

## IMSO - Formulaire de remboursement des médicaments 2018

Nom:

Prénom :

Mois - Année :

| Specialité             | Dénomination générique        | Prix plein | Payé par vous | %   | Remboursé par IMSO |
|------------------------|-------------------------------|------------|---------------|-----|--------------------|
| <b>FAMPYRA</b>         | Fampridine                    |            |               | 25% | *                  |
| <b>BETMIGA</b>         | Mirabegron                    |            |               | 25% | *                  |
| <b>BOTOX - DYSPORT</b> | Botuline toxine type A        |            |               | 25% | *                  |
| <b>CACIT VIT D3</b>    | Calciumcarbonaat + calciferol |            |               | 25% | *                  |
| CIPRAMIL/SIPRALEXA     | (E)Citalopram                 |            |               | 25% |                    |
| CYMBALTA               | Duloxetine                    |            |               | 25% |                    |
| DETRUSITOL             | Tolterodine                   |            |               | 25% |                    |
| DITROPAN               | Oxybutyninehydrochloride      |            |               | 25% |                    |
| EFEXOR                 | Venlafaxine                   |            |               | 25% |                    |
| FOSAMAX                | Natriumalendronaat            |            |               | 25% |                    |
| HYTRIN                 | Terazosine                    |            |               | 25% |                    |
| LIORESAL               | Baclofen                      |            |               | 25% |                    |
| LYRICA                 | Pregabaline                   |            |               | 25% |                    |
| MICROLAX               | Natriumcitraat + sulfoacetaat |            |               | 25% |                    |
| MOVICOL                | Kaliumchloride + Macrogol     |            |               | 25% |                    |
| NEURONTIN              | Gabapentine                   |            |               | 25% |                    |
| OMEPRAZOLE             | Omeprazole                    |            |               | 25% |                    |
| <b>OMIC</b>            | Tamsulosinehydrochloride      |            |               | 25% | *                  |
| <b>RESOLOR</b>         | Prucalopride                  |            |               | 25% | *                  |
| RIVOTRIL               | Clonazepam                    |            |               | 25% |                    |
| SIRDALUD               | Tizanidine                    |            |               | 25% |                    |
| <b>TRILEPTAL</b>       | Oxcarbazepine                 |            |               | 25% | *                  |
| VESICARE               | Solifenacinesuccinaat         |            |               | 25% |                    |
| XANAX                  | Alprazolam                    |            |               | 25% |                    |

\* Si prescrit par un médecin du centre de Melsbroek

IMSO n'intervient que pour ces médicaments et au % indiqué

|         |
|---------|
| Total : |
|---------|

Ce formulaire doit toujours être accompagné d'un document modèle 702 ou BVAC