

IMSO - Formulaire de remboursement des médicaments 2025

Nom:

Prénom :

Mois - Année :

Specialité	Dénomination générique	Prix plein	Payé par vous	%	Remboursé par IMSO
FAMPYRA	Fampridine			25%	*
BETMIGA	Mirabegron			25%	*
BOTOX - DYSPORT	Botuline toxine type A			25%	*
CACIT VIT D3	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%	
OMIC	Tamsulosinehydrochloride			25%	*
RESOLOR	Prucalopride			25%	*
RIVOTRIL	Clonazepam			25%	
SIRDALUD	Tizanidine			25%	
TRILEPTAL	Oxcarbazepine			25%	*
VESICARE	Solifenacinesuccinaat			25%	
XANAX	Alprazolam			25%	

* Si prescrit par un médecin du centre de Melsbroek

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

Total :

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