOPRAM	COMPRIME PELLICULE à 5 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	60,90	60,90	37,90	37,90	ANTIDEPRESSEUR	G
6118001151332	S-CITAP 5 MG	ESCITALOPRAM	COMPRIME PELLICULE à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	91,00	91,00	56,70	56,70	ANTIDEPRESSEUR	G
6118000340270	S-CORT 20 MG	PREDNISOLONE	COMPRIME EFFERVESCENT SECABLE à 20 MG	1 BOITE 20 COMPRIME EFFERVESCENT	34,70	34,70	21,70	21,70	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118001030842	SEBIVO 600 MG	TELBIVUDINE	COMPRIME PELLICULE à 600 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	2031,00	2031,00	1782,00	1782,00	ANTIVIRAL	P
6118000060154	SECTRAL	ACEBUTOLOL	COMPRIME PELLICULE à 200 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	37,80	37,80	23,60	23,60	BETABLOQUANT	P
6118000060598	SECTRAL	ACEBUTOLOL	COMPRIME PELLICULE à 400 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	104,60	104,60	65,40	65,40	BETABLOQUANT	P
6118001031443	SEEBRI BREEZHALER 50 µG	BROMURE DE GLYCOPYRRONIUM	POUDRE POUR INHALATION EN GELULE à 50 µG	1 BOITE 30 GELULE	489,00	489,00	323,00	323,00	ANTIASTHMATIQUES ET MEDICAMENTS DE LA BPCO	P
6118000230175	SEPCEN 250 MG	CIPROFLOXACINE	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	118,20	118,20	73,70	73,70	FLUOROQUINOLONE	G
6118000230182	SEPCEN 500 MG	CIPROFLOXACINE	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	210,00	210,00	131,00	131,00	FLUOROQUINOLONE	G
6118000230199	SEPCEN 750 MG	CIPROFLOXACINE	COMPRIME à 750 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	361,00	361,00	239,00	239,00	FLUOROQUINOLONE	G
6118000230205	SERDEP 20 MG	FLUOXETINE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 14 GELULE	89,70	89,70	55,90	55,90	ANTIDEPRESSEUR	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000230212	SERDEP 20 MG	FLUOXETINE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 28 GELULE	163,20	163,20	101,70	101,70	ANTIDEPRESSEUR	G
6118001141852	SERETIDE	FLUTICASONE / SALMETEROL	SUSPENSION POUR INHALATION à 50 / 25 µG / µG	1 FLACON 120 DOSE	140,00	123,00	87,50	76,90	ANTIASTHMATIQUE	P
6118001141869	SERETIDE 125	FLUTICASONE / SALMETEROL	SUSPENSION POUR INHALATION à 125 / 25 µG / µG	1 FLACON 120 DOSE	175,00	142,00	109,40	88,70	ANTIASTHMATIQUE	P
6118001141876	SERETIDE 250	FLUTICASONE / SALMETEROL	SUSPENSION POUR INHALATION à 250 / 25 µG / µG	1 FLACON 120 DOSE	218,00	185,00	136,20	115,60	ANTIASTHMATIQUE	P
6118001141098	SERETIDE DISKUS	FLUTICASONE / SALMETEROL	POUDRE POUR INHALATION à 100 / 50 µG / µG	1 DISTRIBUTEUR 60 DOSE	199,00	199,00	124,40	124,40	ANTIASTHMATIQUE	P
6118001141104	SERETIDE DISKUS	FLUTICASONE / SALMETEROL	POUDRE POUR INHALATION à 250 / 50 µG / µG	1 DISTRIBUTEUR 60 DOSE	248,00	248,00	155,00	155,00	ANTIASTHMATIQUE	P
6118001141111	SERETIDE DISKUS	FLUTICASONE / SALMETEROL	POUDRE POUR INHALATION à 500 / 50 µG / µG	1 DISTRIBUTEUR 60 DOSE	338,00	338,00	224,00	224,00	ANTIASTHMATIQUE	P
6118001141135	SEREVENT	SALMETEROL	SUSPENSION POUR INHALATION à 25 µG	1 FLACON 60 DOSE	298,40	298,40			BRONCHODILATEUR	P
6118001141128	SEREVENT	SALMETEROL	SUSPENSION POUR INHALATION à 25 µG	1 FLACON 120 DOSE	520,00	520,00			BRONCHODILATEUR	P
6118001184101	SEROHALE 125 µG	FLUTICASONE / SALMETEROL	SUSPENSION POUR INHALATION BUCCALE à 125 / 25 µG / µG	1 FLACON 120 DOSE	142,00	142,00	88,70	88,70	ANTIASTHMATIQUE	G
6118001184095	SEROHALE 250 µG	FLUTICASONE / SALMETEROL	SUSPENSION POUR INHALATION BUCCALE à 250 / 25 µG / µG	1 FLACON 120 DOSE	185,00	185,00	115,60	115,60	ANTIASTHMATIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001184118	SEROHALE 50 µG	FLUTICASONE / SALMETEROL	SUSPENSION POUR INHALATION BUCCALE à 50 / 25 µG / µG	1 FLACON 120 DOSE	123,00	123,00	76,90	76,90	ANTIASTHMATIQUE	G
6118001081370	SEROPLEX	ESCITALOPRAM	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 10 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	121,00	71,80	75,40	44,70	ANTIDEPRESSEUR	P
6118001081363	SEROPLEX	ESCITALOPRAM	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	240,00	126,00	149,50	78,50	ANTIDEPRESSEUR	P
6118001021307	SEROQUEL 100 MG	QUETIAPINE	COMPRIME PELLICULE à 100 MG	1 BOITE 60 COMPRIME PELLICULE	276,00	276,00	172,00	172,00	ANTIPSYCHOTIQUE	P
6118001021314	SEROQUEL 200 MG	QUETIAPINE	COMPRIME PELLICULE à 200 MG	1 BOITE 60 COMPRIME PELLICULE	552,00	552,00	365,00	365,00	ANTIPSYCHOTIQUE	P
6118001021338	SEROQUEL 25 MG	QUETIAPINE	COMPRIME PELLICULE à 25 MG	1 BOITE 60 COMPRIME PELLICULE	150,00	150,00	93,80	93,80	ANTIPSYCHOTIQUE	P
6118001021321	SEROQUEL 300 MG	QUETIAPINE	COMPRIME PELLICULE à 300 MG	1 BOITE 60 COMPRIME PELLICULE	870,00	870,00	576,00	576,00	ANTIPSYCHOTIQUE	P
6118000181132	SERTAM 50 MG	SERTRALINE	COMPRIME PELLICULE à 50 MG	1 BOITE 15 COMPRIME PELLICULE	71,00	71,00	44,20	44,20	ANTIDEPRESSEUR	G
6118000181149	SERTAM 50 MG	SERTRALINE	COMPRIME PELLICULE à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	110,60	110,60	68,90	68,90	ANTIDEPRESSEUR	G
6118000181156	SERTAM 50 MG	SERTRALINE	COMPRIME PELLICULE à 50 MG	1 BOITE 60 COMPRIME PELLICULE	201,00	201,00	125,20	125,20	ANTIDEPRESSEUR	G
6118000330189	SERTRALINE GT	SERTRALINE	COMPRIME PELLICULE à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	110,60	110,60	68,90	68,90	ANTIDEPRESSEUR	G
6118001121311	SEVREDOL	MORPHINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 10 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	35,00	35,00	21,80	21,80	ANALGESIQUE OPIOIDE	P
6118001121328	SEVREDOL	MORPHINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 20 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	60,60	60,60	37,80	37,80	ANALGESIQUE OPIOIDE	P
6118001101023	SICCAFLUID	CARBOMERE 474 P	GEL OPHTALMIQUE à 2.5 MG	1 FLACON 10 G	38,50	38,50	24,00	24,00	LARMES ARTIFICIELLES	P
6118001040568	SIFROL 0.26 MG	PRAMIPEXOLE	COMPRIME LP à 0.26 MG	1 BOITE 10 COMPRIME A LP	49,60	49,60	30,90	30,90	ANTIPARKINSONNIEN	P
6118001040575	SIFROL 0.26 MG	PRAMIPEXOLE	COMPRIME LP à 0.26 MG	1 BOITE 30 COMPRIME A LP	148,50	148,50	92,50	92,50	ANTIPARKINSONNIEN	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001040582	SIFROL 0.52 MG	PRAMIPEXOLE	COMPRIME LP à 0.52 MG	1 BOITE 10 COMPRIME A LP	99,00	99,00	61,70	61,70	ANTIPARKINSONNIEN	P
6118001040599	SIFROL 0.52 MG	PRAMIPEXOLE	COMPRIME LP à 0.52 MG	1 BOITE 30 COMPRIME A LP	294,00	294,00	195,20	195,20	ANTIPARKINSONNIEN	P
6118001040605	SIFROL 1.05 MG	PRAMIPEXOLE	COMPRIME LP à 1.05 MG	1 BOITE 10 COMPRIME A LP	197,50	197,50	123,00	123,00	ANTIPARKINSONNIEN	P
6118001040612	SIFROL 1.05 MG	PRAMIPEXOLE	COMPRIME LP à 1.05 MG	1 BOITE 30 COMPRIME A LP	589,00	589,00	390,00	390,00	ANTIPARKINSONNIEN	P
6118001040629	SIFROL 2.1 MG	PRAMIPEXOLE	COMPRIME LP à 2.1 MG	1 BOITE 30 COMPRIME A LP	1017,00	1017,00	714,00	714,00	ANTIPARKINSONNIEN	P
6118001184668	SIMPONI 50 MG	GOLIMUMAB	SOLUTION INJECTABLE à 50 MG	1 SERINGUE PREREMPLIE 0,5 ML	10386,00	10386,00	10163,00	10163,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	P
6118001184675	SIMPONI 50 MG	GOLIMUMAB	SOLUTION INJECTABLE à 50 MG	1 STYLO PRE-REMPLI 0,5 ML	10386,00	10386,00	10163,00	10163,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	P
6118000360087	SIMVACOL	SIMVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 40 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	73,40	73,40	45,90	45,90	HYPOLIPEMIANT	G
6118000360094	SIMVACOL	SIMVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 40 MG	1 BOITE 56 COMPRIME PELLICULE	129,20	129,20	80,70	80,70	HYPOLIPEMIANT	G
6118000330233	SIMVASTATINE GT	SIMVASTATINE	COMPRIME ENROBE à 20 MG	1 BOITE 20 COMPRIME ENROBE	35,80	35,80	22,40	22,40	HYPOLIPEMIANT	G
6118000330240	SIMVASTATINE GT	SIMVASTATINE	COMPRIME ENROBE à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME ENROBE	48,00	48,00	30,00	30,00	HYPOLIPEMIANT	G
6118000330264	SIMVASTATINE GT	SIMVASTATINE	COMPRIME ENROBE à 40 MG	1 BOITE 30 COMPRIME ENROBE	78,70	78,70	49,20	49,20	HYPOLIPEMIANT	G
6118000013167	SIMVASTATINE WIN 20 MG	SIMVASTATINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 20 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE SECABLE	25,10	25,10	15,70	15,70	HYPOLIPEMIANT	G
6118000062226	SIMVASTATINE WIN 20 MG	SIMVASTATINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 20 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE SECABLE	25,10	25,10	15,70	15,70	HYPOLIPEMIANT	G
6118000062233	SIMVASTATINE WIN 20 MG	SIMVASTATINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 20 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE SECABLE	44,20	44,20	27,60	27,60	HYPOLIPEMIANT	G
6118000013174	SIMVASTATINE WIN 20 MG	SIMVASTATINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 20 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE SECABLE	44,20	44,20	27,60	27,60	HYPOLIPEMIANT	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000062240	SIMVASTATINE WIN 40 MG	SIMVASTATINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 40 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE SECABLE	72,50	72,50	45,30	45,30	HYPOLIPEMIANT	G
6118000013150	SIMVASTATINE WIN 40 MG	SIMVASTATINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 40 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE SECABLE	72,50	72,50	45,30	45,30	HYPOLIPEMIANT	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001160174	SINGULAIR	MONTELUKAST	COMPRIME A CROQUER à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	303,00	207,00	201,00	129,60	ANTILEUCOTRIENE	P
6118001160181	SINGULAIR	MONTELUKAST	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	307,00	210,00	204,00	131,20	ANTILEUCOTRIENE	P
6118001160389	SINGULAIR	MONTELUKAST	GRANULE à 4 MG	1 BOITE 28 SACHET	297,00	202,00	197,80	126,40	ANTIASTHMATIQUE	P
6118000220145	SINTROM	ACENOCOUMAROL	COMPRIME QUADRISECABLE à 4 MG	1 BOITE 10 COMPRIME SECABLE	17,90	17,90	11,20	11,20	ANTICOAGULANT ORAL ANTIVITAMINE K	P
6118000180791	SIPROZONE	PREDNISOLONE	COMPRIME à 20 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	35,00	35,00	21,90	21,90	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118000200055	SK-F 12	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTE CONCENTRE	1 BIDON 5 L	72,00	71,70	45,00	44,80	HEMODIALYSE	P
6118000200048	SK-F 12	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTE CONCENTRE	1 BIDON 10 L	136,00	108,80	85,00	68,00	HEMODIALYSE	P
6118000200031	SK-F 203	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTE CONCENTRE	1 BIDON 5 L	65,60	65,60	41,00	41,00	HEMODIALYSE	P
6118000200017	SK-F 203	CONCENTRE POUR HEMODIALYSE	SOLUTE CONCENTRE	1 BIDON 10 L	240,00	161,40	150,00	100,90	HEMODIALYSE	P
6118000091585	SKINOSONE	BETAMETHASONE	CREME à 0.05 %	1 TUBE 15 G	14,30	14,30	8,90	8,90	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118000091592	SKINOSONE	BETAMETHASONE	POMMADE à 0.05 %	1 TUBE 15 G	16,80	16,80	10,50	10,50	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118000022091	SOCLAV	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 12 SACHET	93,00	93,00	57,90	57,90	PENICILLINE	G
6118000022107	SOCLAV	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 16 SACHET	124,00	124,00	77,30	77,30	PENICILLINE	G
6118000022947	SOCLAV 1G/125 MG	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 24 SACHET	163,70	163,70	102,00	102,00	PENICILLINE	G
6118000022152	SOCLAV ENFANT	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 / 62.5 MG / MG	1 BOITE 12 SACHET	58,90	58,90	36,70	36,70	PENICILLINE	G
6118000022169	SOCLAV ENFANT	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 / 62.5 MG / MG	1 BOITE 16 SACHET	77,90	77,90	48,50	48,50	PENICILLINE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000021964	SOCLAV ENFANT	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 100 / 12.5 MG / MG	1 FLACON 60 ML	63,00	63,00	39,20	39,20	PENICILLINE	G
6118000021971	SOCLAV NOURISSON	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 100 / 12.5 MG / MG	1 FLACON 30 ML	38,00	38,00	23,70	23,70	PENICILLINE	G
6118000180760	SODRIX 2.5MG	INDAPAMIDE	COMPRIME PELLICULE à 2.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	36,00	36,00	22,50	22,50	DIURETIQUE	G
6118000180753	SODRIX LP 1.5MG	INDAPAMIDE	COMPRIME PELLICULE LP à 1.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	34,20	34,20	21,40	21,40	DIURETIQUE	G
6118000061458	SOLIAN	AMISULPRIDE	COMPRIME SECABLE à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	85,10	59,50	53,00	37,10	NEUROLEPTIQUE	P
6118001081271	SOLIAN	AMISULPRIDE	COMPRIME SECABLE à 200 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	339,00	204,00	224,00	127,30	NEUROLEPTIQUE	P
6118001081783	SOLIAN	AMISULPRIDE	COMPRIME SECABLE à 200 MG	1 BOITE 60 COMPRIME SECABLE	587,00	587,00	389,00	389,00	NEUROLEPTIQUE	P
6118001081776	SOLIAN 100 MG	AMISULPRIDE	COMPRIME SECABLE à 100 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	139,60	90,70	87,00	56,50	NEUROLEPTIQUE	P
6118001081806	SOLIAN 100 MG/ML	AMISULPRIDE	SOLUTION BUVABLE à 100 MG/ML	1 FLACON 60 ML	365,00	365,00	242,00	242,00	NEUROLEPTIQUE	P
6118001081790	SOLIAN 400 MG	AMISULPRIDE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 400 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE SECABLE	556,00	295,00	368,00	184,20	NEUROLEPTIQUE	P
6118000021179	SOLICAM	PIROXICAM	GELULE à 10 MG	1 BOITE 10 GELULE	23,40	23,40	14,60	14,60	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000021209	SOLICAM	PIROXICAM	GELULE à 20 MG	1 BOITE 10 GELULE	35,70	35,70	22,20	22,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000021186	SOLICAM	PIROXICAM	GELULE à 10 MG	1 BOITE 28 GELULE	58,10	58,10	36,20	36,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000021193	SOLICAM	PIROXICAM	GELULE à 20 MG	1 BOITE 28 GELULE	91,80	91,80	57,20	57,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118001170326	SOLUMEDROL	METHYLPREDNISOLONE	POUDRE POUR PERFUSION à 500 MG	1 BOITE 10 FLACON	1368,00	1368,00	1100,00	1100,00	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118001170296	SOLUMEDROL	METHYLPREDNISOLONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 20 MG	1 BOITE 1 FLACON	16,40	15,00	10,20	9,40	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001170302	SOLUMEDROL	METHYLPREDNISOLONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 40 MG	1 BOITE 1 FLACON	24,30	22,00	15,20	13,70	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118001170319	SOLUMEDROL	METHYLPREDNISOLONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 120 MG	1 BOITE 1 FLACON	57,60	50,00	36,00	31,20	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118000060161	SOLUPRED	PREDNISOLONE	SOLUTION POUR GOUTTES BUVABLES à 1 MG	1 FLACON 50 ML	27,00	21,60	17,90	13,50	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118000060536	SOLUPRED	PREDNISOLONE	COMPRIME EFFERVESCENT à 20 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	58,40	58,40	36,50	36,50	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
6118000060178	SOLUPRED	PREDNISOLONE	COMPRIME EFFERVESCENT à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	33,30	28,00	20,80	17,50	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	P
	SOLUTION D'ALBUMINE HUMAINE-CNTS 200 mg/ ml-20 g/100 ml	ALBUMINE HUMAINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 200 MG	1 FLACON 100 ML	520,00	520,00	520,00	520,00	SUBSTITUT DU PLASMA	P
6118001070534	SOMATOSTATINE	SOMATOSTATINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 0,25 MG	1 BOITE 1 FLACON	417,00	417,00	276,00	276,00	HORMONE HYPOPHYSIAIRE ET HYPOTHALAMIQUE	P
6118001070541	SOMATOSTATINE	SOMATOSTATINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 3 MG	1 BOITE 1 FLACON	3205,00	3205,00	2850,00	2850,00	HORMONE HYPOPHYSIAIRE ET HYPOTHALAMIQUE	P
6118001071500	SOMATULINE LP 120 MG	LANREOTIDE	SOLUTION INJECTABLE LP à 120 MG	1 BOITE 1 SERINGUE PREREMPLIE	12747,00	12747,00	12505,00	12505,00	ANALOGUE DE LA SOMATOSTATINE	P
6118001071470	SOMATULINE LP 30 MG	LANREOTIDE	SOLUTION INJECTABLE à 30 MG	1 BOITE 1 FLACON	6437,00	6437,00	6167,00	6167,00	ANALOGUE DE LA SOMATOSTATINE	P
6118001071487	SOMATULINE LP 60MG	LANREOTIDE	SOLUTION INJECTABLE LP à 60 MG	1 BOITE 1 SERINGUE PREREMPLIE	8699,00	8699,00	8536,00	8536,00	ANALOGUE DE LA SOMATOSTATINE	P
6118001071494	SOMATULINE LP 90 MG	LANREOTIDE	SOLUTION INJECTABLE LP à 90 MG	1 BOITE 1 SERINGUE PREREMPLIE	10749,00	10749,00	10546,00	10546,00	ANALOGUE DE LA SOMATOSTATINE	P
6118000331773	SOPHOS 400 MG	SOFOBUVIR	COMPRIME PELLICULE à 400 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	3000,00	3000,00	2676,00	2676,00	ANTIVIRAL	G
6118001182763	SOTALEX	SOTALOL	COMPRIME SECABLE à 160 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	79,60	79,60	52,60	52,60	BETABLOQUANT	P
6118001300945	SOTRET 10 MG	ISOTRETINOINE	CAPSULE MOLLE à 10 MG	1 BOITE 10 CAPSULE MOLLE	49,40	49,40	30,80	30,80	ANTIACNEIQUE	G
6118001300952	SOTRET 10 MG	ISOTRETINOINE	CAPSULE MOLLE à 10 MG	1 BOITE 30 CAPSULE MOLLE	150,00	150,00	93,40	93,40	ANTIACNEIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001300969	SOTRET 20 MG	ISOTRETINOINE	CAPSULE MOLLE à 20 MG	1 BOITE 10 CAPSULE MOLLE	106,20	106,20	66,10	66,10	ANTIACNEIQUE	G
6118001300976	SOTRET 20 MG	ISOTRETINOINE	CAPSULE MOLLE à 20 MG	1 BOITE 30 CAPSULE MOLLE	249,00	249,00	155,70	155,70	ANTIACNEIQUE	G
6118000330219	SPASFON	TRIMETHYLPHLOROGLUCINOL / PHLOROGLUCINOL	COMPRIME ENROBE à 80 / 80 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME ENROBE	27,50	27,50	17,10	17,10	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	P
6118000330226	SPASFON	PHLOROGLUCINOL / TRIMETHYLPHLOROGLUCINOL	SUPPOSITOIRE à 150 / 150 MG / MG	1 BOITE 8 SUPPOSITOIRE	22,60	19,60	14,10	12,20	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	P
6118001271115	SPASFON 40 MG	PHLOROGLUCINOL / TRIMETHYLPHLOROGLUCINOL	SOLUTION INJECTABLE à 40 / 0.04 MG / MG	6 AMPOULE 4 ML	33,00	33,00	20,60	20,60	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	P
6118001271092	SPASFON LYOC	PHLOROGLUCINOL	LYOPHILISAT ORAL à 80 MG	1 BOITE 10 LYOPHILISAT ORAL	19,50	19,50	12,20	12,20	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	P
6118000090793	SPASMOPAN	N-BUTYL HYOSCINE	SOLUTION INJECTABLE à 20 MG	1 BOITE 6 AMPOULE INJECTABLE	17,70	17,70	11,10	11,10	ANTISPASMODIQUE ANTICHOLINERGIQUE	G
6118000090786	SPASMOPAN	N-BUTYL HYOSCINE	COMPRIME ENROBE à 10 MG	1 BOITE 40 COMPRIME ENROBE	20,00	20,00	12,50	12,50	ANTISPASMODIQUE ANTICHOLINERGIQUE	G
6118000090779	SPASMOPAN	N-BUTYL HYOSCINE	SUPPOSITOIRE à 10 MG	1 BOITE 6 SUPPOSITOIRE	10,80	10,80	6,80	6,80	ANTISPASMODIQUE ANTICHOLINERGIQUE	G
6118000040705	SPASMOPRIV	MEBEVERINE	GELULE à 100 MG	1 BOITE 20 GELULE	28,70	28,70	17,90	17,90	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	G
6118000040712	SPASMOPRIV	MEBEVERINE	COMPRIME SECABLE à 200 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	44,90	44,90	28,00	28,00	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	G
6118000180654	SPASMYL	TRIMEBUTINE	GRANULE POUR SUSPENSION BUVABLE à 0.787 %	1 FLACON 250 ML	23,00	23,00	14,30	14,30	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	G
6118001101658	SPECTRUM	CIPROFLOXACINE	SOLUTION POUR GOUTTE AURICULAIRE à 0.3 %	1 BOITE 1 FLACON	33,00	33,00	20,60	20,60	FLUOROQUINOLONE	G
6118001101412	SPECTRUM	CIPROFLOXACINE	SOLUTION INJECTABLE à 200 MG	1 BOITE 1 FLACON	159,00	159,00	99,10	99,10	FLUOROQUINOLONE	G
6118001101641	SPECTRUM	CIPROFLOXACINE	COLLYRE à 0.3 %	1 BOITE 1 FLACON	33,00	33,00	20,60	20,60	FLUOROQUINOLONE	G
6118000081937	SPECTRUM	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE SECABLE	160,00	160,00	99,70	99,70	FLUOROQUINOLONE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000081449	SPECTRUM 250	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	55,00	55,00	34,30	34,30	FLUOROQUINOLONE	G
6118000081456	SPECTRUM 500	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	89,00	89,00	55,40	55,40	FLUOROQUINOLONE	G
6118000081463	SPECTRUM 750	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 750 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	150,00	150,00	93,50	93,50	FLUOROQUINOLONE	G
6118000081470	SPECTRUM G	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 2 COMPRIME	40,00	40,00	24,90	24,90	FLUOROQUINOLONE	G
6118001102891	S-PERAM	ESCITALOPRAM	COMPRIME PELLICULE à 5 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	30,00	30,00	18,70	18,70	ANTIDEPRESSEUR	G
6118001102914	S-PERAM	ESCITALOPRAM	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	51,00	51,00	31,80	31,80	ANTIDEPRESSEUR	G
6118001102945	S-PERAM	ESCITALOPRAM	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	75,00	75,00	46,70	46,70	ANTIDEPRESSEUR	G
6118001102907	S-PERAM	ESCITALOPRAM	COMPRIME PELLICULE à 5 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	52,80	52,80	32,90	32,90	ANTIDEPRESSEUR	G
6118001102921	S-PERAM	ESCITALOPRAM	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	89,00	89,00	55,40	55,40	ANTIDEPRESSEUR	G
6118001102952	S-PERAM	ESCITALOPRAM	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	132,00	132,00	82,20	82,20	ANTIDEPRESSEUR	G
6118001102938	S-PERAM	ESCITALOPRAM	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	131,00	131,00	81,60	81,60	ANTIDEPRESSEUR	G
6118001102969	S-PERAM	ESCITALOPRAM	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	193,00	193,00	120,20	120,20	ANTIDEPRESSEUR	G
6118000040736	SPIRALIDE	SPIRAMYCINE	COMPRIME SECABLE à 3 MUI	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	73,90	73,90	46,10	46,10	MACROLIDE	G
6118000040729	SPIRALIDE	SPIRAMYCINE	COMPRIME SECABLE à 1.5 MUI	1 BOITE 16 COMPRIME PELLICULE	59,10	59,10	36,80	36,80	MACROLIDE	G
6118000040927	SPIRALIDE	SPIRAMYCINE	COMPRIME SECABLE à 3 MUI	1 BOITE 16 COMPRIME PELLICULE	112,20	112,20	69,90	69,90	MACROLIDE	G
6118000040743	SPIRAZOLE	SPIRAMYCINE / METRONIDAZOLE	COMPRIME PELLICULE à 0.75 / 125 MUI / MG	1 BOITE 30 COMPRIME	77,00	77,00	48,00	48,00	ANTIBACTERIEN	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001040223	SPIRIVA	TIOTROPIUM	GELULE INHALEE à 18 µG	1 BOITE 30 GELULE	571,00	571,00	378,00	378,00	BRONCHODILATEUR	P
6118001040216	SPIRIVA 18 µG	TIOTROPIUM	GELULE INHALEE à 18 µG	1 BOITE 30 GELULE INHALEE + INHALATEUR	571,00	571,00	378,00	378,00	BRONCHODILATEUR	P
6118000094494	SSB 400 MG	SOFOSBUVIR	COMPRIME PELLICULE à 400 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	3000,00	3000,00	2676,00	2676,00	ANTIVIRAL	G
6118000100171	STABLON	TIANEPTINE	COMPRIME ENROBE à 12.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	116,50	116,50	72,60	72,60	ANTIDEPRESSEUR	P
6118000021285	STAGID	METFORMINE	COMPRIME SECABLE à 280 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	36,20	36,20	22,60	22,60	ANTIDIABETIQUES	G
6118000021292	STAGID	METFORMINE	COMPRIME SECABLE à 280 MG	1 BOITE 100 COMPRIME	107,60	107,60	67,20	67,20	ANTIDIABETIQUES	G
6118001030712	STALEVO 100/25/200 MG	ENTACAPONE / LEVODOPA / CARBIDOPA	COMPRIME PELLICULE à 200 / 100 / 25 MG / MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	407,00	407,00	269,00	269,00	ANTIPARKINSONNIEN	P
6118001030729	STALEVO 100/25/200 MG	ENTACAPONE / LEVODOPA / CARBIDOPA	COMPRIME PELLICULE à 200 / 100 / 25 MG / MG / MG	1 BOITE 100 COMPRIME PELLICULE	1089,00	1089,00	788,00	788,00	ANTIPARKINSONNIEN	P
6118001030736	STALEVO 150/37.5/200 MG	ENTACAPONE / LEVODOPA / CARBIDOPA	COMPRIME PELLICULE à 200 / 150 / 37.50 MG / MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	419,00	419,00	277,00	277,00	ANTIPARKINSONNIEN	P
6118001030743	STALEVO 150/37.5/200 MG	ENTACAPONE / LEVODOPA / CARBIDOPA	COMPRIME PELLICULE à 200 / 150 / 37.50 MG / MG / MG	1 BOITE 100 COMPRIME PELLICULE	1113,00	1113,00	812,00	812,00	ANTIPARKINSONNIEN	P
6118001030699	STALEVO 50/12.5/200 MG	ENTACAPONE / LEVODOPA / CARBIDOPA	COMPRIME PELLICULE à 200 / 50 / 12.50 MG / MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	402,00	402,00	266,00	266,00	ANTIPARKINSONNIEN	P
6118001030705	STALEVO 50/12.5/200 MG	ENTACAPONE / LEVODOPA / CARBIDOPA	COMPRIME PELLICULE à 200 / 50 / 12.50 MG / MG / MG	1 BOITE 100 COMPRIME PELLICULE	1080,00	1080,00	779,00	779,00	ANTIPARKINSONNIEN	P
6118000161202	STAPHYPEN	FLUCLOXACILLINE	POUDRE POUR USAGE PARENTERAL à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	22,90	19,90	14,30	12,40	PENICILLINE	P
6118000161219	STAPHYPEN	FLUCLOXACILLINE	POUDRE POUR USAGE PARENTERAL à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON	13,10	11,70	8,20	7,30	PENICILLINE	P
6118000160861	STAPHYPEN	FLUCLOXACILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 FLACON 100 ML	35,70	29,60	22,20	18,40	PENICILLINE	P
6118000160878	STAPHYPEN	FLUCLOXACILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 100 ML	70,40	68,40	43,90	42,60	PENICILLINE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000160885	STAPHYPEN	FLUCLOXACILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 12 GELULE	68,30	50,00	42,60	31,10	PENICILLINE	P
6118000160892	STAPHYPEN	FLUCLOXACILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 24 GELULE	125,40	116,40	78,20	72,50	PENICILLINE	P
6118000280125	STARMOX	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 FLACON 60 ML	15,30	15,30	9,50	9,50	PENICILLINE	G
6118000280132	STARMOX	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 60 ML	23,00	23,00	14,30	14,30	PENICILLINE	G
6118000280149	STARMOX	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 MG	1 FLACON 60 ML	32,50	32,50	20,20	20,20	PENICILLINE	G
6118000280170	STARMOX	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 1 G	1 BOITE 12 COMPRIME	55,00	55,00	34,30	34,30	PENICILLINE	G
6118000280163	STARMOX	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 1 G	1 BOITE 16 COMPRIME	73,00	73,00	45,50	45,50	PENICILLINE	G
6118000280118	STARMOX	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 500 MG	1 BOITE 12 COMPRIME	34,60	34,60	21,50	21,50	PENICILLINE	G
6118000280156	STARMOX	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 500 MG	1 BOITE 16 COMPRIME	46,10	46,10	28,70	28,70	PENICILLINE	G
6118000021612	STARPEN	PHENOXYMETHYLPENICILLINE BENZATHINE	GRANULE POUR SUSPENSION BUVABLE à 0.4 MUI	1 FLACON 100 ML	39,50	39,50	24,60	24,60	PENICILLINE	G
6118000020837	STARPEN	PHENOXYMETHYLPENICILLINE BENZATHINE	GRANULE POUR SUSPENSION BUVABLE à 0.25 MUI	1 FLACON 120 ML	27,50	27,50	17,20	17,20	PENICILLINE	G
6118000020639	STARPEN	PHENOXYMETHYLPENICILLINE BENZATHINE	COMPRIME PELLICULE à 1 MUI	1 BOITE 12 COMPRIME	32,90	32,90	20,50	20,50	PENICILLINE	G
6118000380399	STARVAL	VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 80 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	74,70	74,70	46,70	46,70	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000380412	STARVAL	VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 160 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	87,60	87,60	54,70	54,70	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000380405	STARVAL	VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 80 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	131,50	131,50	82,20	82,20	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000380429	STARVAL	VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 160 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	175,20	175,20	109,50	109,50	ANTIHYPERTENSEUR	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000280187	STARZOL	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 1 GELULE	26,50	26,50	16,50	16,50	ANTIFONGIQUE	G
6118000280248	STARZOL	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 1 GELULE	26,50	26,50	16,50	16,50	ANTIFONGIQUE	G
6118000280255	STARZOL	FLUCONAZOLE	GELULE à 50 MG	1 BOITE 3 GELULE	31,00	31,00	19,30	19,30	ANTIFONGIQUE	G
6118000280194	STARZOL	FLUCONAZOLE	GELULE à 50 MG	1 BOITE 3 GELULE	31,00	31,00	19,30	19,30	ANTIFONGIQUE	G
6118000280262	STARZOL	FLUCONAZOLE	GELULE à 50 MG	1 BOITE 7 GELULE	76,40	76,40	47,60	47,60	ANTIFONGIQUE	G
6118000280200	STARZOL	FLUCONAZOLE	GELULE à 50 MG	1 BOITE 7 GELULE	76,40	76,40	47,60	47,60	ANTIFONGIQUE	G
6118000120230	STATICOL	SIMVASTATINE	COMPRIME ENROBE SECABLE à 20 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	50,00	50,00	31,20	31,20	HYPOLIPEMIANT	G
6118000120247	STATICOL	SIMVASTATINE	COMPRIME ENROBE SECABLE à 20 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	91,00	91,00	56,90	56,90	HYPOLIPEMIANT	G
6118000241607	STATOR 20 MG	SIMVASTATINE	COMPRIME ENROBE à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME ENROBE	90,00	90,00	56,20	56,20	HYPOLIPEMIANT	G
6118000242048	STATOR 20 MG	SIMVASTATINE	COMPRIME ENROBE à 20 MG	1 BOITE 60 COMPRIME ENROBE	170,00	170,00	106,20	106,20	HYPOLIPEMIANT	G
6118000241638	STATOR 40 MG	SIMVASTATINE	COMPRIME ENROBE à 40 MG	1 BOITE 30 COMPRIME ENROBE	171,00	171,00	106,90	106,90	HYPOLIPEMIANT	G
6118001300822	STAXOM 400 MG	MOXIFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 400 MG	1 BOITE 5 COMPRIME PELLICULE	197,00	197,00	122,70	122,70	FLUOROQUINOLONE	G
6118001300839	STAXOM 400 MG	MOXIFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 400 MG	1 BOITE 7 COMPRIME PELLICULE	267,00	267,00	166,70	166,70	FLUOROQUINOLONE	G
6118000021254	STEROGL 15 H	ERGOCALCIFEROL (VITAMINE D2)	SOLUTION BUVABLE ET INJECTABLE à 0.6 MUI	1 AMPOULE 1,5 ML	13,00	13,00	8,10	8,10	VITAMINES	P
6118001070848	STEROGL GOUTTES	ERGOCALCIFEROL (VITAMINE D2)	SOLUTION POUR GOUTTES BUVABLES à 2 MUI	1 FLACON 20 ML	20,00	20,00	12,50	12,50	VITAMINES	P
6118000061465	STILNOX	ZOLPIDEM	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 10 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	56,60	45,00	35,20	28,00	HYPNOTIQUE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000061830	STILNOX CR	ZOLPIDEM	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 6.25 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	98,00	98,00	61,10	61,10	HYPNOTIQUE	P
6118000061823	STILNOX CR	ZOLPIDEM	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 12.5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	122,00	122,00	76,00	76,00	HYPNOTIQUE	P
6118001160198	STOCRIN	EFAVIRENZ	COMPRIME ENROBE à 600 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	705,00	422,00	468,00	281,00	ANTIVIRAL	P
6118000090816	STREPTOCID	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 FLACON 60 ML	15,30	15,30	9,50	9,50	PENICILLINE	G
6118000090830	STREPTOCID	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 60 ML	23,90	23,90	14,90	14,90	PENICILLINE	G
6118000090878	STREPTOCID	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 MG	1 FLACON 60 ML	33,60	33,60	21,00	21,00	PENICILLINE	G
6118000090847	STREPTOCID	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 100 ML	32,00	32,00	19,90	19,90	PENICILLINE	G
6118000090885	STREPTOCID	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 MG	1 FLACON 100 ML	47,10	47,10	29,30	29,30	PENICILLINE	G
6118000090809	STREPTOCID	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 1 G	1 BOITE 12 COMPRIME DISPERSIBLE	55,00	55,00	34,30	34,30	PENICILLINE	G
	STREPTOCID	AMOXICILLINE	COMPRIME à 1 G	1 BOITE 12 COMPRIME	55,00	55,00	34,30	34,30	PENICILLINE	G
6118000090823	STREPTOCID	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 250 MG	1 BOITE 12 COMPRIME DISPERSIBLE	32,60	32,60	20,30	20,30	PENICILLINE	G
6118000090861	STREPTOCID	AMOXICILLINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 500 MG	1 BOITE 12 COMPRIME DISPERSIBLE	34,60	34,60	21,50	21,50	PENICILLINE	G
6118000090854	STREPTOCID	AMOXICILLINE	GELULE à 500 MG	1 BOITE 12 GELULE	34,60	34,60	21,50	21,50	PENICILLINE	G
6118000093503	STREPTOCID SANS SUCRE 125 MG/5 ML	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 FLACON 60 ML	15,30	15,30	9,50	9,50	PENICILLINE	G
	STREPTOCID SANS SUCRE 250 MG/5 ML	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 60 ML	23,00	23,00	14,30	14,30	PENICILLINE	G
6118000093510	STREPTOCID SANS SUCRE 250 MG/5 ML	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 100 ML	32,00	32,00	19,90	19,90	PENICILLINE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000093541	STREPTOCID SANS SUCRE 500 MG/5 ML	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 MG	1 FLACON 60 ML	32,50	32,50	20,20	20,20	PENICILLINE	G
6118000093534	STREPTOCID SANS SUCRE 500 MG/5 ML	AMOXICILLINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 500 MG	1 FLACON 100 ML	47,10	47,10	29,30	29,30	PENICILLINE	G
6118000140450	SULFAPRIM	SULFAMETHOXAZOLE / TRIMETHOPRIME	SUSPENSION BUVABLE à 4 / 800 G / MG	1 FLACON 100 ML	18,30	18,30	11,40	11,40	SULFAMIDE	G
6118000140467	SULFAPRIM FORT	SULFAMETHOXAZOLE / TRIMETHOPRIME	COMPRIME à 800 / 160 MG / MG	1 BOITE 20 COMPRIME	26,50	26,50	16,50	16,50	SULFAMIDE	G
6118000090908	SULFOBACTIN	THIAMPHENICOL	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 16 COMPRIME	27,50	27,50	17,20	17,20	PHENICOLE	G
6118000090915	SULFOBACTIN	THIAMPHENICOL	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	67,80	67,80	42,30	42,30	PHENICOLE	G
6118000093558	SULFOBACTIN	THIAMPHENICOL	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 40 COMPRIME	57,10	57,10	35,60	35,60	PHENICOLE	G
6118000090922	SULFOBACTIN	THIAMPHENICOL	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 50 COMPRIME	134,60	134,60	83,90	83,90	PHENICOLE	G
6118000180845	SULPIAN	SULPIRIDE	GELULE à 200 MG	1 BOITE 20 GELULE	86,70	86,70	54,00	54,00	NEUROLEPTIQUE	G
6118000180609	SULPIDAL	SULPIRIDE	GELULE à 50 MG	1 BOITE 20 GELULE	29,50	29,50	18,40	18,40	NEUROLEPTIQUE	G
6118000130383	SULRID	SULPIRIDE	COMPRIME à 50 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	26,00	26,00	16,20	16,20	NEUROLEPTIQUE	G
6118000130901	SUPRALER	LEVOCETIRIZINE	COMPRIME ENROBE à 5 MG	1 BOITE 7 COMPRIME ENROBE	25,30	25,30	15,80	15,80	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000130918	SUPRALER	LEVOCETIRIZINE	COMPRIME ENROBE à 5 MG	1 BOITE 14 COMPRIME ENROBE	45,20	45,20	28,20	28,20	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000130925	SUPRALER	LEVOCETIRIZINE	COMPRIME ENROBE à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME ENROBE	90,50	90,50	56,40	56,40	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000070795	SUPRIMASE	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 1 GELULE	29,90	29,90	18,60	18,60	ANTIFONGIQUE	G
6118000070894	SUPRIMASE	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 4 GELULE	79,00	79,00	49,20	49,20	ANTIFONGIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000070801	SUPRIMASE	FLUCONAZOLE	GELULE à 50 MG	1 BOITE 7 GELULE	94,90	94,90	59,10	59,10	ANTIFONGIQUE	G
6118000070900	SUPRIMASE DUO	FLUCONAZOLE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 2 GELULE	49,90	49,90	31,10	31,10	ANTIFONGIQUE	G
6118000060857	SURGAM	ACIDE TIAPROFENIQUE	COMPRIME SECABLE à 200 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	55,40	40,00	34,50	24,90	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000060864	SURGAM	ACIDE TIAPROFENIQUE	COMPRIME SECABLE à 100 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	34,00	30,00	21,20	18,70	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000012450	SURGESTONE	PROMEGESTONE	COMPRIME à 0.25 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	71,90	71,90	47,50	47,50	PROGESTATIF	P
6118000012467	SURGESTONE	PROMEGESTONE	COMPRIME à 0.5 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	113,30	113,30	74,90	74,90	PROGESTATIF	P
6118001183029	SURMONTIL	TRIMIPRAMINE	SOLUTION POUR GOUTTES BUVABLES à 4 %	1 FLACON 30 ML	54,30	54,30	33,80	33,80	ANTIDEPRESSEUR	P
6118001183036	SURMONTIL	TRIMIPRAMINE	COMPRIME SECABLE à 25 MG	1 BOITE 50 COMPRIME ENROBE	49,50	49,50	30,80	30,80	ANTIDEPRESSEUR	P
6118001170722	SUTENT	SUNITINIB	GELULE à 12.5 MG	1 BOITE 30 GELULE	9920,00	9920,00	9733,00	9733,00	INHIBITEUR DE TYROSINE KINASE	P
6118001170739	SUTENT	SUNITINIB	GELULE à 25 MG	1 BOITE 30 GELULE	19440,00	19440,00	19066,00	19066,00	INHIBITEUR DE TYROSINE KINASE	P
6118001170746	SUTENT	SUNITINIB	GELULE à 50 MG	1 BOITE 30 GELULE	38480,00	38480,00	37733,00	37733,00	INHIBITEUR DE TYROSINE KINASE	P
6118001020935	SYMBICORT TURBUHALER	BUDESONIDE / FORMOTEROL	POUDRE POUR INHALATION à 400 / 12 µG / µG	1 FLACON 60 DOSE	297,00	297,00	197,80	197,80	ANTIASTHMATIQUE	P
6118001020928	SYMBICORT TURBUHALER	BUDESONIDE / FORMOTEROL	POUDRE POUR INHALATION à 100 / 6 µG / µG	1 FLACON 120 DOSE	243,00	243,00	151,90	151,90	ANTIASTHMATIQUE	P
6118001020706	SYMBICORT TURBUHALER	BUDESONIDE / FORMOTEROL	POUDRE POUR INHALATION à 200 / 6 µG / µG	1 FLACON 120 DOSE	297,00	297,00	197,80	197,80	ANTIASTHMATIQUE	P
6118001030484	SYNACTHENE	TETRACOSACTIDE	SUSPENSION INJECTABLE à 1 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	47,30	47,30	29,50	29,50	HORMONE CORTICOTROPE	P
6118001142392	SYNFLORIX	POLYOSIDES PNEUMOCOCCIQUES	SUSPENSION INJECTABLE	1 SERINGUE PREREMPLIE 0,5 ML	531,00	531,00	351,00	351,00	VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001101511	SYNNAX	LAMOTRIGINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	33,50	33,50	20,90	20,90	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	G
6118001101559	SYNNAX	LAMOTRIGINE	COMPRIME à 25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	76,00	76,00	47,30	47,30	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	G
6118001101542	SYNNAX	LAMOTRIGINE	COMPRIME à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	150,00	150,00	93,50	93,50	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	G
6118001101573	SYNNAX	LAMOTRIGINE	COMPRIME à 100 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	196,00	196,00	122,10	122,10	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	G
6118001101528	SYNNAX	LAMOTRIGINE	COMPRIME DISPERSIBLE à 5 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	59,00	59,00	36,80	36,80	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	G
6118001101566	SYNNAX	LAMOTRIGINE	COMPRIME à 25 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	133,70	133,70	83,30	83,30	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	G
6118001101535	SYNNAX	LAMOTRIGINE	COMPRIME à 50 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	283,00	283,00	187,90	187,90	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	G
6118001101580	SYNNAX	LAMOTRIGINE	COMPRIME à 100 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	324,00	324,00	214,00	214,00	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	G
6118001120857	SYNTOCINON	OXYTOCINE	SOLUTION INJECTABLE à 5 UI	3 AMPOULE 1 ML	17,20	17,20	10,70	10,70	OCYTOCIQUE	P
6118001271276	TABUNEX 0.05 %	MOMETASONE	SUSPENSION POUR PULVERISATION NASALE à 50 µG	1 FLACON 120 DOSE	110,00	110,00	68,50	68,50	ANTI-INFLAMMATOIRE STEROIDIEN	G
6118001010240	TAFEN	TAMOXIFENE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	50,00	50,00			HORMONOTHERAPIE	G
6118001010233	TAFEN	TAMOXIFENE	COMPRIME à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	124,30	124,30	77,70	77,70	HORMONOTHERAPIE	G
6118001170470	TAHOR	ATORVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	49,00	44,00	30,60	27,50	HYPOLIPEMIANT	P
6118000250340	TAHOR	ATORVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	79,00	72,80	49,40	45,50	HYPOLIPEMIANT	P
6118000250807	TAHOR	ATORVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	119,00	119,00	74,40	74,40	HYPOLIPEMIANT	P
6118001170807	TAHOR	ATORVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 80 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	219,00	133,60	136,90	83,50	HYPOLIPEMIANT	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001170791	TAHOR	ATORVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 40 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	179,00	179,00	111,90	111,90	HYPOLIPEMIANT	P
6118000250722	TAHOR	ATORVASTATINE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 56 COMPRIME	149,00	149,00	93,10	93,10	HYPOLIPEMIANT	P
6118000280675	TAMBOCOR 100 MG	FLECAINIDE	COMPRIME SECABLE à 100 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	100,70	100,70	62,90	62,90	ANTIARYTHMIQUE	P
6118001050529	TAMIFLU	OSELTAMIVIR	GELULE à 75 MG	1 BOITE 10 GELULE	332,00	200,00	220,00	124,60	ANTIVIRAL	P
6118001270378	TAMOXIFENE GT 20 MG	TAMOXIFENE	COMPRIME à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	124,30	124,30	77,70	77,70	HORMONOTHERAPIE	G
6118001380138	TAMOXIFENE GT 20 MG	TAMOXIFENE	COMPRIME à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	124,30	124,30	77,70	77,70	HORMONOTHERAPIE	G
6118001020461	TAMOXIFENE MYLAN	TAMOXIFENE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	78,60	78,60	49,10	49,10	HORMONOTHERAPIE	G
6118001020478	TAMOXIFENE MYLAN	TAMOXIFENE	COMPRIME à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	124,30	124,30	77,70	77,70	HORMONOTHERAPIE	G
6118000013204	TAMSULOSINE WIN L.P 0.4 MG	TAMSULOSINE	GELULE A LP à 0.4 MG	1 BOITE 30 GELULE LP	98,00	98,00	61,10	61,10	ALPHA-BLOQUANT UROSELECTIF	G
6118000062257	TAMSULOSINE WIN L.P 0.4 MG	TAMSULOSINE	GELULE A LP à 0.4 MG	1 BOITE 30 GELULE LP	98,00	98,00	61,10	61,10	ALPHA-BLOQUANT UROSELECTIF	G
6118000071563	TANZAAR 100	LOSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 100 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	153,00	153,00	95,60	95,60	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000071549	TANZAAR 50	LOSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 50 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	42,00	42,00	26,20	26,20	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000071556	TANZAAR 50	LOSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 50 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	81,00	81,00	50,60	50,60	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118001050789	TARCEVA 100 MG	ERLOTINIB	COMPRIME PELLICULE à 100 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	14878,00	14878,00	14595,00	14595,00	INHIBITEUR DE TYROSINE KINASE	P
6118001050796	TARCEVA 150 MG	ERLOTINIB	COMPRIME PELLICULE à 150 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	18463,00	18463,00	18109,00	18109,00	INHIBITEUR DE TYROSINE KINASE	P
6118001100613	TARDYFERON	FER	COMPRIME ENROBE à 80 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	40,50	40,50	25,20	25,20	ANTIAnémique	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001100620	TARDYFERON B9	ACIDE FOLIQUE / FER	COMPRIME ENROBE à 0.35 / 50 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME	51,60	51,60	32,10	32,10	ANTIANEMIQUE	P
6118001030033	TAREG	VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 160 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	120,50	104,30	75,30	65,20	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001030026	TAREG	VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 80 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	84,40	74,70	52,80	46,70	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001030316	TAREG	VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 80 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	131,50	131,50	82,20	82,20	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001030309	TAREG	VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 160 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	180,30	175,20	112,70	109,50	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001030323	TAREG	VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 40 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	98,40	78,80	61,50	49,30	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	P
6118001080137	TARGOCID	TEICOPLANINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 200 MG	1 BOITE 1 AMPOULE	288,00	288,00	179,50	179,50	GLYCOPEPTIDE	P
6118001080144	TARGOCID	TEICOPLANINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 400 MG	1 BOITE 1 AMPOULE	513,00	513,00	340,00	340,00	GLYCOPEPTIDE	P
6118001030798	TASIGNA 200MG	NILOTINIB	CAPSULE à 200 MG	1 BOITE 112 CAPSULE	33153,00	33153,00	32511,00	32511,00	INHIBITEUR DE TYROSINE KINASE	P
6118001080687	TAVANIC	LEVOFLOXACINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 500 MG	1 FLACON 100 ML	373,00	304,00	247,00	201,00	FLUOROQUINOLONE	P
6118001080670	TAVANIC	LEVOFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 500 MG	1 BOITE 5 COMPRIME	145,00	105,00	90,30	65,40	FLUOROQUINOLONE	P
6118001080830	TAVANIC	LEVOFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 500 MG	1 BOITE 7 COMPRIME	205,00	112,00	127,70	69,80	FLUOROQUINOLONE	P
6118001182770	TAXOL	PACLITAXEL	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 30 MG	1 FLACON 5 ML	619,00	619,00	411,00	411,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001080700	TAXOTERE 20 MG/0.5 ML	DOCETAXEL	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 20 MG	1 FLACON 0,5 ML	1057,00	821,00	779,00	546,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001080717	TAXOTERE 80 MG/2 ML	DOCETAXEL	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 80 MG	1 FLACON 2 ML	3096,00	2521,00	2776,00	2183,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001182237	TAZOCILLINE	PIPERACILLINE / TAZOBACTAM	POUDRE POUR PERFUSION à 2 / 250 G / MG	1 BOITE 1 FLACON	177,70	60,60	117,50	37,80	PENICILLINE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001182244	TAZOCILLINE	PIPERACILLINE / TAZOBACTAM	POUDRE POUR PERFUSION à 4 / 500 G / MG	1 BOITE 1 FLACON	256,00	166,60	159,70	103,80	PENICILLINE	P
6118001000265	TECAN	IRINOTECAN	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 100 MG	1 BOITE 1 FLACON	1313,00	1313,00	1043,00	1043,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118000071464	TECPRIL	RAMIPRIL	GELULE à 1.25 MG	1 BOITE 30 GELULE	40,00	40,00	25,00	25,00	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000071471	TECPRIL	RAMIPRIL	GELULE à 2.5 MG	1 BOITE 30 GELULE	50,00	50,00	31,20	31,20	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000071488	TECPRIL	RAMIPRIL	GELULE à 5 MG	1 BOITE 30 GELULE	63,00	63,00	39,40	39,40	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000071495	TECPRIL	RAMIPRIL	GELULE à 10 MG	1 BOITE 30 GELULE	120,00	120,00	75,00	75,00	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118001030019	TEGRETOL	CARBAMAZEPINE	COMPRIME SECABLE à 200 MG	1 BOITE 50 COMPRIME SECABLE	81,10	56,00	50,50	34,90	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	P
6118001030347	TEGRETOL LP	CARBAMAZEPINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE A LP à 400 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE SECABLE	95,90	65,00	59,70	40,50	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	P
6118001030330	TEGRETOL LP	CARBAMAZEPINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE A LP à 200 MG	1 BOITE 50 COMPRIME PELLICULE SECABLE	89,90	60,00	56,00	37,40	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	P
6118001101085	TEGUMA	TERBINAFINE	SOLUTION POUR APPLICATION LOCALE à 1 %	1 FLACON 30 ML	70,00	70,00	43,60	43,60	ANTIFONGIQUE	G
6118001101061	TEGUMA	TERBINAFINE	CREME à 1 %	1 TUBE 15 G	45,00	45,00	28,00	28,00	ANTIFONGIQUE	G
6118001101078	TEGUMA	TERBINAFINE	CREME à 1 %	1 TUBE 30 G	70,00	70,00	43,60	43,60	ANTIFONGIQUE	G
6118001101030	TEGUMA	TERBINAFINE	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 7 COMPRIME	65,00	65,00	40,50	40,50	ANTIFONGIQUE	G
6118001101047	TEGUMA	TERBINAFINE	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	120,00	120,00	74,80	74,80	ANTIFONGIQUE	G
6118001101054	TEGUMA	TERBINAFINE	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	199,00	199,00	124,00	124,00	ANTIFONGIQUE	G
6118000011576	TEMESTA	LORAZEPAM	COMPRIME SECABLE à 2.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	29,50	21,00	18,40	13,10	ANXIOLYTIQUE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000011569	TEMESTA	LORAZEPAM	COMPRIME SECABLE à 1 MG	1 BOITE 50 COMPRIME	23,00	23,00	14,40	14,40	ANXIOLYTIQUE	P
6118001150311	TEMGESIC	BUPRENORPHINE	SOLUTION INJECTABLE à 0.3 MG/ML	1 BOITE 10 AMPOULE INJECTABLE	258,00	258,00	160,80	160,80	ANALGESIQUE OPIOIDE	P
6118001150304	TEMGESIC	BUPRENORPHINE	COMPRIME SUBLINGUAL à 0.2 MG	1 BOITE 50 COMPRIME	200,00	200,00	125,20	125,20	ANALGESIQUE OPIOIDE	P
6118001151127	TEMODAL	TEMOZOLOMIDE	GELULE à 5 MG	1 FLACON 5 GELULE	219,00	219,00	137,00	137,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001151134	TEMODAL	TEMOZOLOMIDE	GELULE à 20 MG	1 FLACON 5 GELULE	840,00	840,00	558,00	558,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001151141	TEMODAL	TEMOZOLOMIDE	GELULE à 100 MG	1 FLACON 5 GELULE	3156,00	3156,00	2837,00	2837,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001151158	TEMODAL	TEMOZOLOMIDE	GELULE à 250 MG	1 FLACON 5 GELULE	6392,00	6392,00	6168,00	6168,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118000310297	TENOCAN	ATENOLOL	COMPRIME à 100 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	83,10	83,10	51,90	51,90	BETABLOQUANT	G
6118001182343	TENORDATE	NIFEDIPINE / ATENOLOL	GELULE à 20 / 50 MG / MG	1 BOITE 30 GELULE	148,20	148,20	92,70	92,70	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001182350	TENORETIC	ATENOLOL / CHLORTALIDONE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 50 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME	68,10	68,10	42,60	42,60	ANTIHYPERTENSEUR	P
6118001182367	TENORMINE	ATENOLOL	SOLUTION INJECTABLE à 5 MG	1 BOITE 5 AMPOULE INJECTABLE	75,30	75,30	49,80	49,80	BETABLOQUANT	P
6118000011583	TENORMINE	ATENOLOL	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 100 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	46,50	34,70	29,00	21,70	BETABLOQUANT	P
6118000011590	TENORMINE	ATENOLOL	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 100 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	83,10	83,10	51,90	51,90	BETABLOQUANT	P
6118000120650	TENSIOTEC	RAMIPRIL	GELULE à 2.5 MG	1 BOITE 30 GELULE	46,00	46,00	28,70	28,70	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000120667	TENSIOTEC	RAMIPRIL	GELULE à 5 MG	1 BOITE 30 GELULE	57,00	57,00	35,60	35,60	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000120674	TENSIOTEC	RAMIPRIL	GELULE à 10 MG	1 BOITE 30 GELULE	114,00	114,00	71,20	71,20	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000093565	TERPHACYCLINE	TETRACYCLINE	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	40,30	40,30	25,10	25,10	TETRACYCLINE	G
6118000012474	TERALITHE	LITHIUM	COMPRIME SECABLE à 250 MG	1 BOITE 100 COMPRIME	67,60	67,60	42,10	42,10	NORMOTHYMIQUE	P
6118000060895	TERALITHE	LITHIUM	COMPRIME SECABLE à 250 MG	1 BOITE 100 COMPRIME	67,60	67,60	42,10	42,10	NORMOTHYMIQUE	P
6118001270293	TERBINAFINE GT	TERBINAFINE	COMPRIME SECABLE à 250 MG	1 BOITE 7 COMPRIME	75,00	75,00	46,70	46,70	ANTIFONGIQUE	G
6118001270309	TERBINAFINE GT	TERBINAFINE	COMPRIME SECABLE à 250 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	142,00	142,00	88,50	88,50	ANTIFONGIQUE	G
6118001270316	TERBINAFINE GT	TERBINAFINE	COMPRIME SECABLE à 250 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	269,00	269,00	167,60	167,60	ANTIFONGIQUE	G
6118000242109	TERFINE 250 MG PROMOPHARM	TERBINAFINE	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 7 COMPRIME	62,00	62,00	38,60	38,60	ANTIFONGIQUE	G
6118000242116	TERFINE 250 MG PROMOPHARM	TERBINAFINE	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	111,00	111,00	69,20	69,20	ANTIFONGIQUE	G
6118000242123	TERFINE 250 MG PROMOPHARM	TERBINAFINE	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	199,00	199,00	124,00	124,00	ANTIFONGIQUE	G
6118000022664	TERIX	TERBINAFINE	CREME à 1 %	1 BOITE 15 G	37,00	37,00	23,00	23,00	ANTIFONGIQUE	G
6118000022657	TERIX	TERBINAFINE	CREME à 1 %	1 TUBE 30 G	59,40	59,40	37,00	37,00	ANTIFONGIQUE	G
6118000021803	TERIX	TERBINAFINE	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	125,00	125,00	77,90	77,90	ANTIFONGIQUE	G
6118000021810	TERIX	TERBINAFINE	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	219,00	219,00	136,70	136,70	ANTIFONGIQUE	G
6118000021797	TERIX 250 MG	TERBINAFINE	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 7 COMPRIME	72,00	72,00	44,80	44,80	ANTIFONGIQUE	G
6118001150328	TERLOMEXIN	FENTICONAZOLE	CAPSULE MOLLE VAGINALE à 200 MG	1 BOITE 3 CAPSULE MOLLE	52,00	52,00	32,40	32,40	ANTIFONGIQUE	P
6118001080151	TETANEA	IMMUNOGLOBULINE TETANIQUE EQUINE	SOLUTION INJECTABLE	1 SERINGUE 0,5 ML	43,00	43,00	26,80	26,80	VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000032311	TETRA 500	TETRACYCLINE	COMPRIME DRAGEIFIE à 500 MG	1 BOITE 10 COMPRIME DRAGEFIE	25,20	25,20	15,70	15,70	TETRACYCLINE	G
6118001070800	TETRALYSAL 300MG	LYMECYCLINE	GELULE à 300 MG	1 BOITE 16 GELULE	69,00	69,00	43,00	43,00	TETRACYCLINE	P
6118001080724	TETRAXIM	VACCIN D.T.COQ.P	PREPARATION INJECTABLE	1 SERINGUE 0,5 ML	144,00	144,00	89,70	89,70	VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P
6118000180470	THEOPHYLLINE BRUNEAU ADULTE	THEOPHYLLINE	SUPPOSITOIRE à 350 MG	1 BOITE 12 SUPPOSITOIRE	15,20	15,20	9,50	9,50	BRONCHODILATEUR	P
6118000180487	THEOPHYLLINE BRUNEAU ENFANT	THEOPHYLLINE	SUPPOSITOIRE à 100 MG	1 BOITE 6 SUPPOSITOIRE	10,90	10,90	6,80	6,80	BRONCHODILATEUR	P
6118000011613	THEOSTAT LP	THEOPHYLLINE	COMPRIME SECABLE LP à 100 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	17,50	17,50	11,00	11,00	BRONCHODILATEUR	P
6118000011620	THEOSTAT LP	THEOPHYLLINE	COMPRIME SECABLE LP à 300 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	29,20	29,20	18,30	18,30	BRONCHODILATEUR	P
6118000180692	THIAM	THIAMPHENICOL	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 16 COMPRIME	26,00	26,00	16,20	16,20	PHENICOLE	G
6118000180685	THIAM	THIAMPHENICOL	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 24 COMPRIME	52,00	52,00	32,40	32,40	PHENICOLE	G
6118000180746	THIAM 250 MG/5ML	THIAMPHENICOL	GRANULE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 60 ML	33,00	33,00	20,60	20,60	PHENICOLE	G
6118000120193	THIAZILIX	INDAPAMIDE	COMPRIME PELLICULE à 2,5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	50,00	50,00	31,20	31,20	DIURETIQUE	G
6118000012276	THIOBACTIN	THIAMPHENICOL	POUDRE POUR USAGE PARENTERAL à 750 MG	1 AMPOULE 5 ML	33,60	33,60	21,00	21,00	PHENICOLE	P
6118000061496	THIOBACTIN	THIAMPHENICOL	POUDRE POUR USAGE PARENTERAL à 750 MG	8 AMPOULE 5 ML	222,00	222,00	138,50	138,50	PHENICOLE	P
6118000061489	THIOBACTIN	THIAMPHENICOL	GRANULE POUR SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 60 ML	46,90	33,00	29,20	20,60	PHENICOLE	P
6118000061472	THIOBACTIN	THIAMPHENICOL	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 16 COMPRIME	31,30	27,50	19,50	17,20	PHENICOLE	P
6118000061526	THIOBACTIN	THIAMPHENICOL	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 24 COMPRIME	92,50	52,00	57,60	32,40	PHENICOLE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000061502	THIOBACTIN	THIAMPHENICOL	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 40 COMPRIME	73,80	57,10	46,00	35,60	PHENICOLE	P
	THYMOGLOBULINE	IMMUNOGLOBULINES DE LAPIN ANTITHYMOCYTES HUMAINS	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 25 MG	1 BOITE 1 FLACON	1944,00	1944,00	1666,00	1666,00	IMMUNOGLOBULINE IMMUNOSUPPRESSEUR	P
6118000120629	TIAGAM	ACIDE TIAPROFENIQUE	COMPRIME SECABLE à 200 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	36,00	36,00	22,40	22,40	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000120612	TIAGAM	ACIDE TIAPROFENIQUE	COMPRIME SECABLE à 100 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	27,00	27,00	16,80	16,80	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000033172	TIASUREX LP 1.5 MG	INDAPAMIDE	COMPRIME LP à 1.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME A LP	29,30	29,30	18,30	18,30	DIURETIQUE	G
	THIAZEM	DILTIAZEM	COMPRIME à 60 MG	1 BOITE 50 COMPRIME	137,70	137,70	86,10	86,10	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118001182381	TICLID	TICLOPIDINE	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	126,50	126,50	79,10	79,10	ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE	P
6118001160235	TIENAM	IMPENEME / CILASTATINE	POUDRE POUR PERFUSION à 500 / 500 MG / MG	1 FLACON 20 ML	171,00	171,00	106,50	106,50	PENICILLINE	P
6118001050543	TILCOTIL	TENOXICAM	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 20 MG	1 BOITE 8 COMPRIME	59,90	44,00	39,60	27,40	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118001050550	TILCOTIL	TENOXICAM	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 20 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	44,00	44,00	27,40	27,40	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118001050567	TILCOTIL	TENOXICAM	SUPPOSITOIRE à 20 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	85,60	85,60	56,60	56,60	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000011705	TILDIEM	DILTIAZEM	COMPRIME à 60 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	53,40	53,40	33,40	33,40	INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118001340316	TIM-87 0,25 %	TIMOLOL	COLLYRE à 0.25 %	15 RECIPIENT 0,2 ML	42,30	42,30			BETABLOQUANT	G
6118001340309	TIM-87 0,25 %	TIMOLOL	COLLYRE à 0.25 %	1 FLACON 3 ML	36,65	36,65			BETABLOQUANT	G
6118001340330	TIM-87 0,5 %	TIMOLOL	COLLYRE à 0.5 %	15 RECIPIENT 0,2 ML	46,40	46,40			BETABLOQUANT	G
6118001340323	TIM-87 0,5 %	TIMOLOL	COLLYRE à 0.5 %	1 FLACON 3 ML	42,20	42,20			BETABLOQUANT	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001100675	TIMABAK	TIMOLOL	COLLYRE à 0.25 %	1 FLACON 5 ML	83,10	54,00	51,80	33,60	BETABLOQUANT	P
6118001100682	TIMABAK	TIMOLOL	COLLYRE à 0.5 %	1 FLACON 5 ML	86,10	55,00	53,60	34,30	BETABLOQUANT	P
6118001000388	TIMEZOL 40MG	OMEPRAZOLE	LYOPHILISAT POUR PERFUSION à 40 MG	1 BOITE 1 FLACON DE LYOPHILISAT	87,90	87,90	54,80	54,80	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118001110292	TIMO-COMOD	TIMOLOL	COLLYRE à 0.25 %	1 FLACON 10 ML	100,00	100,00	62,30	62,30	BETABLOQUANT	P
6118001110308	TIMO-COMOD	TIMOLOL	COLLYRE à 0.5 %	1 FLACON 10 ML	103,00	103,00	64,20	64,20	BETABLOQUANT	P
6118001110346	TIMOLOL-POS	TIMOLOL	COLLYRE à 0.25 %	1 FLACON 5 ML	54,00	54,00	33,60	33,60	BETABLOQUANT	G
6118001110339	TIMOLOL-POS	TIMOLOL	COLLYRE à 0.5 %	1 FLACON 5 ML	55,00	55,00	34,30	34,30	BETABLOQUANT	G
6118001160228	TIMOPTOL	TIMOLOL	COLLYRE à 0.25 %	1 FLACON 3 ML	50,90	42,30	31,70	31,70	BETABLOQUANT	P
6118001160211	TIMOPTOL	TIMOLOL	COLLYRE à 0.5 %	1 FLACON 3 ML	54,80	46,40	34,10	34,10	BETABLOQUANT	P
6118001072514	TIMOPTOL 0,50%	TIMOLOL	COLLYRE à 0.5 %	1 FLACON 3 ML	54,80	46,40	34,10	34,10	BETABLOQUANT	P
6118001160303	TIMOPTOL LP	TIMOLOL	COLLYRE LP à 0.5 %	1 FLACON 2,5 ML	98,80	98,80	61,50	61,50	BETABLOQUANT	P
6118001072521	TIMOPTOL LP 0,50%	TIMOLOL	COLLYRE LP à 0.5 %	1 FLACON 2,5 ML	98,80	98,80	61,50	61,50	BETABLOQUANT	P
6118000230229	TMS 500 MG	CIPROFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 2 COMPRIME	40,00	40,00	24,90	24,90	FLUOROQUINOLONE	G
6118000020417	TOBREX	TOBRAMYCINE	COLLYRE à 0.3 %	1 FLACON 5 ML	26,40	26,40	16,40	16,40	AMINOSIDE	P
6118000012740	TOFRANIL	IMIPRAMINE	COMPRIME ENROBE à 25 MG	1 BOITE 100 COMPRIME ENROBE	57,10	57,10	35,60	35,60	ANTIDEPRESSEUR	P
6118001182398	TOMUDEX	RALTITREXED	POUDRE POUR PERFUSION à 2 MG	1 BOITE 1 FLACON	1715,00	1715,00	1456,00	1456,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001300655	TOPOTECAN SUN 4 MG	TOPOTECAN	POUDRE POUR SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 4 MG	1 BOITE 1 FLACON	1141,00	1141,00	866,00	866,00	ANTINEOPLASIQUE ET IMMUNOMODULATEUR	G
6118001260546	TOPOTECAN THYMOORGAN	TOPOTECAN	POUDRE POUR SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 4 MG	1 BOITE 1 FLACON 20 ML	1141,00	1141,00	866,00	866,00	ANTINEOPLASIQUE ET IMMUNOMODULATEUR	G
6118001260553	TOPOTECAN THYMOORGAN	TOPOTECAN	POUDRE POUR SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 4 MG	1 BOITE 4 FLACON 20 ML	3204,00	3204,00	2886,00	2886,00	ANTINEOPLASIQUE ET IMMUNOMODULATEUR	G
6118000061731	TOPREC	KETOPROFENE	COMPRIME à 25 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	29,70	29,70	18,50	18,50	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000140795	TORVA	ATORVASTATINE	COMPRIME ENROBE à 10 MG	1 BOITE 15 COMPRIME	52,50	52,50	32,80	32,80	HYPOLIPEMIANT	G
6118000140801	TORVA	ATORVASTATINE	COMPRIME ENROBE à 20 MG	1 BOITE 15 COMPRIME	71,40	71,40	44,60	44,60	HYPOLIPEMIANT	G
6118000140702	TORVA	ATORVASTATINE	COMPRIME ENROBE à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	84,60	84,60	52,90	52,90	HYPOLIPEMIANT	G
6118000140719	TORVA	ATORVASTATINE	COMPRIME ENROBE à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	127,50	127,50	79,70	79,70	HYPOLIPEMIANT	G
6118000230458	TRAMADOL NORMON 50 MG	TRAMADOL	GELULE à 50 MG	1 BOITE 20 GELULE	28,10	28,10	17,50	17,50	ANALGESIQUE CENTRAL	G
6118000040804	TRAMAL	TRAMADOL	GELULE à 50 MG	1 BOITE 10 GELULE	25,00	25,00	15,60	15,60	ANALGESIQUE CENTRAL	P
6118000040811	TRAMAL	TRAMADOL	SUPPOSITOIRE à 100 MG	1 BOITE 5 SUPPOSITOIRE	27,00	27,00	16,80	16,80	ANALGESIQUE CENTRAL	P
6118000011743	TRANXENE	CLORAZEPATE	GELULE à 5 MG	1 FLACON 30 GELULE	18,40	18,40	11,50	11,50	ANXIOLYTIQUE	P
6118000011736	TRANXENE	CLORAZEPATE	GELULE à 10 MG	1 FLACON 30 GELULE	23,70	23,70	14,80	14,80	ANXIOLYTIQUE	P
6118001070619	TRAVATAN	TRAVOPROST	COLLYRE à 40 µG	1 FLACON 2,5 ML	230,00	230,00	143,30	143,30	ANTIGLAUCOMATEUX	P
6118000081227	TREMADOL	TRAMADOL	COMPRIME à 50 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	44,00	44,00	27,40	27,40	ANALGESIQUE CENTRAL	G
6118001250738	TRETACNE	ISOTRETINOINE	CAPSULE MOLLE à 5 MG	1 BOITE 30 CAPSULE MOLLE	90,00	90,00	56,10	56,10	ANTIACNEIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001250745	TRÉTACNE	ISOTRETINOINE	CAPSULE MOLLE à 10 MG	1 BOITE 30 CAPSULE MOLLE	150,00	150,00	93,50	93,50	ANTIACNEIQUE	G
6118001250752	TRÉTACNE	ISOTRETINOINE	CAPSULE MOLLE à 20 MG	1 BOITE 30 CAPSULE MOLLE	250,00	250,00	155,80	155,80	ANTIACNEIQUE	G
6118000041450	TRE-ZEN 20 MG	PAROXETINE	COMPRIME SECABLE à 20 MG	1 BOITE 15 COMPRIME SECABLE	74,00	74,00	46,10	46,10	ANTIDEPRESSEUR	G
6118000041467	TRE-ZEN 20 MG	PAROXETINE	COMPRIME SECABLE à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	130,20	130,20	81,10	81,10	ANTIDEPRESSEUR	G
	TRIACEPHINE PHARMA5	CEFTRIAXONE	POUDRE POUR PERFUSION à 2 G	1 BOITE 1 FLACON	270,00	270,00	168,20	168,20	CEPHALOSPORINE	G
6118000092148	TRIACEPHINE PHARMA5	CEFTRIAXONE	PREPARATION PARENTERALE à 250 MG	1 BOITE 1 FLACON	51,50	51,50	32,10	32,10	CEPHALOSPORINE	G
6118000092155	TRIACEPHINE PHARMA5	CEFTRIAXONE	PREPARATION PARENTERALE à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON	61,00	61,00	38,00	38,00	CEPHALOSPORINE	G
6118000090939	TRIACEPHINE PHARMA5 I.M	CEFTRIAXONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	114,30	114,30	71,20	71,20	CEPHALOSPORINE	G
6118000090946	TRIACEPHINE PHARMA5 I.V	CEFTRIAXONE	PREPARATION PARENTERALE à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	114,30	114,30	71,20	71,20	CEPHALOSPORINE	G
6118000061557	TRIADOL	TRAMADOL	GELULE à 50 MG	1 BOITE 30 GELULE	60,10	42,10	37,40	26,20	ANALGESIQUE CENTRAL	P
6118001081585	TRIA TEC	RAMIPRIL	COMPRIME SECABLE à 5 MG	1 BOITE 15 COMPRIME	66,40	28,00	41,50	17,50	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	P
6118000060208	TRIA TEC	RAMIPRIL	COMPRIME SECABLE à 1.25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	103,00	40,00	64,40	25,00	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	P
6118000060185	TRIA TEC	RAMIPRIL	COMPRIME SECABLE à 2.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	97,70	50,00	61,10	31,20	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	P
6118000060192	TRIA TEC	RAMIPRIL	COMPRIME SECABLE à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	122,10	63,00	76,30	45,30	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	P
6118001081592	TRIA TEC PROTECT	RAMIPRIL	COMPRIME SECABLE à 10 MG	1 BOITE 15 COMPRIME	112,00	56,00	70,00	35,00	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	P
6118000060215	TRIA TEC PROTECT	RAMIPRIL	COMPRIME SECABLE à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	207,00	120,00	129,80	75,00	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001101405	TRIAXON	CEFTRIAXONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 2 G	1 BOITE 1 FLACON	256,00	256,00	159,50	159,50	CEPHALOSPORINE	G
6118001101252	TRIAXON	CEFTRIAXONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 250 MG	1 BOITE 1 FLACON	33,00	33,00	20,60	20,60	CEPHALOSPORINE	G
6118000081258	TRIAXON 1G I.M.	CEFTRIAXONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	114,30	114,30	71,20	71,20	CEPHALOSPORINE	G
6118000081265	TRIAXON 1G I.V.	CEFTRIAXONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	114,30	114,30	71,20	71,20	CEPHALOSPORINE	G
6118000081234	TRIAXON 500 MG I.M.	CEFTRIAXONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON	61,00	61,00	38,00	38,00	CEPHALOSPORINE	G
6118000081241	TRIAXON 500 MG I.V.	CEFTRIAXONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON	61,00	61,00	38,00	38,00	CEPHALOSPORINE	G
6118000310310	TRIBUTINE	TRIMEBUTINE	GRANULE POUR SUSPENSION BUVABLE à 0.787 %	1 FLACON 250 ML	24,50	24,50	15,30	15,30	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	G
6118000310334	TRIBUTINE	TRIMEBUTINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 150 MG	1 BOITE 20 SACHET	45,90	45,90	28,60	28,60	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	G
6118000310327	TRIBUTINE 150 MG	TRIMEBUTINE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 20 GELULE	45,90	45,90	28,60	28,60	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	G
6118000021452	TRICEF IM	CEFTRIAXONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	112,00	112,00	69,80	69,80	CEPHALOSPORINE	G
6118000021476	TRICEF IM	CEFTRIAXONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON	58,00	58,00	36,10	36,10	CEPHALOSPORINE	G
6118000021469	TRICEF IV	CEFTRIAXONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	112,00	112,00	69,80	69,80	CEPHALOSPORINE	G
6118000021483	TRICEF IV	CEFTRIAXONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON	58,00	58,00	36,10	36,10	CEPHALOSPORINE	G
6118000240853	TRICHOGIN	TINIDAZOLE	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 4 COMPRIME	21,10	21,10	13,20	13,20	NITRO-IMIDAZOLE	G
6118001110247	TRIFAX	CEFTRIAXONE	POUDRE POUR PERFUSION à 2 G	1 BOITE 1 FLACON	270,00	270,00	168,20	168,20	CEPHALOSPORINE	G
6118001110278	TRIFAX	CEFTRIAXONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 250 MG	1 BOITE 1 FLACON	51,50	51,50	32,10	32,10	CEPHALOSPORINE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001110254	TRIFAX IM	CEFTRIAXONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	114,30	114,30	71,20	71,20	CEPHALOSPORINE	G
6118001110223	TRIFAX IM	CEFTRIAXONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON	61,00	61,00	38,00	38,00	CEPHALOSPORINE	G
6118001110261	TRIFAX IV	CEFTRIAXONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	114,30	114,30	71,20	71,20	CEPHALOSPORINE	G
6118001110230	TRIFAX IV	CEFTRIAXONE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON	61,00	61,00	38,00	38,00	CEPHALOSPORINE	G
6118001170333	TRIFLUCAN	FLUCONAZOLE	SOLUTION POUR PERFUSION à 2 MG	1 FLACON 50 ML	144,10	144,10	89,80	89,80	ANTIFONGIQUE	P
6118001030354	TRILEPTAL	OXCARBAZEPINE	COMPRIME PELLICULE à 300 MG	1 BOITE 50 COMPRIME SECABLE	221,00	221,00	138,10	138,10	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	P
6118001030361	TRILEPTAL	OXCARBAZEPINE	COMPRIME PELLICULE à 600 MG	1 BOITE 50 COMPRIME SECABLE	359,00	359,00	238,00	238,00	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	P
6118000040859	TRIMAREL	TRIMETAZIDINE	SOLUTION BUVABLE à 20 MG	1 FLACON 60 ML	71,30	71,30	44,60	44,60	ANTIANGOREUX VASODILATEUR	G
6118000040842	TRIMAREL	TRIMETAZIDINE	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 BOITE 60 COMPRIME PELLICULE	58,90	58,90	36,80	36,80	ANTIANGOREUX VASODILATEUR	G
6118000090960	TRIMEDAT	TRIMEBUTINE	GRANULE POUR SUSPENSION BUVABLE à 0.787 %	1 FLACON 250 ML	30,80	30,80	19,20	19,20	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	G
6118000090953	TRIMEDAT	TRIMEBUTINE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 20 GELULE	47,20	47,20	29,40	29,40	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	G
6118000093589	TRIMEDAT	TRIMEBUTINE	GELULE à 150 MG	1 BOITE 30 GELULE	74,40	74,40	46,40	46,40	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE	G
6118000090977	TRIMOX	SULFAMETHOXAZOLE / TRIMETHOPRIME	COMPRIME à 100 / 20 MG / MG	1 BOITE 20 COMPRIME	12,20	12,20	7,60	7,60	SULFAMIDE	G
6118000090984	TRIMOX	SULFAMETHOXAZOLE / TRIMETHOPRIME	COMPRIME à 400 / 80 MG / MG	1 BOITE 20 COMPRIME	21,50	21,50	13,40	13,40	SULFAMIDE	G
6118000091004	TRIMOX FORT	SULFAMETHOXAZOLE / TRIMETHOPRIME	COMPRIME à 800 / 160 MG / MG	1 BOITE 10 COMPRIME	17,30	17,30	10,80	10,80	SULFAMIDE	G
6118000090991	TRIMOX FORT	SULFAMETHOXAZOLE / TRIMETHOPRIME	COMPRIME à 800 / 160 MG / MG	1 BOITE 20 COMPRIME	29,60	29,60	18,40	18,40	SULFAMIDE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001250509	TRINOMYC	FLUCONAZOLE	SOLUTION POUR PERFUSION à 2 MG	1 FLACON 25 ML	78,00	78,00	48,60	48,60	ANTIFONGIQUE	G
6118001250516	TRINOMYC	FLUCONAZOLE	SOLUTION POUR PERFUSION à 2 MG	1 FLACON 50 ML	144,10	144,10	89,80	89,80	ANTIFONGIQUE	G
6118001250523	TRINOMYC	FLUCONAZOLE	SOLUTION POUR PERFUSION à 2 MG	1 FLACON 100 ML	268,00	268,00	167,10	167,10	ANTIFONGIQUE	G
6118001250653	TRINOMYC	FLUCONAZOLE	SOLUTION POUR PERFUSION à 2 MG	1 FLACON 200 ML	455,00	455,00	301,00	301,00	ANTIFONGIQUE	G
6118001100811	TRIOMUNE 30	STAVUDINE / LAMIVUDINE	COMPRIME à 30 / 150 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME	75,60	75,60	47,20	47,20	ANTIRETROVIRAL	G
6118001100828	TRIOMUNE 40	STAVUDINE / LAMIVUDINE	COMPRIME à 40 / 150 MG / MG	1 BOITE 30 COMPRIME	98,30	98,30	61,40	61,40	ANTIRETROVIRAL	G
6118000190882	TRISULFA	SULFAMETHOXAZOLE / TRIMETHOPRIME	SUSPENSION BUvable à 4 / 800 G / MG	1 FLACON 100 ML	20,40	20,40	12,70	12,70	SULFAMIDE	G
6118000190899	TRISULFA	SULFAMETHOXAZOLE / TRIMETHOPRIME	COMPRIME à 400 / 80 MG / MG	1 BOITE 20 COMPRIME	22,40	22,40	14,00	14,00	SULFAMIDE	G
6118000190905	TRISULFA	SULFAMETHOXAZOLE / TRIMETHOPRIME	COMPRIME à 800 / 160 MG / MG	1 BOITE 20 COMPRIME	34,70	34,70	21,60	21,60	SULFAMIDE	G
6118001141180	TRITANRIX HB	VACCIN D.T.COQ.HEPATITE B	PREPARATION INJECTABLE	1 BOITE 1 FLACON	122,80	122,80	76,50	76,50	VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P
6118001081455	TRITAZIDE	RAMIPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME à 5 / 25 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME	60,10	60,10	37,60	37,60	ANTHYPERTENSEUR	P
6118001081448	TRITAZIDE	RAMIPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME à 5 / 25 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME	107,50	107,50	67,20	67,20	ANTHYPERTENSEUR	P
6118001081738	TRITAZIDE 10MG / 12.5MG	RAMIPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME SECABLE à 10 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME SECABLE	35,40	35,40	22,10	22,10	ANTHYPERTENSEUR	P
6118001081721	TRITAZIDE 10MG / 12.5MG	RAMIPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME SECABLE à 10 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME SECABLE	63,30	63,30	39,60	39,60	ANTHYPERTENSEUR	P
6118001081714	TRITAZIDE 10MG / 25MG	RAMIPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME SECABLE à 10 / 25 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME SECABLE	35,40	35,40	22,10	22,10	ANTHYPERTENSEUR	P
6118001081707	TRITAZIDE 10MG / 25MG	RAMIPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME SECABLE à 10 / 25 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME SECABLE	63,30	63,30	39,60	39,60	ANTHYPERTENSEUR	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000100287	TRIVASTAL	PIRIBEDIL	COMPRIME LP à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	110,50	110,50	68,90	68,90	ANTIPARKINSONNIEN	P
6118001100583	TROBICINE	SPECTINOMYCINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 2 G	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	85,00	85,00			AMINOSIDE	P
6118000021698	TRONID	METRONIDAZOLE	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	18,00	18,00	11,20	11,20	NITRO-IMIDAZOLE	G
6118000021704	TRONID	METRONIDAZOLE	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	31,00	31,00	19,30	19,30	ANTIAMBIEN ANTIBIOTIQUE NITRO-5 IMIDAZOLE	G
6118001160297	TRUSOPT	DORZOLAMIDE	COLLYRE à 2 %	1 FLACON 5 ML	104,40	95,20	65,00	59,30	INHIBITEUR DE L'ANHYDRASE CARBONIQUE	P
6118001072453	TRUSOPT 20 MG/ML	DORZOLAMIDE	COLLYRE à 2 %	1 FLACON 5 ML	104,40	95,20	65,00	59,30	INHIBITEUR DE L'ANHYDRASE CARBONIQUE	P
6118000070849	TUNELUZ	FLUOXETINE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 10 GELULE	71,40	71,40	44,50	44,50	ANTIDEPRESSEUR	G
6118000070856	TUNELUZ	FLUOXETINE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 20 GELULE	143,20	143,20	89,20	89,20	ANTIDEPRESSEUR	G
6118000070863	TUNELUZ	FLUOXETINE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 30 GELULE	189,10	189,10	117,80	117,80	ANTIDEPRESSEUR	G
6118001031641	TYKERB	LAPATINIB	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 70 COMPRIME	11182,00	11182,00	10971,00	10971,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001142088	TYKERB	LAPATINIB	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 70 COMPRIME	11182,00	11182,00	10971,00	10971,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001071357	TYSABRI 300MG	NATALIZUMAB	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 300 MG	1 FLACON 15 ML	19756,00	19756,00	19349,00	19349,00	IMMUNOSUPPRESSEUR	P
6118001020942	UFT	TEGAFUR / URACILE	GELULE à 100 / 224 MG / MG	1 BOITE 21 GELULE	1831,00	1831,00	1576,00	1576,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001020959	UFT	TEGAFUR / URACILE	GELULE à 100 / 224 MG / MG	1 BOITE 28 GELULE	2442,00	2442,00	2102,00	2102,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001020966	UFT	TEGAFUR / URACILE	GELULE à 100 / 224 MG / MG	1 BOITE 35 GELULE	2952,00	2952,00	2627,00	2627,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001020973	UFT	TEGAFUR / URACILE	GELULE à 100 / 224 MG / MG	1 BOITE 42 GELULE	3463,00	3463,00	3153,00	3153,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000190912	ULCECURE	AMOXICILLINE / CLARITHROMYCINE / OMEPRAZOLE	GELULE ET COMPRIME à 1 / 500 / 20 G / MG / MG	1 BOITE 42 COMPRIME	337,00	337,00	223,00	223,00	PENICILLINE/AMINOSIDE/IPP	G
6118001070626	UMATROPE	SOMATROPINE	POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE à 18 UI	1 BOITE 1 CARTOUCHE	1930,00	1930,00	1651,00	1651,00	HORMONE DE CROISSANCE	P
6118001070770	UMATROPE	SOMATROPINE	POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE à 4 UI	1 BOITE 1 SERINGUE	461,00	461,00	305,00	305,00	HORMONE DE CROISSANCE	P
6118001101917	UMAX 400 µG LP	TAMSULOSINE	GELULE LP à 0.4 MG	1 BOITE 10 GELULE LP	46,10	46,10	28,70	28,70	ALPHA-BLOQUANT UROSELECTIF	G
6118001100835	UMAX 400 µG LP	TAMSULOSINE	GELULE LP à 0.4 MG	1 BOITE 30 GELULE LP	121,40	121,40	75,60	75,60	ALPHA-BLOQUANT UROSELECTIF	G
6118001101795	UMAX 400 µG LP	TAMSULOSINE	GELULE LP à 0.4 MG	1 BOITE 60 GELULE LP	213,00	213,00	133,10	133,10	ALPHA-BLOQUANT UROSELECTIF	G
6118000020899	UMULINE NPH	INSULINE HUMAINE	SUSPENSION INJECTABLE INTERMEDIAIRE à 100 UI	1 FLACON 10 ML	166,00	130,00	103,70	81,20	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118001072293	UMULINE NPH KWIKPEN 100 UI/ML	INSULINE HUMAINE	SUSPENSION INJECTABLE à 100 UI	1 STYLO PRE-REMPLI 3 ML	104,00	104,00	65,00	65,00	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118001070756	UMULINE NPH PEN	INSULINE HUMAINE	SUSPENSION INJECTABLE INTERMEDIAIRE à 100 UI	1 CARTOUCHE 3 ML	104,00	104,00	65,00	65,00	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118000020905	UMULINE PROFIL 30	INSULINE HUMAINE	SUSPENSION INJECTABLE INTERMEDIAIRE à 100 UI	1 FLACON 10 ML	166,00	130,00	103,70	81,20	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118001072309	UMULINE PROFIL 30 KWIKPEN 100 UI/ML	INSULINE HUMAINE	SUSPENSION INJECTABLE à 100 UI	1 STYLO PRE-REMPLI 3 ML	104,00	104,00	65,00	65,00	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118001070763	UMULINE PROFIL 30 PEN	INSULINE HUMAINE	SUSPENSION INJECTABLE INTERMEDIAIRE à 100 UI	1 CARTOUCHE 3 ML	104,00	104,00	65,00	65,00	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118000020912	UMULINE RAPIDE	INSULINE HUMAINE	SOLUTION INJECTABLE à 100 UI	1 FLACON 10 ML	166,00	130,00	103,70	81,20	INSULINES ET ANALOGUES	P
6118001200757	UN-ALFA 0,25 µG	ALFACALCIDOL	CAPSULE à 0.25 µG	1 BOITE 30 CAPSULE	74,60	74,60	46,50	46,50	VITAMINES	P
6118001200740	UN-ALFA 1 µG	ALFACALCIDOL	CAPSULE à 1 µG	1 BOITE 30 CAPSULE	172,20	172,20	107,30	107,30	VITAMINES	P
6118000250357	UNASYN	AMPICILLINE / SULBACTAM	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 1 / 0.5 G / G	1 FLACON 3,2 ML	42,00	42,00	26,20	26,20	PENICILLINE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000250364	UNASYN	SULTAMICILLINE	COMPRIME ENROBE à 375 MG	1 BOITE 8 COMPRIME	55,80	55,80	34,80	34,80	PENICILLINE	P
6118000071365	UNIZITRO	AZITHROMYCINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 200 MG	1 FLACON 15 ML	63,00	63,00	39,20	39,20	MACROLIDE	G
6118000071358	UNIZITRO	AZITHROMYCINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 200 MG	1 FLACON 30 ML	77,00	77,00	48,00	48,00	MACROLIDE	G
6118000071372	UNIZITRO	AZITHROMYCINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 3 COMPRIME	72,00	72,00	44,90	44,90	MACROLIDE	G
6118000061748	URBANYL	CLOBAZAM	COMPRIME SECABLE à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	23,50	23,50	14,70	14,70	ANXIOLYTIQUE	P
6118000021278	UROBACID	NORFLOXACINE	COMPRIME ENROBE à 400 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	120,00	120,00	74,80	74,80	QUINOLONE	G
6118000080138	UROCTAL	NORFLOXACINE	COMPRIME à 400 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	70,00	70,00	43,60	43,60	QUINOLONE	G
6118000080145	UROCTAL	NORFLOXACINE	COMPRIME à 400 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	99,00	99,00	61,70	61,70	QUINOLONE	G
6118000060963	UROFLOX	OFLOXACINE	COMPRIME ENROBE à 200 MG	1 BOITE 2 COMPRIME ENROBE	50,00	42,80	31,10	26,70	FLUOROQUINOLONE	P
6118001120079	UROMITEXAN	MESNA	SOLUTION POUR PERFUSION à 400 MG	15 AMPOULE 4 ML	339,00	339,00	224,00	224,00	AGENT DETOXIFIANT EN CHIMIOTHERAPIE	P
6118000032434	UROXINE	OFLOXACINE	COMPRIME à 200 MG	1 BOITE 2 COMPRIME	42,80	42,80	26,70	26,70	FLUOROQUINOLONE	G
6118001260409	UTROGESTAN	PROGESTERONE	CAPSULE MOLLE ORALE OU VAGINALE à 200 MG	1 BOITE 15 CAPSULE	95,00	66,50	59,20	41,40	PROGESTATIF	P
6118001260393	UTROGESTAN	PROGESTERONE	CAPSULE MOLLE ORALE OU VAGINALE à 100 MG	1 BOITE 30 CAPSULE	80,80	56,60	50,40	35,20	PROGESTATIF	P
	VACC.D.T.C.P	VACCIN D.T.COQ.P	SUSPENSION INJECTABLE	1 BOITE 1 SERINGUE	44,20	44,20			VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P
	VACCIN ATNTIDIPHTERIQUE ANTITETANIQUE	ANATOXINE TETANIQUE / ANATOXINE DIPHTERIQUE	PREPARATION INJECTABLE à NA / NA	1 AMPOULE 1 ML	15,00	15,00	9,30	9,30	VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P
	VACCIN BCG SSI	LA TUBERCULOSE [BCG]	POUDRE POUR SUSPENSION INJECTABLE	1 BOITE 1 FLACON	65,50	65,50	40,80	40,80	VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001080731	VACCIN POLYOSIDIQUE MENINGOCOCCIQUE	VACCIN ANTIMENINGOCOCCIQUE A ET C	POUDRE POUR SUSPENSION INJECTABLE	1 BOITE 1 SERINGUE PREREMPLIE	100,60	100,60	62,70	62,70	VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P
6118001130115	VALDOXAN 25 MG	AGOMELATINE	COMPRIME PELLICULE à 25 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	310,00	310,00	205,00	205,00	ANTIDEPRESSEUR	P
6118000150329	VALIUM	DIAZEPAM	SOLUTION POUR GOUTTES BUVABLES à 1 %	1 FLACON 20 ML	28,60	28,60	17,80	17,80	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	P
6118000150299	VALIUM	DIAZEPAM	COMPRIME SECABLE à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	24,30	24,30	15,10	15,10	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	P
6118000150282	VALIUM	DIAZEPAM	COMPRIME SECABLE à 5 MG	1 BOITE 40 COMPRIME	21,40	14,00	13,40	8,70	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	P
6118000091912	VALPAKINE 200 MG/ML	VALPROATE DE SODIUM	SIROP à 200 MG/ML	1 FLACON 40 ML	44,10	44,10	27,50	27,50	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	G
6118000051503	VALPHI 160MG	VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 160 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	78,00	78,00	48,80	48,80	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000051510	VALPHI 160MG	VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 160 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	140,00	140,00	87,50	87,50	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000051466	VALPHI 40MG	VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 40 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	39,00	39,00	24,40	24,40	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000051473	VALPHI 40MG	VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 40 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	70,00	70,00	43,80	43,80	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000051480	VALPHI 80MG	VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 80 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	56,00	56,00	35,00	35,00	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000051497	VALPHI 80MG	VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 80 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	100,00	100,00	62,50	62,50	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000051565	VALPHI PLUS 160MG/12.5 MG	VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 160 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME	72,00	72,00	45,00	45,00	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000051572	VALPHI PLUS 160MG/12.5 MG	VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 160 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME	130,00	130,00	81,30	81,30	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000051589	VALPHI PLUS 160MG/25 MG	VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 160 / 25 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME	75,00	75,00	46,90	46,90	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000051596	VALPHI PLUS 160MG/25 MG	VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 160 / 25 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME	133,00	133,00	83,10	83,10	ANTIHYPERTENSEUR	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000051541	VALPHI PLUS 80MG/12.5 MG	VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 80 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME	53,00	53,00	33,10	33,10	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000051558	VALPHI PLUS 80MG/12.5 MG	VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 80 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME	95,00	95,00	59,40	59,40	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118001102433	VALPRO COOPER LP 500 MG	VALPROATE DE SODIUM	COMPRIME PELLICULE SECABLE A LP à 500 MG	1 BOITE 10 COMPRIME A LP	30,10	30,10	18,80	18,80	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	G
6118001102440	VALPRO COOPER LP 500 MG	VALPROATE DE SODIUM	COMPRIME PELLICULE SECABLE A LP à 500 MG	1 BOITE 30 COMPRIME A LP	79,30	79,30	49,40	49,40	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	G
6118001102457	VALPRO COOPER LP 500 MG	VALPROATE DE SODIUM	COMPRIME PELLICULE SECABLE A LP à 500 MG	1 BOITE 60 COMPRIME A LP	139,60	139,60	87,00	87,00	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	G
6118001102464	VALPRO COOPER LP 500 MG	VALPROATE DE SODIUM	COMPRIME PELLICULE SECABLE A LP à 500 MG	1 BOITE 90 COMPRIME A LP	204,00	204,00	127,50	127,50	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	G
6118000062288	VALSARTAN WIN 160 MG	VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 160 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE SECABLE	104,30	104,30	65,20	65,20	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000012986	VALSARTAN WIN 160 MG	VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 160 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE SECABLE	104,30	104,30	65,20	65,20	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000012993	VALSARTAN WIN 160 MG	VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 160 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE SECABLE	175,20	175,20	109,50	109,50	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000062295	VALSARTAN WIN 160 MG	VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 160 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE SECABLE	175,20	175,20	109,50	109,50	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000012962	VALSARTAN WIN 80 MG	VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 80 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE SECABLE	74,70	74,70	46,70	46,70	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000062264	VALSARTAN WIN 80 MG	VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 80 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE SECABLE	74,70	74,70	46,70	46,70	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000012979	VALSARTAN WIN 80 MG	VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 80 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE SECABLE	131,50	131,50	82,20	82,20	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000062271	VALSARTAN WIN 80 MG	VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 80 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE SECABLE	131,50	131,50	82,20	82,20	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118001020515	VANCOMYCINE MYLAN	VANCOMYCINE	POUDRE POUR PERFUSION à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	352,00	352,00	233,00	233,00	GLYCOPEPTIDE	G
6118001020485	VANCOMYCINE MYLAN	VANCOMYCINE	POUDRE POUR PERFUSION à 125 MG	1 BOITE 1 FLACON	60,00	60,00	37,40	37,40	GLYCOPEPTIDE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001020492	VANCOMYCINE MYLAN	VANCOMYCINE	POUDRE POUR PERFUSION à 250 MG	1 BOITE 1 FLACON	110,00	110,00	68,50	68,50	GLYCOPEPTIDE	G
6118001020508	VANCOMYCINE MYLAN	VANCOMYCINE	POUDRE POUR PERFUSION à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON	190,00	190,00	118,40	118,40	GLYCOPEPTIDE	G
6118001220502	VANCOMYCINE NORMON	VANCOMYCINE	LYOPHILISAT POUR USAGE PARENTERAL à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	341,00	341,00	226,00	226,00	GLYCOPEPTIDE	G
6118001220519	VANCOMYCINE NORMON	VANCOMYCINE	LYOPHILISAT POUR USAGE PARENTERAL à 1 G	1 BOITE 100 FLACON	18628,00	18628,00	18243,00	18243,00	GLYCOPEPTIDE	G
6118001220526	VANCOMYCINE NORMON	VANCOMYCINE	LYOPHILISAT POUR USAGE PARENTERAL à 500 MG	1 BOITE 1 FLACON	190,00	190,00	118,40	118,40	GLYCOPEPTIDE	G
6118001220533	VANCOMYCINE NORMON	VANCOMYCINE	LYOPHILISAT POUR USAGE PARENTERAL à 500 MG	1 BOITE 100 FLACON	9656,00	9656,00	9447,00	9447,00	GLYCOPEPTIDE	G
6118000360056	VANTEC	CETIRIZINE	COMPRIME ENROBE SECABLE à 10 MG	1 BOITE 15 COMPRIME ENROBE	20,30	20,30	12,60	12,60	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000360049	VANTEC	CETIRIZINE	COMPRIME ENROBE SECABLE à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME ENROBE	37,70	37,70	23,50	23,50	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000023142	VARTEX 160MG	VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 160 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	99,60	99,60	62,20	62,20	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000023159	VARTEX 160MG	VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 160 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	175,20	175,20	109,50	109,50	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000023104	VARTEX 40MG	VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 40 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	44,80	44,80	28,00	28,00	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000023111	VARTEX 40MG	VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 40 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	78,80	78,80	49,30	49,30	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000023128	VARTEX 80MG	VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 80 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	74,70	74,70	46,70	46,70	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000023135	VARTEX 80MG	VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 80 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	131,50	131,50	82,20	82,20	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000081289	VASCOR	TRIMETAZIDINE	SOLUTION POUR GOUTTES BUVABLES à 20 MG	1 FLACON 60 ML	67,30	67,30	42,10	42,10	ANTIANGOREUX VASODILATATEUR	G
6118000081272	VASCOR	TRIMETAZIDINE	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	58,90	58,90	36,80	36,80	ANTIANGOREUX VASODILATATEUR	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000081883	VASCOR LM	TRIMETAZIDINE	COMPRIME ENROBE LM à 35 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	54,00	54,00	33,70	33,70	ANTIANGOREUX VASODILATEUR	G
6118000081890	VASCOR LM	TRIMETAZIDINE	COMPRIME ENROBE LM à 35 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	103,00	103,00	64,40	64,40	ANTIANGOREUX VASODILATEUR	G
6118000081906	VASCOR LM	TRIMETAZIDINE	COMPRIME ENROBE LM à 35 MG	1 BOITE 90 COMPRIME	146,00	146,00	91,20	91,20	ANTIANGOREUX VASODILATEUR	G
6118000100201	VASTAREL	TRIMETAZIDINE	SOLUTION BUvable à 20 MG	1 FLACON 60 ML	103,20	71,30	64,50	44,60	ANTIANGOREUX VASODILATEUR	P
6118000100218	VASTAREL LM	TRIMETAZIDINE	COMPRIME PELLICULE LM à 35 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	150,40	103,00	94,00	64,40	ANTIANGOREUX VASODILATEUR	P
6118001240098	VASURIX 20 MG	TRIMETAZIDINE	COMPRIME ENROBE à 20 MG	1 BOITE 60 COMPRIME	49,50	49,50	30,90	30,90	ANTIANGOREUX VASODILATEUR	G
6118000210207	VASURIX LM 35 MG	TRIMETAZIDINE	COMPRIME PELLICULE LM à 35 MG	1 BOITE 60 COMPRIME A LP	83,00	83,00	51,90	51,90	ANTIANGOREUX VASODILATEUR	G
6118001080748	VAXIGRIP	VACCIN ANTIGRIPPAL	SUSPENSION INJECTABLE	1 SERINGUE 0,5 ML	72,80	72,80	45,40	45,40	VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P
	VAXIGRIP	VACCIN ANTIGRIPPAL	PREPARATION INJECTABLE	1 BOITE 20 SERINGUE PREREPLIE	1234,00	1234,00	937,00	937,00	VACCIN SEUL ET/OU ASSOCIE CONTRE	P
6118001071852	VECTIBIX	PANITUMUMAB	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 20 MG/ML	1 FLACON 5 ML	4680,00	4680,00	4406,00	4406,00	ANTINEOPLASIQUE ET IMMUNOMODULATEUR	P
6118001071869	VECTIBIX	PANITUMUMAB	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 20 MG/ML	1 FLACON 20 ML	17580,00	17580,00	17244,00	17244,00	ANTINEOPLASIQUE ET IMMUNOMODULATEUR	P
6118001250660	VELAXOR LP	VENLAFAXINE	GELULE LP à 37.5 MG	1 BOITE 30 GELULE LP	94,00	94,00	58,60	58,60	ANTIDEPRESSEUR	G
6118001210152	VENOFER 100 MG/5ML	FER	SOLUTION INJECTABLE IV à 100 / 5 MG/ML	5 AMPOULE 5 ML	507,00	507,00	336,00	336,00	ANTIANEMIQUE	P
6118001141289	VENTOLINE	SALBUTAMOL	SOLUTION INJECTABLE à 0.5 MG/ML	1 BOITE 6 AMPOULE INJECTABLE	25,10	25,10	15,70	15,70	BRONCHODILATEUR	P
6118000160939	VENTOLINE	SALBUTAMOL	SOLUTION BUvable à 2 MG/5ML	1 FLACON 150 ML	27,30	21,90	17,10	13,70	BRONCHODILATEUR	P
6118000160922	VENTOLINE	SALBUTAMOL	COMPRIME à 2 MG	1 BOITE 40 COMPRIME	18,70	18,70	11,70	11,70	BRONCHODILATEUR	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001141258	VENTOLINE	SALBUTAMOL	SUSPENSION POUR INHALATION BUCCALE à 100 µG	1 FLACON 200 DOSE	45,30	45,30	28,30	28,30	BRONCHODILATEUR	P
6118001141296	VENTOLINE	SALBUTAMOL	SOLUTION POUR INHALATION PAR NEBULISEUR à 5 MG/ML	1 FLACON 10 ML	29,50	29,50	18,40	18,40	BRONCHODILATEUR	P
6118000022909	VEPRAN 150 MG	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 150 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	64,00	64,00	40,00	40,00	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000022916	VEPRAN 150 MG	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 150 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	120,00	120,00	75,00	75,00	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000022923	VEPRAN 300 MG	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 300 MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	84,00	84,00	52,50	52,50	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000022930	VEPRAN 300 MG	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 300 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	150,00	150,00	93,70	93,70	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000011804	VERMOX	MEBENDAZOLE	SUSPENSION BUVABLE à 100 MG/5ML	1 FLACON 30 ML	23,10	23,10	14,40	14,40	ANTIPARASITAIRE	P
6118000011798	VERMOX	MEBENDAZOLE	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 1 COMPRIME	14,80	14,80	9,20	9,20	ANTIPARASITAIRE	P
6118000012092	VERMOX	MEBENDAZOLE	COMPRIME à 100 MG	1 BOITE 6 COMPRIME	21,20	21,20	13,20	13,20	ANTIPARASITAIRE	P
6118000280354	VERZOL 200 MG/5ML	ALBENDAZOLE	SUSPENSION BUVABLE à 4 %	1 FLACON 10 ML	22,50	22,50	14,00	14,00	ANTIPARASITAIRE	G
6118000280347	VERZOL 400 MG	ALBENDAZOLE	COMPRIME à 400 MG	1 BOITE 1 COMPRIME	20,00	20,00	12,50	12,50	ANTIPARASITAIRE	G
6118000181088	VEZAR	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 150 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	88,50	88,50	55,30	55,30	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000181071	VEZAR	IRBESARTAN	COMPRIME PELLICULE à 300 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	150,20	150,20	93,90	93,90	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118001170494	VFEND	VORICONAZOLE	POUDRE POUR PERFUSION à 200 MG	1 FLACON 30 ML	1274,00	1274,00	978,00	978,00	ANTIFONGIQUE	P
6118001170500	VFEND	VORICONAZOLE	COMPRIME ENROBE à 200 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	3975,00	3975,00	3640,00	3640,00	ANTIFONGIQUE	P
6118001170548	VFEND	VORICONAZOLE	COMPRIME ENROBE à 50 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	2079,00	2079,00	1804,00	1804,00	ANTIFONGIQUE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001230778	VIALEBEX 200 MG/ML	ALBUMINE HUMAINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 10 G	1 FLACON 50 ML	693,00	693,00	459,00	459,00	SUBSTITUT DU PLASMA	P
6118001230785	VIALEBEX 200 MG/ML	ALBUMINE HUMAINE	SOLUTION POUR PERFUSION à 20 G	1 FLACON 100 ML	1172,00	1172,00	874,00	874,00	SUBSTITUT DU PLASMA	P
6118000250449	VIBRA 200	DOXYCYCLINE	COMPRIME à 200 MG	1 BOITE 8 COMPRIME	89,00	47,50	55,40	29,60	TETRACYCLINE	P
6118000250425	VIBRAMYCINE	DOXYCYCLINE	COMPRIME à 100 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	48,20	42,00	30,10	26,20	TETRACYCLINE	P
6118000082590	VICARDIA	RAMIPRIL	COMPRIME SECABLE à 2.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	26,50	26,50	16,50	16,50	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000082613	VICARDIA	RAMIPRIL	COMPRIME SECABLE à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	44,90	44,90	28,00	28,00	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000082644	VICARDIA	RAMIPRIL	COMPRIME SECABLE à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	76,10	76,10	47,50	47,50	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000082620	VICARDIA	RAMIPRIL	COMPRIME SECABLE à 5 MG	1 BOITE 60 COMPRIME SECABLE	80,00	80,00	49,40	49,40	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118001184279	VIDAZA 25 MG/ML	AZACITIDINE	POUDRE POUR SUSPENSION INJECTABLE à 100 MG	1 FLACON 30 ML	3641,00	3641,00	3336,00	3336,00	ANTINEOPLASIQUE ET IMMUNOMODULATEUR	P
6118001182787	VIDEX	DIDANOSINE	COMPRIME A CROQUER OU DISPERSIBLE à 100 MG	1 FLACON 60 COMPRIME	954,00	204,00	673,00	127,60	ANTIVIRAL	P
6118001101481	VINCRISTINE COOPER	VINCRISTINE	SOLUTION INJECTABLE à 1 MG	1 BOITE 1 FLACON	65,00	65,00	40,60	40,60	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001101498	VINCRISTINE COOPER	VINCRISTINE	SOLUTION INJECTABLE à 1 MG	1 BOITE 5 FLACON	306,00	306,00	204,00	204,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001151219	VIRAFERONPEG 100 µG	INTERFERON ALFA-2B PEGYLE	POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE à 100 µG	1 BOITE 1 STYLO PRE-REMPLI	2028,00	2028,00	1779,00	1779,00	IMMUNOSTIMULANT IMMUNOMODULATEUR	P
6118001151226	VIRAFERONPEG 120 µG	INTERFERON ALFA-2B PEGYLE	POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE à 120 µG	1 BOITE 1 STYLO PRE-REMPLI	2497,00	2497,00	2159,00	2159,00	IMMUNOSTIMULANT IMMUNOMODULATEUR	P
6118001151257	VIRAFERONPEG 150 µG	INTERFERON ALFA-2B PEGYLE	POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE à 150 µG	1 BOITE 1 STYLO PRE-REMPLI	3067,00	3067,00	2746,00	2746,00	IMMUNOSTIMULANT IMMUNOMODULATEUR	P
6118001151165	VIRAFERONPEG 50 µG	INTERFERON ALFA-2B PEGYLE	POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE à 50 µG	1 BOITE 1 STYLO PRE-REMPLI	1177,00	1177,00	902,00	902,00	IMMUNOSTIMULANT IMMUNOMODULATEUR	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001151189	VIRAFERONPEG 80 µG	INTERFERON ALFA-2B PEGYLE	POUDRE ET SOLVANT POUR SOLUTION INJECTABLE à 80 µG	1 BOITE 1 STYLO PRE-REMPLI	1692,00	1692,00	1433,00	1433,00	IMMUNOSTIMULANT IMMUNOMODULATEUR	P
6118001101092	VIRGAN	GANCICLOVIR	GEL OPHTALMIQUE à 0.15 %	1 TUBE 5 G	140,00	140,00	87,20	87,20	ANTIVIRAL	P
6118000061564	VIRLIX	CETIRIZINE	SOLUTION POUR GOUTTES BUVABLES à 10 MG	1 FLACON 15 ML	73,40	73,40	45,70	45,70	ANTIHISTAMINIQUE H1	P
6118000061571	VIRLIX	CETIRIZINE	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 10 MG	1 BOITE 15 COMPRIME	52,00	52,00	32,40	32,40	ANTIHISTAMINIQUE H1	P
6118000071686	VIRPES 200 MG	ACICLOVIR	COMPRIME à 200 MG	1 BOITE 25 COMPRIME	97,50	97,50	60,70	60,70	ANTIVIRAL	G
6118000071693	VIRPES 400 MG	ACICLOVIR	COMPRIME à 400 MG	1 BOITE 25 COMPRIME	269,00	269,00	168,20	168,20	ANTIVIRAL	G
6118000071709	VIRPES 800 MG	ACICLOVIR	COMPRIME à 800 MG	1 BOITE 12 COMPRIME	265,00	265,00	165,10	165,10	ANTIVIRAL	G
6118000071716	VIRPES 800 MG	ACICLOVIR	COMPRIME à 800 MG	1 BOITE 25 COMPRIME	412,00	412,00	273,00	273,00	ANTIVIRAL	G
6118000081357	VISCERALGINE	TIEMONIUM	SOLUTION INJECTABLE à 5 MG	1 BOITE 10 AMPOULE INJECTABLE	17,00	17,00	10,60	10,60	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE ET ANTICHOLINERGIQUE	P
6118000081760	VISCERALGINE	TIEMONIUM	SIROP à 10 MG	1 FLACON 150 ML	16,60	16,60	10,30	10,30	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE ET ANTICHOLINERGIQUE	P
6118000080817	VISCERALGINE	TIEMONIUM	COMPRIME PELLICULE à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	28,70	28,70	17,90	17,90	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE ET ANTICHOLINERGIQUE	P
6118000081746	VISCERALGINE	TIEMONIUM	SUPPOSITOIRE à 20 MG	1 BOITE 20 SUPPOSITOIRE	17,30	17,30	10,80	10,80	ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE ET ANTICHOLINERGIQUE	P
6118001120871	VISKEN	PINDOLOL	COMPRIME à 5 MG	1 BOITE 50 COMPRIME	56,10	56,10	37,10	37,10	BETABLOQUANT	P
6118001120864	VISKEN QUINZE	PINDOLOL	COMPRIME SECABLE à 15 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	119,70	119,70	79,18	79,18	BETABLOQUANT	P
6118001110124	VITAIR	SALBUTAMOL	SUSPENSION POUR INHALATION BUCCALE à 100 µG	1 FLACON 200 DOSE	45,30	45,30	28,30	28,30	BRONCHODILATEUR	G
6118000082446	VIZARTAN	LOSARTAN	COMPRIME à 50 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	40,00	40,00	25,00	25,00	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000082453	VIZARTAN	LOSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 50 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	79,00	79,00	49,40	49,40	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000082507	VIZARTAN-D	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 50 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 14 COMPRIME PELLICULE	60,60	60,60	37,90	37,90	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000082514	VIZARTAN-D	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE	COMPRIME PELLICULE à 50 / 12.5 MG / MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	108,30	108,30	67,70	67,70	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000081081	VOGALENE	METOPIMAZINE	SOLUTION INJECTABLE à 10 MG	1 BOITE 5 AMPOULE INJECTABLE	15,60	15,60	9,70	9,70	ANTIEMETIQUE	P
6118000081067	VOGALENE	METOPIMAZINE	SOLUTION POUR GOUTTES BUVABLES à 0.4 %	1 FLACON 30 ML	17,60	17,60	11,00	11,00	ANTIEMETIQUE	P
6118000081050	VOGALENE	METOPIMAZINE	SIROP à 0.1 %	1 FLACON 150 ML	28,10	28,10	17,50	17,50	ANTIEMETIQUE	P
6118000081074	VOGALENE	METOPIMAZINE	SUPPOSITOIRE à 5 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	11,30	11,30	7,00	7,00	ANTIEMETIQUE	P
6118000081845	VOGASET	ONDANSETRON	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 4 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	65,00	65,00	40,50	40,50	ANTIEMETIQUE	G
6118000081869	VOGASET	ONDANSETRON	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 8 MG	1 BOITE 1 AMPOULE INJECTABLE	99,00	99,00	61,70	61,70	ANTIEMETIQUE	G
6118000081852	VOGASET	ONDANSETRON	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 4 MG	1 BOITE 5 AMPOULE INJECTABLE	318,00	318,00	211,00	211,00	ANTIEMETIQUE	G
6118000081876	VOGASET	ONDANSETRON	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 8 MG	1 BOITE 5 AMPOULE INJECTABLE	484,00	484,00	321,00	321,00	ANTIEMETIQUE	G
6118001102426	VOGASET 8MG	ONDANSETRON	COMPRIME PELLICULE SECABLE à 8 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE SECABLE	322,00	322,00	213,00	213,00	ANTIEMETIQUE	G
6118001141302	VOLMAX	SALBUTAMOL	COMPRIME LP à 4 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	57,60	57,60	38,10	38,10	BRONCHODILATEUR	P
6118001141326	VOLMAX	SALBUTAMOL	COMPRIME LP à 8 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	69,20	69,20	45,80	45,80	BRONCHODILATEUR	P
6118001030392	VOLTARENE	DICLOFENAC	SOLUTION INJECTABLE à 75 MG	1 BOITE 2 AMPOULE INJECTABLE	23,30	15,90	14,50	9,90	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118001030385	VOLTARENE	DICLOFENAC	SOLUTION INJECTABLE à 75 MG	1 BOITE 5 AMPOULE INJECTABLE	56,30	39,80	35,10	24,80	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000220190	VOLTARENE	DICLOFENAC	COMPRIME ENROBE GASTRO-RESISTANT à 25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME DRAGEFIE	35,40	27,00	22,10	16,80	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000220183	VOLTARENE	DICLOFENAC	COMPRIME ENROBE GASTRO-RESISTANT à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME DRAGEFIE	66,80	52,30	41,60	32,60	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000220251	VOLTARENE	DICLOFENAC	SUPPOSITOIRE à 12.5 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	11,70	11,70	7,30	7,30	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000220176	VOLTARENE	DICLOFENAC	SUPPOSITOIRE à 25 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	16,40	13,40	10,20	8,40	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000220169	VOLTARENE	DICLOFENAC	SUPPOSITOIRE à 100 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	52,00	37,80	32,40	23,50	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000220404	VOLTARENE 100 MG	DICLOFENAC	SUPPOSITOIRE à 100 MG	1 BOITE 5 SUPPOSITOIRE	27,00	27,00	16,80	16,80	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118001030040	VOLTARENE LP	DICLOFENAC	COMPRIME LP à 100 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	51,30	51,20	32,00	31,90	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118001030408	VOLTARENE SR	DICLOFENAC	COMPRIME LP à 75 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	76,20	52,20	47,50	32,50	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	P
6118000091967	VOMISTOP 0.1 %	METOCLOPRAMIDE	SOLUTION BUvable à 0.1 %	1 FLACON 130 ML	11,00	11,00	6,80	6,80	ANTIEMETIQUE	G
6118000091943	VOMISTOP 10 MG	METOCLOPRAMIDE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 40 COMPRIME	14,00	14,00	8,70	8,70	ANTIEMETIQUE	G
6118000091950	VOMISTOP 10 MG	METOCLOPRAMIDE	SUPPOSITOIRE à 10 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	9,00	9,00	5,90	5,90	ANTIEMETIQUE	G
6118000091929	VOMISTOP 20 MG	METOCLOPRAMIDE	SUPPOSITOIRE à 20 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	13,00	13,00	8,10	8,10	ANTIEMETIQUE	G
6118001031603	VOTRIENT 200 MG	PAZOPANIB	COMPRIME PELLICULE à 200 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	3918,00	3918,00	3622,00	3622,00	ANTINEOPLASIQUE ET IMMUNOMODULATEUR	P
6118001142552	VOTRIENT 200 MG	PAZOPANIB	COMPRIME PELLICULE à 200 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	3918,00	3918,00	3622,00	3622,00	ANTINEOPLASIQUE ET IMMUNOMODULATEUR	P
6118001142569	VOTRIENT 200 MG	PAZOPANIB	COMPRIME PELLICULE à 200 MG	1 BOITE 90 COMPRIME PELLICULE	9478,00	9478,00	9300,00	9300,00	ANTINEOPLASIQUE ET IMMUNOMODULATEUR	P
6118001142576	VOTRIENT 400 MG	PAZOPANIB	COMPRIME PELLICULE à 400 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	7439,00	7439,00	7246,00	7246,00	ANTINEOPLASIQUE ET IMMUNOMODULATEUR	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001142583	VOTRIENT 400 MG	PAZOPANIB	COMPRIME PELLICULE à 400 MG	1 BOITE 60 COMPRIME PELLICULE	14477,00	14477,00	14201,00	14201,00	ANTINEOPLASIQUE ET IMMUNOMODULATEUR	P
6118001031634	VOTRIENT 400 MG	PAZOPANIB	COMPRIME PELLICULE à 400 MG	1 BOITE 60 COMPRIME PELLICULE	14477,00	14477,00	14201,00	14201,00	ANTINEOPLASIQUE ET IMMUNOMODULATEUR	P
6118000140658	VOXCIB 100 MG	CELECOXIB	GELULE à 100 MG	1 BOITE 20 GELULE	82,00	82,00	51,10	51,10	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000140665	VOXCIB 200 MG	CELECOXIB	GELULE à 200 MG	1 BOITE 10 GELULE	82,00	82,00	51,10	51,10	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118001170340	XALACOM	LATANOPROST / TIMOLOL	COLLYRE à 50 / 5 µG / MG	1 FLACON 2,5 ML	213,00	213,00	132,80	132,80	ANTIGLAUCOMATEUX	P
6118001120482	XALATAN	LATANOPROST	COLLYRE à 0.005 %	1 FLACON 2,5 ML	157,00	102,10	97,80	63,60	ANTIGLAUCOMATEUX	P
6118000081364	XANAX	ALPRAZOLAM	COMPRIME SECABLE à 0.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	40,30	31,00	25,10	19,30	ANXIOLYTIQUE	P
6118001070954	XANTHIUM LP	THEOPHYLLINE	GELULE LP à 200 MG	1 BOITE 30 GELULE	21,80	21,80	13,60	13,60	BRONCHODILATEUR	G
6118001070961	XANTHIUM LP	THEOPHYLLINE	GELULE LP à 400 MG	1 BOITE 30 GELULE	37,60	37,60	23,50	23,50	BRONCHODILATEUR	G
6118001070688	XANTHIUM LP	THEOPHYLLINE	GELULE LP à 300 MG	1 BOITE 60 GELULE	51,50	51,50	32,20	32,20	BRONCHODILATEUR	G
6118001090631	XARELTO	RIVAROXABAN	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 5 COMPRIME PELLICULE	208,00	208,00	130,00	130,00	ANTITHROMBOTIQUE	P
6118001090648	XARELTO	RIVAROXABAN	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	376,00	376,00	250,00	250,00	ANTITHROMBOTIQUE	P
6118001090792	XARELTO	RIVAROXABAN	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	529,00	529,00	352,00	352,00	ANTITHROMBOTIQUE	P
6118001090778	XARELTO	RIVAROXABAN	COMPRIME PELLICULE à 15 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	529,00	529,00	352,00	352,00	ANTITHROMBOTIQUE	P
6118001090808	XARELTO	RIVAROXABAN	COMPRIME PELLICULE à 20 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	984,00	984,00	704,00	704,00	ANTITHROMBOTIQUE	P
6118001090785	XARELTO	RIVAROXABAN	COMPRIME PELLICULE à 15 MG	1 BOITE 42 COMPRIME	1326,00	1326,00	1056,00	1056,00	ANTITHROMBOTIQUE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE
Guide des Médicaments Remboursables
Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Generique
6118001090655	XARELTO	RIVAROXABAN	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 100 COMPRIME PELLICULE	2622,00	2622,00	2287,00	2287,00	ANTITHROMBOTIQUE	P
6118001081288	XATRAL	ALFUZOSINE	COMPRIME PELLICULE à 2.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	104,80	104,80	65,30	65,30	ALPHA-BLOQUANT	P
6118001081295	XATRAL LP	ALFUZOSINE	COMPRIME LP à 10 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	101,60	58,40	63,30	36,40	ALPHA-BLOQUANT	P
6118001081301	XATRAL LP	ALFUZOSINE	COMPRIME LP à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	267,00	159,30	166,70	99,20	ALPHA-BLOQUANT	P
6118001102297	XAUTIS 10MG	OLANZAPINE	COMPRIME ORODISPERSIBLE à 10 MG	1 BOITE 10 COMPRIME ORODISPERSIBLE	106,80	106,80	66,50	66,50	NEUROLEPTIQUE	G
6118001102303	XAUTIS 10MG	OLANZAPINE	COMPRIME ORODISPERSIBLE à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME ORODISPERSIBLE	281,00	281,00	175,10	175,10	NEUROLEPTIQUE	G
6118001102310	XAUTIS 15MG	OLANZAPINE	COMPRIME ORODISPERSIBLE à 15 MG	1 BOITE 10 COMPRIME ORODISPERSIBLE	148,50	148,50	92,50	92,50	NEUROLEPTIQUE	G
6118001102327	XAUTIS 15MG	OLANZAPINE	COMPRIME ORODISPERSIBLE à 15 MG	1 BOITE 30 COMPRIME ORODISPERSIBLE	360,00	360,00	238,00	238,00	NEUROLEPTIQUE	G
6118001102273	XAUTIS 5MG	OLANZAPINE	COMPRIME ORODISPERSIBLE à 5 MG	1 BOITE 10 COMPRIME ORODISPERSIBLE	65,10	65,10	40,60	40,60	NEUROLEPTIQUE	G
6118001102280	XAUTIS 5MG	OLANZAPINE	COMPRIME ORODISPERSIBLE à 5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME ORODISPERSIBLE	171,40	171,40	106,80	106,80	NEUROLEPTIQUE	G
6118001101832	XAUTIS 7.5 MG	OLANZAPINE	COMPRIME PELLICULE à 7.5 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	87,80	87,80	54,70	54,70	NEUROLEPTIQUE	G
6118001101849	XAUTIS 7.5 MG	OLANZAPINE	COMPRIME PELLICULE à 7.5 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	230,00	230,00	143,80	143,80	NEUROLEPTIQUE	G
6118000021766	XEDILOL	CARVEDILOL	COMPRIME SECABLE à 6.25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	47,00	47,00	29,40	29,40	BETABLOQUANT	G
6118000021773	XEDILOL	CARVEDILOL	COMPRIME SECABLE à 25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	95,00	95,00	59,40	59,40	BETABLOQUANT	G
6118001050611	XELODA	CAPECITABINE	COMPRIME PELLICULE à 150 MG	1 BOITE 60 COMPRIME			559,70	559,70	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001050604	XELODA	CAPECITABINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 120 COMPRIME	1983,00	1947,00	1732,00	1695,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000140627	XENID	DICLOFENAC	SOLUTION INJECTABLE à 75 MG	1 BOITE 2 AMPOULE INJECTABLE	15,90	15,90	9,90	9,90	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000140504	XENID	DICLOFENAC	SOLUTION INJECTABLE à 75 MG	1 BOITE 6 AMPOULE INJECTABLE	46,90	46,90	29,20	29,20	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000140511	XENID	DICLOFENAC	COMPRIME ENROBE GASTRO-RESISTANT à 50 MG	1 BOITE 30 COMPRIME GASTRO-RESISTANT	46,60	46,60	29,10	29,10	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000140566	XENID	DICLOFENAC	COMPRIME ENROBE GASTRO-RESISTANT à 25 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	27,00	27,00	16,80	16,80	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000140498	XENID	DICLOFENAC	SUPPOSITOIRE à 25 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	13,40	13,40	8,40	8,40	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000140559	XENID	DICLOFENAC	SUPPOSITOIRE à 100 MG	1 BOITE 10 SUPPOSITOIRE	30,10	30,10	18,70	18,70	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118001271757	XEPINE	CAPECITABINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 120 COMPRIME PELLICULE	1947,00	1947,00	1695,00	1695,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118000033103	XERIUM 20 MG	PAROXETINE	COMPRIME SECABLE à 20 MG	1 BOITE 14 COMPRIME SECABLE	70,00	70,00	43,60	43,60	ANTIDEPRESSEUR	G
6118000033110	XERIUM 20 MG	PAROXETINE	COMPRIME SECABLE à 20 MG	1 BOITE 28 COMPRIME SECABLE	123,20	123,20	76,80	76,80	ANTIDEPRESSEUR	G
6118000033127	XERIUM 20 MG	PAROXETINE	COMPRIME SECABLE à 20 MG	1 BOITE 56 COMPRIME SECABLE	216,00	216,00	135,10	135,10	ANTIDEPRESSEUR	G
6118001040421	XOLA 2%	DORZOLAMIDE	COLLYRE à 2 %	1 FLACON 5 ML	95,20	95,20	59,30	59,30	INHIBITEUR DE L'ANHYDRASE CARBONIQUE	G
6118001040278	XOLAMOL	DORZOLAMIDE / TIMOLOL	COLLYRE à 20 / 5 MG / MG	1 FLACON 5 ML	110,70	110,70	69,00	69,00	ANTI GLAUCOMATEUX	G
6118001270873	XYLATIN 100	OXALIPLATINE	POUDRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION à 100 MG	1 FLACON 20 ML	1869,00	1869,00	1615,00	1615,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001270866	XYLATIN 50	OXALIPLATINE	POUDRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION à 50 MG	1 FLACON 10 ML	1089,00	1089,00	812,00	812,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001020713	XYLOCAINE 2% ADRENALINE	ADRENALINE / LIDOCAINE	SOLUTION INJECTABLE à 2 / 2 % / %	1 BOITE 1 FLACON	17,20	17,20	10,70	10,70	ANESTHESIQUE LOCAL	P
6118000081296	XYTENOL	ATENOLOL	COMPRIME SECABLE à 100 MG	1 BOITE 14 COMPRIME SECABLE	34,70	34,70	21,70	21,70	BETABLOQUANT	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000081302	XYTENOL	ATENOLOL	COMPRIME SECABLE à 100 MG	1 BOITE 28 COMPRIME SECABLE	66,30	66,30	41,40	41,40	BETABLOQUANT	G
6118000081319	XYTENOL	ATENOLOL	COMPRIME SECABLE à 100 MG	1 BOITE 56 COMPRIME SECABLE	122,40	122,40	76,50	76,50	BETABLOQUANT	G
6118001072545	YPEVA 100 MG (25 MG/ML)	BEVACIZUMAB	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 100 MG	1 BOITE 1 FLACON	2908,00	2908,00	2582,00	2582,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001072552	YPEVA 400 MG (25 MG/ML)	BEVACIZUMAB	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 400 MG	1 BOITE 1 FLACON	9511,00	9511,00	9333,00	9333,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118000120155	ZADRYL	CETIRIZINE	SOLUTION BUvable à 1 MG	1 FLACON 60 ML	31,90	31,90	19,90	19,90	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000120148	ZADRYL	CETIRIZINE	COMPRIME ENROBE SECABLE à 10 MG	1 BOITE 15 COMPRIME ENROBE	52,00	52,00	32,40	32,40	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000120698	ZADRYL	CETIRIZINE	COMPRIME ENROBE SECABLE à 10 MG	1 BOITE 30 COMPRIME ENROBE	91,50	91,50	57,00	57,00	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000041115	ZAMOX	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUvable à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 12 SACHET	98,00	98,00	61,10	61,10	PENICILLINE	G
6118000041160	ZAMOX	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUvable à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 16 SACHET	116,00	116,00	72,30	72,30	PENICILLINE	G
6118000041177	ZAMOX	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUvable à 1 / 125 G / MG	1 BOITE 24 SACHET	167,00	167,00	104,00	104,00	PENICILLINE	G
6118000041122	ZAMOX	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUvable à 500 / 62.5 MG / MG	1 BOITE 12 SACHET	68,00	68,00	42,40	42,40	PENICILLINE	G
6118000041146	ZAMOX	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUvable à 100 / 12.5 MG / MG	1 FLACON 30 ML	43,00	43,00	26,80	26,80	PENICILLINE	G
6118000041139	ZAMOX	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE	POUDRE POUR SUSPENSION BUvable à 100 / 12.5 MG / MG	1 FLACON 60 ML	70,00	70,00	43,60	43,60	PENICILLINE	G
6118000020851	ZANIDIP	LERCANIDIPINE	COMPRIME ENROBE SECABLE à 10 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	71,30	71,30	44,50	44,50	INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118000020844	ZANIDIP	LERCANIDIPINE	COMPRIME ENROBE SECABLE à 10 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	128,00	128,00	80,00	80,00	INHIBITEUR CALCIQUE	P
6118001300167	ZANOCIN OD 400 MG	OFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE LP à 400 MG	1 BOITE 10 COMPRIME PELLICULE	111,60	111,60	69,50	69,50	FLUOROQUINOLONE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001000340	ZAREX	CARBOPLATINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 150 MG	1 BOITE 1 FLACON	968,00	968,00	687,00	687,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001000357	ZAREX	CARBOPLATINE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 450 MG	1 BOITE 1 FLACON	2289,00	2289,00	1944,00	1944,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001031337	ZARZIO 30 MUI/0.5 ML	FILGRASTIM	SOLUTION INJECTABLE à 30 MUI	1 BOITE 5 SERINGUE PREREMPLIE	1194,00	1194,00	896,00	896,00	FACTEUR DE CROISSANCE	G
6118001031320	ZARZIO 48 MUI/0.5 ML	FILGRASTIM	SOLUTION INJECTABLE à 48 MUI	1 BOITE 5 SERINGUE PREREMPLIE	1848,00	1848,00	1568,00	1568,00	FACTEUR DE CROISSANCE	G
6118000400110	ZAURAC 20 MG	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 7 GELULE	20,00	20,00	12,50	12,50	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000400127	ZAURAC 20 MG	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 14 GELULE	40,00	40,00	24,90	24,90	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000400134	ZAURAC 20 MG	OMEPRAZOLE	GELULE à 20 MG	1 BOITE 28 GELULE	80,00	80,00	49,90	49,90	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118001170357	ZAVEDOS	IDARUBICINE	POUDRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION à 5 MG	1 FLACON 1 ML	806,00	806,00	535,00	535,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001170364	ZAVEDOS	IDARUBICINE	POUDRE POUR SOLUTION POUR PERFUSION à 10 MG	1 FLACON 1 ML	1268,00	1268,00	997,00	997,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001182862	ZECLAR	CLARITHROMYCINE	GRANULE POUR SUSPENSION BUvable à 25 MG/ML	1 FLACON 100 ML	98,90	98,90	61,60	61,60	MACROLIDE	P
6118000011842	ZECLAR	CLARITHROMYCINE	COMPRIME PELLICULE à 500 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	192,20	192,20	119,80	119,80	MACROLIDE	P
6118001141340	ZEFFIX	LAMIVUDINE	COMPRIME PELLICULE à 100 MG	1 BOITE 28 COMPRIME PELLICULE	914,00	914,00	632,00	632,00	ANTIVIRAL	P
6118001170456	ZELDOX	ZIPRASIDONE	GELULE à 40 MG	1 BOITE 14 GELULE	318,00	318,00	211,00	211,00	NEUROLEPTIQUE	P
6118001170517	ZELDOX	ZIPRASIDONE	GELULE à 60 MG	1 BOITE 14 GELULE	378,00	378,00	250,00	250,00	NEUROLEPTIQUE	P
6118001072569	ZELVA 100 MG	RITUXIMAB	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 100 MG	2 FLACON 10 ML	4209,00	4209,00	3921,00	3921,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G
6118001072576	ZELVA 500 MG	RITUXIMAB	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 500 MG	1 FLACON 50 ML	9735,00	9735,00	9552,00	9552,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000331209	ZENOVAN 160 MG	VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 160 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	183,50	183,50	114,70	114,70	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000331162	ZENOVAN 40 MG	VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 40 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	82,50	82,50	51,60	51,60	ANTAGONISTE DE L'ANGIOTENSINE II	G
6118000331186	ZENOVAN 80 MG	VALSARTAN	COMPRIME PELLICULE à 80 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	137,60	137,60	86,00	86,00	ANTIHYPERTENSEUR	G
6118000331285	ZENOXIA 15 MG	MELOXICAM	COMPRIME SECABLE à 15 MG	1 BOITE 10 COMPRIME SECABLE	43,90	43,90	27,30	27,30	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000331292	ZENOXIA 15 MG	MELOXICAM	COMPRIME SECABLE à 15 MG	1 BOITE 20 COMPRIME SECABLE	87,40	87,40	54,40	54,40	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000331261	ZENOXIA 7,5 MG	MELOXICAM	COMPRIME à 7,5 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	29,00	29,00	18,10	18,10	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000331278	ZENOXIA 7,5 MG	MELOXICAM	COMPRIME à 7,5 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	53,10	53,10	33,10	33,10	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118001141357	ZENTEL	ALBENDAZOLE	SUSPENSION BUVABLE à 4 %	1 FLACON 10 ML	45,90	23,50	28,60	14,60	ANTIPARASITAIRE	P
6118001141364	ZENTEL	ALBENDAZOLE	COMPRIME à 400 MG	1 BOITE 1 COMPRIME	37,30	21,30	23,20	13,30	ANTIPARASITAIRE	P
6118000040873	ZEPAM	BROMAZEPAM	COMPRIME QUADRISECABLE à 6 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	34,70	34,70	21,60	21,60	ANXIOLYTIQUE	G
6118001151295	ZEPTOL LP 200 MG	CARBAMAZEPINE	COMPRIME PELLICULE LP à 200 MG	1 BOITE 50 COMPRIME PELLICULE	60,00	60,00	37,40	37,40	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	G
6118001151301	ZEPTOL LP 400 MG	CARBAMAZEPINE	COMPRIME PELLICULE LP à 400 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	65,00	65,00	40,50	40,50	ANTIEPILEPTIQUE ANTICONVULSIVANT	G
6118001182794	ZERIT	STAVUDINE	GELULE à 30 MG	1 BOITE 56 GELULE	2073,00	2073,00	1825,00	1825,00	ANTIVIRAL	P
6118001182800	ZERIT	STAVUDINE	GELULE à 40 MG	1 BOITE 56 GELULE	2261,00	2261,00	1916,00	1916,00	ANTIVIRAL	P
6118001110414	ZIACAINE 2 % SPECIALE	LIDOCAINE	SOLUTION INJECTABLE POUR USAGE DENTAIRE à 36 MG	1 BOITE 50 CARTOUCHE	297,00	297,00	196,90	196,90	ANESTHESIQUE LOCAL	P
6118001271023	ZIDIME 1G	CEFTAZIDIME	POUDRE POUR PREPARATION INJECTABLE à 1 G	1 BOITE 1 FLACON	94,00	94,00	58,60	58,60	CEPHALOSPORINE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001100057	ZIDOVIR	ZIDOVUDINE	SOLUTION BUVABLE à 50 MG	1 FLACON 100 ML	90,70	90,70	56,70	56,70	ANTIVIRAL	G
6118001100040	ZIDOVIR	ZIDOVUDINE	GELULE à 100 MG	1 BOITE 100 GELULE	226,00	226,00	141,70	141,70	ANTIVIRAL	G
6118000130147	ZIFAR	LORATADINE	COMPRIME à 10 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	15,00	15,00	9,30	9,30	ANTIHISTAMINIQUE H1	G
6118000080459	ZILDAM	PIROXICAM	GELULE à 20 MG	1 BOITE 10 GELULE	30,60	30,60	19,10	19,10	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118000093947	ZILDEN	DILTIAZEM	COMPRIME à 60 MG	1 BOITE 30 COMPRIME	53,40	53,40	33,40	33,40	INHIBITEUR CALCIQUE	G
6118001141791	ZINNAT	CEFUROXIME	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 750 MG	1 BOITE 1 FLACON	59,40	34,20	37,00	21,30	CEPHALOSPORINE	P
6118001141425	ZINNAT	CEFUROXIME	SUSPENSION BUVABLE à 125 MG	1 FLACON 50 ML	94,80	94,80	59,10	59,10	CEPHALOSPORINE	P
6118001141432	ZINNAT	CEFUROXIME	SUSPENSION BUVABLE à 250 MG	1 FLACON 50 ML	111,70	111,70	69,60	69,60	CEPHALOSPORINE	P
6118001141401	ZINNAT	CEFUROXIME	COMPRIME PELLICULE à 125 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	68,60	55,70	42,70	34,70	CEPHALOSPORINE	P
6118001141449	ZINNAT	CEFUROXIME	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	195,20	99,40	129,10	61,90	CEPHALOSPORINE	P
6118001141807	ZINNAT	CEFUROXIME	COMPRIME PELLICULE à 250 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	139,20	139,20	86,70	86,70	CEPHALOSPORINE	P
6118001271122	ZINOXIME 750 MG IM/IV	CEFUROXIME	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 750 MG	1 BOITE 1 FLACON	34,20	34,20	21,30	21,30	CEPHALOSPORINE	G
6118000250463	ZITHROMAX	AZITHROMYCINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 100 MG	1 BOITE 3 SACHET	72,40	51,00	45,10	31,80	MACROLIDE	P
6118000250470	ZITHROMAX	AZITHROMYCINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 200 MG	1 BOITE 3 SACHET	128,40	89,00	80,00	55,40	MACROLIDE	P
6118000250487	ZITHROMAX	AZITHROMYCINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 300 MG	1 BOITE 3 SACHET	193,10	135,00	120,30	84,10	MACROLIDE	P
6118000250494	ZITHROMAX	AZITHROMYCINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 400 MG	1 BOITE 3 SACHET	256,00	179,00	160,00	111,50	MACROLIDE	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000250456	ZITHROMAX	AZITHROMYCINE	POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE à 200 MG	1 FLACON 15 ML	63,30	63,30	39,50	39,50	MACROLIDE	P
6118000250500	ZITHROMAX	AZITHROMYCINE	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 3 COMPRIME	79,70	79,70	49,70	49,70	MACROLIDE	P
6118000410041	ZIVLOX 400MG	MOXIFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 400 MG	1 BOITE 5 COMPRIME PELLICULE	196,50	196,50	122,40	122,40	FLUOROQUINOLONE	G
6118000410034	ZIVLOX 400MG	MOXIFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 400 MG	1 BOITE 7 COMPRIME PELLICULE	267,00	267,00	166,50	166,50	FLUOROQUINOLONE	G
6118001160242	ZOCOR	SIMVASTATINE	COMPRIME ENROBE SECABLE à 20 MG	1 BOITE 14 COMPRIME	64,50	51,70	40,30	32,30	HYPOLIPEMIANT	P
6118001160259	ZOCOR	SIMVASTATINE	COMPRIME ENROBE SECABLE à 20 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	116,70	91,00	72,90	56,90	HYPOLIPEMIANT	P
6118001160273	ZOCOR	SIMVASTATINE	COMPRIME ENROBE GASTRO-RESISTANT à 40 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	176,00	159,60	110,00	99,70	HYPOLIPEMIANT	P
6118000300021	ZOFORA	PIROXICAM	GELULE à 20 MG	1 BOITE 15 GELULE	43,90	43,90	29,00	29,00	ANTI-INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN	G
6118001182534	ZOLADEX 10.8 MG	GOSERELINE	IMPLANT INJECTABLE à 10.8 MG	1 KIT 1 IMPLANT INJECTABLE	3340,00	3340,00	3026,00	3026,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118001182541	ZOLADEX 3.6 MG	GOSERELINE	IMPLANT INJECTABLE à 3.6 MG	1 BOITE 1 SERINGUE PREREPLIE	1346,00	1346,00	1077,00	1077,00	ANTINEOPLASIQUE CYTOTOXIQUE	P
6118000241676	ZOLAM	LANSOPRAZOLE	GELULE à 15 MG	1 BOITE 14 GELULE GASTRO-RESISTANTE	38,00	38,00	23,70	23,70	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000240952	ZOLAM	LANSOPRAZOLE	GELULE à 30 MG	1 BOITE 14 GELULE	70,70	70,70	44,00	44,00	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000241683	ZOLAM	LANSOPRAZOLE	GELULE à 15 MG	1 BOITE 28 GELULE GASTRO-RESISTANTE	72,00	72,00	44,90	44,90	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000240969	ZOLAM	LANSOPRAZOLE	GELULE à 30 MG	1 BOITE 28 GELULE	120,70	120,70	75,20	75,20	INHIBITEUR DE LA POMPE A PROTON	G
6118000250685	ZOLOFT	SERTRALINE	GELULE à 50 MG	1 BOITE 15 GELULE	71,00	71,00	44,20	44,20	ANTIDEPRESSEUR	P
6118000250692	ZOLOFT	SERTRALINE	GELULE à 50 MG	1 BOITE 30 GELULE	126,80	126,80	79,00	79,00	ANTIDEPRESSEUR	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000250708	ZOLOFT	SERTRALINE	GELULE à 50 MG	1 BOITE 60 GELULE	201,00	201,00	125,40	125,40	ANTIDEPRESSEUR	P
6118001030422	ZOMETA	ACIDE ZOLEDRONIQUE	SOLUTION A DILUER POUR PERFUSION à 4 MG	1 FLACON 5 ML	2513,00	1412,00	2176,00	1120,00	BIPHOSPHONATE	P
6118001182558	ZOMIG	ZOLMITRIPTAN	COMPRIME PELLICULE à 2.5 MG	1 BOITE 6 COMPRIME	323,00	323,00	214,00	214,00	ANTI-MIGRAINEUX	P
6118001272204	ZONOS 4MG	ACIDE ZOLEDRONIQUE	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE à 4 MG	1 FLACON 5 ML	1451,00	1451,00	1160,00	1160,00	BIPHOSPHONATE	G
6118001141487	ZOPHREN	ONDANSETRON	SOLUTION INJECTABLE à 4 MG	1 BOITE 5 AMPOULE INJECTABLE	461,00	321,00	305,00	213,00	ANTIEMETIQUE	P
6118001141494	ZOPHREN	ONDANSETRON	SOLUTION INJECTABLE à 8 MG	1 BOITE 5 AMPOULE INJECTABLE	793,00	643,00	525,00	426,00	ANTIEMETIQUE	P
6118001141500	ZOPHREN	ONDANSETRON	COMPRIME PELLICULE à 4 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	447,00	188,00	296,00	117,10	ANTIEMETIQUE	P
6118001141517	ZOPHREN	ONDANSETRON	COMPRIME PELLICULE à 8 MG	1 BOITE 10 COMPRIME	609,00	357,00	403,00	236,00	ANTIEMETIQUE	P
6118000180708	ZOPIDOX	ZOLPIDEM	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 20 COMPRIME PELLICULE	45,00	45,00	28,00	28,00	HYPNOTIQUE	G
6118000032830	ZOTROL	ATENOLOL	COMPRIME SECABLE à 100 MG	1 BOITE 14 COMPRIME SECABLE	25,00	25,00	15,60	15,60	BETABLOQUANT	G
6118000032847	ZOTROL	ATENOLOL	COMPRIME SECABLE à 100 MG	1 BOITE 28 COMPRIME SECABLE	45,00	45,00	28,10	28,10	BETABLOQUANT	G
6118000032854	ZOTROL	ATENOLOL	COMPRIME SECABLE à 100 MG	1 BOITE 98 COMPRIME SECABLE	148,00	148,00	92,50	92,50	BETABLOQUANT	G
6118000280224	ZOVAS	SIMVASTATINE	COMPRIME ENROBE SECABLE à 20 MG	1 BOITE 30 COMPRIME PELLICULE	97,60	97,60	61,00	61,00	HYPOLIPEMIANT	G
6118001141562	ZOVIRAX	ACICLOVIR	POUDRE POUR PERFUSION à 250 MG	1 BOITE 1 FLACON	171,40	171,40	106,80	106,80	ANTIVIRAL	P
6118001141579	ZOVIRAX	ACICLOVIR	POMMADE OPHTALMIQUE à 3 %	1 TUBE 4,5 G	85,30	85,30	53,10	53,10	ANTIVIRAL	P
6118001141531	ZOVIRAX	ACICLOVIR	COMPRIME à 200 MG	1 BOITE 25 COMPRIME	207,00	171,00	129,00	106,50	ANTIVIRAL	P

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118001170814	ZOXAN LP 4MG	DOXAZOSINE	COMPRIME LP à 4 MG	1 BOITE 28 COMPRIME A LP	133,00	133,00	82,90	82,90	ALPHA-BLOQUANT UROSELECTIF	P
6118000072096	ZYLAX 400 MG	MOXIFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 400 MG	1 BOITE 5 COMPRIME PELLICULE	144,70	144,70	90,20	90,20	FLUOROQUINOLONE	G
6118000072102	ZYLAX 400 MG	MOXIFLOXACINE	COMPRIME PELLICULE à 400 MG	1 BOITE 7 COMPRIME PELLICULE	196,60	196,60	122,50	122,50	FLUOROQUINOLONE	G
6118000022244	ZYLORIC	ALLOPURINOL	COMPRIME à 200 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	31,30	31,30	19,50	19,50	ANTIGOUTTEUX HYPO-URICEMIAN	P
6118000022275	ZYLORIC	ALLOPURINOL	COMPRIME à 300 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	43,20	43,20	26,90	26,90	ANTIGOUTTEUX HYPO-URICEMIAN	P
6118000022251	ZYLORIC	ALLOPURINOL	COMPRIME à 100 MG	1 BOITE 50 COMPRIME	38,60	26,20	25,50	16,30	ANTIGOUTTEUX HYPO-URICEMIAN	P
6118000022268	ZYLORIC	ALLOPURINOL	COMPRIME à 100 MG	1 BOITE 100 COMPRIME	46,70	46,70	29,10	29,10	ANTIGOUTTEUX HYPO-URICEMIAN	P
6118000082354	ZYNARA 4 MG	PERINDOPRIL	COMPRIME SECABLE à 4 MG	1 BOITE 10 COMPRIME SECABLE	36,00	36,00	22,50	22,50	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000082361	ZYNARA 4 MG	PERINDOPRIL	COMPRIME SECABLE à 4 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	95,00	95,00	59,40	59,40	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000082378	ZYNARA 4 MG	PERINDOPRIL	COMPRIME SECABLE à 4 MG	1 BOITE 60 COMPRIME SECABLE	170,00	170,00	106,20	106,20	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000082385	ZYNARA 8 MG	PERINDOPRIL	COMPRIME SECABLE à 8 MG	1 BOITE 10 COMPRIME SECABLE	60,00	60,00	37,50	37,50	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000082392	ZYNARA 8 MG	PERINDOPRIL	COMPRIME SECABLE à 8 MG	1 BOITE 30 COMPRIME SECABLE	160,00	160,00	100,00	100,00	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118000082408	ZYNARA 8 MG	PERINDOPRIL	COMPRIME SECABLE à 8 MG	1 BOITE 60 COMPRIME SECABLE	285,00	285,00	189,40	189,40	INHIBITEUR DE L ENZYME DE CONVERSION	G
6118001070657	ZYPREXA	OLANZAPINE	COMPRIME PELLICULE à 10 MG	1 BOITE 7 COMPRIME	234,00	80,00	145,80	49,80	NEUROLEPTIQUE	P
6118001070664	ZYPREXA	OLANZAPINE	COMPRIME PELLICULE à 5 MG	1 BOITE 28 COMPRIME	465,00	160,00	308,00	99,70	NEUROLEPTIQUE	P
6118000032960	ZYRDOL	METRONIDAZOLE	COMPRIME à 250 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	17,00	17,00	10,60	10,60	NITRO-IMIDAZOLE	G

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Guide des Médicaments Remboursables

Classement par Nom Commercial

Version : GMR_07_24

CODE EAN 13	Nom de la spécialité ou nom commercial du médicament	Dénomination Commune Internationale	Forme & Dosage	Présentation	Prix Public de Vente (PPV)	Prix Base de Remboursement (PPV)	Prix Hospitalier (PH)	Prix Base de Remboursement (PH)	Classe Thérapeutique	P: Princeps G : Générique
6118000032977	ZYRDOL	METRONIDAZOLE	COMPRIME à 500 MG	1 BOITE 20 COMPRIME	29,00	29,00	18,10	18,10	ANTIAMIBIEN ANTIBIOTIQUE NITRO-5 IMIDAZOLE	G
6118000032946	ZYRDOL 125 MG/5ML	METRONIDAZOLE	SUSPENSION BUVABLE à 25 MG/ML	1 FLACON 120 ML	22,00	22,00	13,70	13,70	NITRO-IMIDAZOLE	G