

# CGSP CHEMINOTS ACOD SPOOR

## INFOS PENSIONNES

**Numéro spécial**

**Caisse de Solidarité Sociale :  
Encore plus d'avantages en 2024**

Edition Nationale 2024



Version francophone

## **Préambule**

Depuis 2018, chaque année en janvier, nous publions cette brochure afin d'informer nos pensionnés des nouvelles interventions de la Caisse de Solidarité Sociale obtenues grâce à une étroite coopération entre nos représentants syndicaux et les représentants de H-HR. Cette brochure est un moyen facile et pratique pour que les pensionnés puissent se tenir informés. A titre indicatif, les montants repris dans cette brochure sont ceux arrêtés au 01/01/2024. Suite aux négociations syndicales constantes, ces montants peuvent varier en cours d'année, mais aussi parce que certains d'entre-eux sont indexés.

Cette brochure crée également un lien avec les Actifs en fin de carrière qui, au travers de celle-ci, peuvent se rendre compte à quoi ils pourront prétendre dès leur mise à la retraite.

La Caisse de Solidarité Sociale, financée pour moitié par notre employeur et pour l'autre moitié par l'ensemble des cheminots, permet d'octroyer toute une série d'avantages aux ayants droit, comme des interventions supplémentaires sur les soins de santé en surplus des montants remboursés par la Caisse des Soins de Santé. Mais aussi sur les médicaments repris sur la liste D (voir liste D annexée à la brochure). Les médicaments repris sur cette liste voient leur prix limité à 5 euros (3,25 pour les BIM). La C.S.S. nous permet de bénéficier de la gratuité en cas d'hospitalisation en chambre à deux lits et moyennant supplément en chambre particulière. Elle intervient aussi pour l'allocation d'hiver, l'indemnité de funérailles, de décès, les vacances et les loisirs, l'aide familiale etc.... (voir tableau des interventions pages 5 à 12).

Pour bénéficier de bon nombre de ces avantages il a lieu de compléter et faire compléter par les prestataires les formulaires requis. Voir page suivante pour savoir où et comment trouver les formulaires.

(\*) **Où trouver les formulaires à compléter pour obtenir les interventions de la C.S.S.**

- 1- Auprès de votre Régionale ou **à la fin de cette brochure** (voir tableau page 4).
- 2- Dans la revue « Le Rail » conjointement à l'article mentionnant l'intervention de la CSS (possible aussi de faire photocopie du document)
- 3- Par internet sur le site de HR-Rail ([www.hr-rail.be](http://www.hr-rail.be)) mais aussi sur RailCare ([www.hr-railcare.be](http://www.hr-railcare.be)) dans la rubrique « Formulaires et autres Documents ».
- 4- Auprès du CMR dont vous dépendez en adressant un mail ou en téléphonant aux numéros gratuits ci-après :

CMR Bruxelles 0800/95 482 ([cmrbruxelles@hr-rail.be](mailto:cmrbruxelles@hr-rail.be))

CMR Mons et Charleroi 0800/95 484 ([cmrmons@hr-rail.be](mailto:cmrmons@hr-rail.be))

CMR Namur, Liège et Arlon 0800/95 485([cmrnamur@hr-rail.be](mailto:cmrnamur@hr-rail.be))



<b><u>Table des matières (par ordre alphabétique) :</u></b>	<b>Pages</b>
Assistants Sociaux et points de contacts régionaux .....	13 et 14
Avantages et Interventions de la Caisse de Solidarité Sociale.....	5 à 12
Où trouver les formulaires de demande d'intervention.....	3
Formulaires pour bénéficier des interventions de la C.S.S..... (Tableau récapitulatif ci-dessous)	18 à 35
Liste D (liste des médicaments prix maximum de 5 € (3,25 BIM) .....	36 à 50
Quelques infos utiles .....	15 à 17

**Liste des formulaires disponibles en annexe (par ordre alphabétique)**

<i>Concerne</i>	<i>Page</i>		<i>Page</i>
<i>Allocation d'hiver/cadeau de fin d'année</i>	29	<i>Procuration</i>	30
<i>Activité artistique</i>	32	<i>Prothèse dentaire</i>	24
<i>Court séjour en maison de repos</i>	31	<i>Prothèse dentaire spéciale</i>	28
<i>Centre de jour pour handicapé</i>	34	<i>Psychologue</i>	21
<i>Diététique</i>	22	<i>Remboursement soins à l'étranger</i>	27
<i>Dépistage</i>	23	<i>Semelles podologique</i>	35
<i>Incontinence</i>	33	<i>Sevrage tabagique</i>	20
<i>Pédicure</i>	25	<i>Sport</i>	18
<i>Piles et chargeur appareils auditifs</i>	19	<i>Transport non urgent</i>	26



## Tableau récapitulatif des interventions de la Caisse de Solidarité Sociale

Pour plus d'informations renseignez-vous auprès de votre CMR ou de l'Assistant(e) Social(e). Voir pages 13 et 14.

**POUR TOUT CAS NON REPRIS DANS LE TABLEAU CI-APRES, ADRESSEZ-VOUS A VOTRE PERMANENT REGIONAL QUI AU BESOIN FERA SUIVRE AUX INSTANCES NATIONALES DE LA CGSP/ACOD.**

**Par ordre alphabétique :**

<u>Motif</u>	<u>Montant</u>	<u>Conditions</u>
<b>A</b>		
<b>Abonnement à un club de sport valable minimum 3 mois</b>	50 € par année calendrier. Si sports olympiques reconnus + la marche, la danse, la pétanque, le fitness, le yoga, le squash.... Liste complète sur RailCare.	Faire compléter formulaire disponible en fin de cette brochure, sur HR-Rail, mais aussi au CMR ou au Club même. Mentionner : Nom, type d'abonnement, durée de validité et montant payé.
<b>Aide au sevrage tabagique</b>	150 € pour achat de substituts nicotiques sur prescription médicale ----- 50 € par an pour consultation d'un tabacologue	Forfait unique. Remplir formulaire ad hoc et joindre tickets de la pharmacie ----- Remboursement des tickets modérateurs. Faire remplir formulaire ad hoc par le tabacologue
<b>Achat et location de matériel médical</b>	1. <u>Achat</u> BIM : 90% du montant de la facture Non BIM: 75 % du montant de la facture Remboursements limités à un montant maximum 2. <u>Location</u> 100% du prix de location, limité à un montant maximum	La Caisse des soins de santé ne doit pas être intervenue. Le matériel médical doit figurer dans la liste des articles remboursés par la Caisse de solidarité sociale.  Demande préalable à introduire à votre centre médical régional, accompagnée d'une attestation médicale et d'une description du matériel
<b>Activité culturelle/Artistique</b>	50 € par an limité au montant de l'inscription	Être inscrit au conservatoire ou à l'académie pour 3 mois

		minimum. Faire remplir le formulaire ad hoc et renvoyer à l'adresse indiquée.
<b>Aides familiales et ménagères</b>	1,50 € par heure prestée	Certificat médical attestant que l'état de santé nécessite une aide à domicile pour les moins de 70 ans
<b>Allocation d'hiver/ voir aussi cadeau de fin d'année (c'est l'un ou l'autre)</b>	Montant forfaitaire compris entre 137,50 et 275 € selon les ressources et la composition du ménage. Voir l'Assistante Sociale pour connaître les revenus maximum autorisés.	Être pensionné, veuf ou orphelin. Conditions reprises dans la revue Le Rail d'août . Compléter le formulaire ad hoc et la procuration et les transmettre à l'adresse indiquée avant le 01/10/2024
<b>Appareils auditifs</b>	Jusqu'à 150 € par appareil.  Voir piles (P) et chargeur	Perte auditive de 40 dB minimum, constatée à l'oreille sur la base d'une audiométrie tonale. L'appareil auditif doit répondre à certaines caractéristiques minimales. Délai de renouvellement à partir de la date de la fourniture antérieure : 5 ans
<b>Assurance hospitalisation</b>	Gratuite en chambre double	Voir tarif pour chambre particulière page : 15

## B

<b>Bouchons d'oreilles de protection (standards ou sur mesure)</b>	Contre le bruit, pour la natation etc .... 30 € par année calendrier.	Achat dans un magasin spécialisé, pas sur internet ni grande surface ; Disposer d'une facture détaillée qui reprend le type de bouchon ; Envoyer au CMR avec vignette.
--	--	--

## C

<b>Cadeau de fin d'année aux personnes placées</b>	Montant forfaitaire alloué compris entre 137 et 275 € sur la base des revenus et de la composition du ménage. Voir Assistante Sociale.	Être pensionné et placé en résidence communautaire. Compléter le formulaire ad hoc et la procuration.
<b>Centre de jour pour personnes âgées</b>	5 € par jour limité au prix réellement payé	Etre âgé de 60 ans et plus. 50 jours par an maximum
<b>Centre de jour pour personnes handicapées</b>	5 € par jour	La demande doit être introduite dans l'année qui suit les jours de fréquentation. Compléter le formulaire ad hoc et transmettre avec la facture.

<b>Chirurgie des yeux ou implant de lentilles</b>	300 € par œil pour prestations relatives à la correction de la myopie, de l'hypermétropie et de l'astigmatisme.	Faire compléter le formulaire ad hoc repris en annexe par le dispensateur de soins et le renvoyer au CMR accompagné de la facture. N'oubliez pas les vignettes sur les 2 documents.
<b>Consultation d'un diététicien</b>	20 € par séance, maximum 6 consultations par année.	Compléter le formulaire ad hoc. Le diététicien devra posséder un n° INAMI. Séances individuelles seulement.
<b>Court séjour en maison de repos</b>	10 € par jour pour une durée de 60 jours maximum par année calendrier	Vous ne séjournez pas plus de 90 jours en maison de repos et vous réintégrez votre domicile ou celui d'un proche. Renvoyez le formulaire ad hoc dans l'année qui suit le dernier jour du séjour.

## D

<b>Don pour noces jubilaires</b>	186 €. Envoyez un extrait d'acte de mariage non timbré muni d'une vignette au bureau H-HR.441.	Les deux conjoints doivent être en vie à la date des 50 ans de mariage.
<b>Don de 1<sup>ère</sup> nécessité en cas de dommages à votre maison</b>	750 € augmenté de 75 € par cohabitant	Contactez l'Assistante sociale dans le mois du sinistre. Être victime d'un incendie, d'une catastrophe naturelle ou d'un véhicule automoteur. L'immeuble touché est celui dans lequel vous résidez. Cave, garage ou annexe pas pris en compte

## E

<b>Examen de dépistage précoce</b>	15 € une fois par année pour le dépistage des maladies cardio-vasculaires, cancer, affections respiratoires, allergies, diabète, et ostéoporose.	Remboursement par CMR sur base d'un formulaire complété et signé par médecin traitant.
------------------------------------	--	--

## G

<b>Garde à domicile des personnes âgées</b>	2 € par heure prestée, limitée à un maximum de 8 heures par jour ou par nuit et de 120 jours par an. Avoir 70 ans ou plus. Service de garde doit être agréé.	Compléter le formulaire ad hoc et le renvoyer avec la facture au CMR dans le courant de l'année qui suit le dernier jour de garde.
---	--	--

## H

<b>Hospitalisation</b>	Prise en charge des tickets modérateurs légaux et par l'assurance hospitalisation en cas de tiers payant.	Être affilié à la Caisse de Soins de Santé. Aviser l'assureur AXA de toute hospitalisation au 078 15 57 40 ou sur <a href="http://www.mediassistance.be">www.mediassistance.be</a> .
<b>Homéopathie</b>	Médicaments repris dans la liste D lettre H soit 5 € (3,50 si BIM) à concurrence de 125 € par an maximum Voir liste D pages 35 à 49	Ils doivent avoir été prescrits par un dispensateur de soins habilité et leur remboursement est subordonné à une demande qui doit être introduite auprès de votre centre médical régional.

## I

<b>Incontinence</b>  (Plus de détails dans Le Rail de Janvier/février 2023 pages 16 et 17)	25 € si vous bénéficiez d'un mini-forfait pour incontinence non traitable. L'intervention pour le forfait doit être demandée tous les 3 ans.	Condition : vous souffrez d'une incontinence continue urinaire ou fécale non traitable. Railcare versera automatiquement le forfait mensuel en fonction de la durée de votre mini-forfait.
	25 € si vous souffrez d'incontinence fécale et si ne recevez aucun forfait de l'INAMI	Faire compléter le formulaire ad hoc par le médecin. L'intervention doit être demandée tous les 3 ans.
	25 € pour une période de 3 mois (renouvelable) durée totale maximum 1 an si vous souffrez d'incontinence urinaire traitable	Faire compléter le formulaire ad hoc par le médecin.

<b>Indemnité de funérailles en cas de décès d'un pensionné statutaire</b>	L'indemnité équivaut au montant brut de la dernière mensualité de pension limitée au maximum à 4007,01 € (au 01/01/24) et limitée aussi au montant réellement payé.	Octroyé au conjoint (non divorcé ni séparé de corps), aux héritiers en ligne directe. A défaut, à la personne qui a assumé les frais funéraires sur base des pièces justificatives (factures). Demande à introduire dans les 12 mois après le décès auprès de l'Assistant Social ou du Bureau HHR 441 – Social Avantages tf 02/525.39.97 mail : <a href="mailto:avantages sociaux@hr-rail.be">avantages sociaux@hr-rail.be</a>
---	---	--

<b>Indemnité de décès octroyé au pensionné statutaire</b>	800 €. Versé automatiquement. Aviser du décès de la personne à charge l'Assistant (e) Social(e) ou le Bureau HHR- 441. tf 02/525.39.97 mail : <a href="mailto:avantages sociaux@hr-rail.be">avantages sociaux@hr-rail.be</a>	Octroyé au pensionné statutaire en cas de décès d'un membre de la famille affilié à la Caisse de Soins de Santé en qualité de personne à charge. (Votre conjoint, votre cohabitant légal ou votre enfant domicilié à la même adresse).
---	--	--

## L

<b>Lunettes et lentilles</b>	Montant forfaitaire de 140 €, limité au montant réellement payé (tous les 2 ans)	Verres correcteurs ou lentilles correctrices de contact. Délai de renouvellement : 2 ans. Prescription de l'ophtalmologue obligatoire s'il s'agit d'un premier achat
------------------------------	--	--

## M

<b>Médecines parallèles : chiropractie et acupuncture.</b>	10 € par séance, maximum 6 consultations par année, toutes disciplines confondues.	Consulter un prestataire de soins reconnu par une association professionnelle agréée. Envoyer au CMR l'attestation délivrée par le prestataire avec ses coordonnées, la date et le prix payé.
<b>ostéopathie</b>	20 € par séance (6 par an)	Idem
<b>Médicaments</b>	Quote-part personnelle maximum 5 € ou 3,25 € si BIM Voir liste D pages 35 à 49	Médicaments repris sur liste D pages 35 à 49. Accord du médecin-conseil pour certains médicaments.

## P

<b>Piles et chargeurs de piles pour appareils auditifs</b>	Forfait de 40 €/an pour les piles, limité au montant réellement payé. Forfait de 100 € 1 fois tous les 4 ans pour un chargeur de piles ou pour un lot de piles compris dans un contrat, limité au montant réellement payé.	Pas de cumul entre piles et chargeur de piles
<b>Prothèse dentaires amovibles</b>	Forfait de 200 € si la Caisse des soins de santé intervient Forfait de 300 € ou 200 € pour une adjonction, une réparation ou un remplacement de la base : intervention forfaitaire différente selon que la CSS intervient ou non et selon les cas	Remplacement de la base 2x par mâchoire et par période courante de 7 années civiles.

<b>Prothèses dentaires spéciales (dents-pivots, couronnes, bridges, implants)</b>	→ Couronne, dent-pivot et bridge : 300 euros par dent → Implant : 600 euros par dent Toujours limité au montant réellement payé.	Envoyez à votre centre médical régional (CMR) la note d'honoraires ou l'attestation de soins donnés accompagnée du formulaire prévu à cet effet (voir à la fin de cette brochure).
<b>Préservatifs et autotest VIH</b>	30 € par année pour les préservatifs. 30 € par année pour les autotests VIH	Achat en pharmacie (pas internet ni grande surface). Remboursement par CMR en une fois sur base de renvoi des tickets de caisse émis par la pharmacie.

## S

<b>Secours au conjoint isolé si conjoint(e) en maison de repos</b>	Complément pour atteindre le revenu d'intégration sociale, après déduction des frais d'hébergement et des revenus du couple. Voir Assistante Sociale.	Un des conjoints est bénéficiaire de la Caisse de solidarité sociale. Un des conjoints est placé en maison de repos. Les revenus mensuels du couple, diminués des frais d'hébergement plafonnés sont inférieurs au revenu d'intégration sociale.
<b>Séjour de convalescence</b>	25 € par jour Utiliser le nouveau formulaire ad hoc. Un certificat médical justifiant le séjour de convalescence est à joindre à la demande ainsi que la facture	Admission dans les 8 jours qui suivent la fin de l'hospitalisation pour une intervention chirurgicale ou la fin d'un traitement pour maladie grave. Maximum 30 jours/an répartis sur 1 ou 2 périodes ininterrompues. Retour au domicile ou chez un proche à l'issue du séjour.
<b>Semelles orthopédiques</b>	Remboursement quote-part personnelle à concurrence de 100% du tarif INAMI	Semelles prescrites par un médecin Spécialiste. Semelles délivrées par un bandagiste. Semelles reprises à la nomenclature des soins de santé. Semelles adaptées selon mesures et empreinte en plâtre ou en mousse, effectuées par le bandagiste ou par le médecin prescripteur.

<b>Semelles Podologiques</b>	25 € pour une et 50 € pour une paire (par année civile)	Prescrites par un podologue agréé INAMI. Voir document ad-hoc.
<b>Soins par pédicure</b>	10,00 € par séance de soins. Pour les plus de 65 ans maximum 6 séances de soins par an.	Pour les personnes de moins de 65 ans sur la base d'un certificat médical attestant que vous souffrez de certaines affections ou d'une perte d'acuité visuelle (totale ou rendant difficile l'accomplissement des actes de la vie quotidienne) Soins prestés par un pédicure ou un Podologue. Compléter le document ad hoc.
<b>Soutien psychologique</b>	20 € par séance, maximum 15 consultations par année.	Compléter le formulaire ad hoc en le demandant à l'Assistante Sociale ou en l'imprimant sur le site de RailCare. Voir en annexe.

## T

<b>Téléassistance</b>	120 € par an ou 10 € par mois complet.  Faire la demande en utilisant le formulaire ad hoc en suivant les directives reprises sur le document.	Vivre seul chez soi ou être partiellement isolé pendant toute ou une majeure partie de la journée. Vivre en couple (marié ou non) et être tous deux bénéficiaires de la CSS et isolés pendant toute ou majeure partie de la journée. Ne pas séjourner de manière momentanée ou définitive dans une résidence communautaire. Sur présentation d'une preuve de paiement et d'un certificat médical si moins de 65 ans au moment de la demande. Plus d'infos auprès de l'Assistante Sociale.
<b>Transport non urgent de malades</b>	0,25 € par km Transport en voiture personnelle.	S'adresser à MUTAS (coordonnées sur la carte Mutas) qui organise la gestion, la facturation auprès du CMR et à l'assurance complémentaire.
<b>Transport URGENT de malades</b>	Remboursement de 50,65 € (58,78 si BIM) sur votre facture de 60 € (tarif maximum applicable)	Appel via 112. Facture (payée) originale à envoyer au CMR avec étiquette d'identification.
<b>Trouble du sommeil</b>	0,25 € par jour. Pris en charge par RailCare.	Utilisation du CPAP

## V

<b>Vacances des pensionnés</b>	Jusqu'à 200 € par voyage et par personne, 1x par année civile. Inscrivez-vous en ligne ou par courrier auprès d'AEP Travel. Chaussée de Vleurgat 113 – 1000 Bruxelles tf : 02 648 98 23 <a href="http://www.aeptravel.be">www.aeptravel.be</a>	Être pensionné ou titulaire d'une pension de survie
<b>Vaccins</b>	Ils sont délivrés sur ordonnance gratuitement en officine.	Sauf fièvre jaune remboursé par CMR sur présentation attestation fournie par un Centre Conventionné de médecine de voyage.



## Coordonnées des points de contacts régionaux

(mis à jour le 01/01/24)

### À Bruxelles (francophone) et en Région wallonne

<b>Bruxelles</b> Permanence le jeudi	10-04 H-HR.442 Rue de France 85 1060 Bruxelles	02/525 34 84 et 02/525 94 40 0800/35 358 <a href="mailto:pointaccueilbruxelles@hr-rail.be">pointaccueilbruxelles@hr-rail.be</a>
---	--	---

<b>Charleroi</b> Permanence le jeudi	60-02 H-HR.442 Square des Martyrs du 18 août,1, 6000 Charleroi	071/60 22 84 ou 071/60 20 80 et 0800/35 354 <a href="mailto:pointaccueilcharleroi@hr-rail.be">pointaccueilcharleroi@hr-rail.be</a>
---	--	--

<b>Liège</b> Permanence le lundi	40-01 H-HR 442 Rue Dartois, 18 4000 Liège	04/241 20 78 ou 04/241 20 38 0800/35 353 <a href="mailto:pointaccueilliege@hr-rail.be">pointaccueilliege@hr-rail.be</a>
-------------------------------------	---	---

<b>Libramont</b> Permanence 1 <sup>er</sup> et 3 <sup>ème</sup> mardis du mois	68-01 H-HR 442 Place de la Gare 1 6800 Libramont	061/22 63 35 0800/35 956 <a href="mailto:pointaccueillardon@hr-rail.be">pointaccueillardon@hr-rail.be</a>
--	--	---

<b>Mons</b> Permanence le lundi	70-02 H-HR 442 Rue du Musée François Duesberg,1 - 7000 Mons	065/58 25 84 ou 071/60 20 04 0800/35 958 <a href="mailto:pointaccueillmons@hr-rail.be">pointaccueillmons@hr-rail.be</a>
---------------------------------------	---	--

<b>Namur</b> Permanence le jeudi	50-03 H-HR 442 Rue Léanne 15 5000 Namur	081/25 24 59 ou 081/25 25 77 0800/35 957 <a href="mailto:pointaccueilnamur@hr-rail.be">pointaccueilnamur@hr-rail.be</a>
-------------------------------------	---	---

## A Bruxelles (néerlandophone) et en Région flamande

<b>Brussel</b> <b>Permanence le mardi</b>	10-04 H- HR442 Frankrijkstraat 85 1060 Brussel	02/526 37 61 0800/35 358 <a href="mailto:onthaalpuntbrussel@hr-rail.be">onthaalpuntbrussel@hr-rail.be</a>
--	--	---

<b>Antwerpen</b> Permanence le mardi	20-04 H-HR 442 Koningin Astridplein, 27 2018 Antwerpen	03/204 28 68 0800/35 962 <a href="mailto:onthaalpuntantwerpen@hr-rail.be">onthaalpuntantwerpen@hr-rail.be</a>
---	---	---

<b>Brugge</b> Permanence le mercredi	80-02 H-HR 442 Hendrik Brugmansstraat 7 bus 02/01 8000 Brugge	050/20 24 95 ou 09/241 27 60 0800/35 960 <a href="mailto:onthaalpuntbrugge@hr-rail.be">onthaalpuntbrugge@hr-rail.be</a>
---	--	---

<b>Gent</b> Permanence le mardi et le jeudi	90-01 H-HR 442 Koningin Maria-Hendrikaplein 1 9000 Gent	09/241 24 84 ou 09/241 35 15 0800/35 356 <a href="mailto:onthaalpuntgent@hr-rail.be">onthaalpuntgent@hr-rail.be</a>
--	---	---

<b>Hasselt</b> Permanence le lundi	35-02 H-HR442 de Schiervellaan 26 3500 Hasselt	011/29 80 33 ou 011/29 80 70 0800/35 963 <a href="mailto:onthaalpunthasselt@hr-rail.be">onthaalpunthasselt@hr-rail.be</a>
---------------------------------------	--	---

<b>Mechelen</b> Permanence le jeudi	28-01 H-HR 442 Koning Alberplein 2 2800 Mechelen	015/40 23 85 ou 015/40 23 83- 0800/35 355 <a href="mailto:onthaalpuntmechelen@hr-rail.be">onthaalpuntmechelen@hr-rail.be</a>
--	--	--

## Quelques infos utiles

### **Enveloppes roses :**

Elles sont à commander soit :

- En allant sur le site [www.hr-railcare.be](http://www.hr-railcare.be) via la rubrique « En un clic »
- En envoyant un mail à [pinkenveloppe@hr-rail.be](mailto:pinkenveloppe@hr-rail.be)
- En téléphonant au 02/525 35 59 et en laissant un message sur le répondeur qui vous proposera un dialogue dans la langue de votre choix.

Déposez vos enveloppes roses dans les boîtes rouges de bpost. N'utilisez pas ces enveloppes si vous déposez vos documents dans la boîte aux lettres de votre CMR.

&&&&&&

### **Relevé des remboursements médicaux.**

Si vous n'avez pas d'internet et que vous ne disposez pas de l'application « Mes remboursements en ligne » l'aperçu de vos remboursement en version papier vous parviendra quatre fois par an : **en janvier, en avril, en juillet et en octobre.**

Si vous avez besoin d'une vue d'ensemble plus rapidement (exemple : pour l'assurance hospitalisation) contactez votre CMR aux numéros suivants :

Bruxelles : 0800/95 480

Mons 0800/95 484

Namur 0800/95 485

Si vous disposez d'internet et que vous voulez accéder à l'application « Mes remboursements en ligne » connectez-vous sur le site [www.hr-railcare.be](http://www.hr-railcare.be) et accédez à votre profil utilisateur. Cliquez sur « Modifier mes remboursements en ligne ». Suivez ensuite le dialogue proposé. Vous recevrez ensuite un mail confirmant votre inscription.

&&&&&&&&

### **Assurance hospitalisation (tarif 2024)**

Modification des tarifs en chambre particulière.

Affilié à la Caisse de Soins de Santé		
Âge	Chambre double	Chambre individuelle
De 18 à 64 ans	A charge de HR Rail	293,04 €
65 ans et plus	A charge de HR Rail	719,40€

Non-affilié à la Caisse de Soins de Santé		
Âge	Chambre double	Chambre individuelle
De 18 à 64 ans	107,84 €	408,94 €
65 ans et plus	229,55 €	966,24 €

## Accès au site de HR-Rail

En qualité de pensionné vous pouvez trouver une série de renseignements utiles et des informations diverses sur [www.hr-rail.be](http://www.hr-rail.be) .

Cette connexion est accessible en toute sécurité grâce à une authentification à facteurs multiples. Pour ce faire HR-Rail utilise « Account » comme application de protection.

Pour configurer Account sur votre ordinateur. En qualité de pensionné vous devez procéder comme suit :

- Rendez-vous sur le site [www.hr-rail.be](http://www.hr-rail.be)
- En haut à droite de l'écran cliquez sur « se connecter »
- Entrez votre login ID (ex. HXG4600)
- Choisissez la méthode « Vérification code »
- Entrez votre mot de passe habituel
- Choisissez comment vous voulez recevoir le code (par SMS ou e-mail)
- Entrez le code reçu
- Vous pouvez maintenant utiliser Account pour vous connecter.

En cas de problème vous pouvez sonner au Service Desk 02/525 89 00.

**NB** : Pour toutes les informations sur la Caisse de Soins de Santé et RailCare vous pouvez toujours consulter le site [www.hr-railcare.be](http://www.hr-railcare.be) en vous rendant sur le site SNCB et en cliquant sur « Extraweb » (à droite en bas de page).

Si vous n'avez pas internet, pour tous renseignements vous pouvez vous adresser à l'Assistante Sociale (voir page 12 et 13) ou auprès de votre Permanent syndical.

&&&&&&&&

## Indemnités de funérailles et de décès.

Attention les montants sont différents selon que l'on est actif ou pensionné. Voir conditions et montants pour les pensionnés dans le Tableau récapitulatif des interventions de la CSS, page 8 lettre I → Indemnité de funérailles et Indemnités de décès.

&&&&&&&&

## **Soins de Santé à l'étranger. Remboursement après votre retour en Belgique.**

Que ce soit suite à une consultation ou une hospitalisation, il est conseillé, pour un remboursement plus rapide et plus important, **avant votre retour en Belgique**, d'ouvrir un Dossier auprès de Mutas. Ce dernier vous attribuera un numéro de dossier. Pour prendre contact avec Mutas, vous avez deux possibilités : soit en ligne sur [www.mutas.be/online](http://www.mutas.be/online) ou soit via le numéro de téléphone 02/272 09 00 mentionné sur votre carte MUTAS.

Une fois rentré au pays, complétez le formulaire « Demande de remboursement de soins à l'étranger » en y mentionnant le numéro de dossier que Mutas vous a attribué. Ce formulaire est disponible sur [www.hr-railcare.be/fr](http://www.hr-railcare.be/fr) , mais aussi sur demande auprès de votre CMR et en annexe de cette brochure.

**NB** : En cas d'hospitalisation n'oubliez pas d'aviser aussi l'assurance AXA en téléphonant au 00 32 (0)78 15 57 40 ou sur [www.mediassistance.be](http://www.mediassistance.be) .

&&&&&&&

### **Chirurgie des yeux**

Voir le Tableau récapitulatif des interventions de la CSS, page 6 lettre C → Chirurgie des yeux.

La Caisse de soins de santé paie les interventions de l'INAMI comme entre autres la cataracte et le glaucome.

Pour les interventions en milieu hospitalier, l'assurance hospitalisation intervient tant pour l'opération que pour les éventuelles lentilles à implanter (sauf si chirurgie esthétique).

Pour une opération de la cataracte, l'assurance hospitalisation rembourse jusqu'à 600 €. Informez-vous au préalable auprès d'AXA (078 15 57 40).

&&&&&&&

### **Cadeau de fin d'année / Allocation d'hiver.**

Allocation octroyé aux personnes qui séjournent en résidence communautaire (home etc...) et qui ne peuvent prétendre à l'allocation d'hiver. Voir dans tableau ci-dessus page 6 lettre A → Allocation d'hiver et lettre C → Cadeau de fin d'année.

Les formulaires à remplir sont en annexe de cette brochure (page 29).

**NB** : Une procuration (reprise en annexe page 30) est à joindre pour autoriser RailCare à vérifier vos revenus auprès des autorités communales.

&&&&&&&



## ← ABONNEMENT À UN CLUB DE SPORT

Demande d'intervention

Vignette d'identification  
au nom du demandeur

NOM et PRÉNOM du demandeur (en majuscule) :

N° IDF ou registre national :

N° de téléphone :

Adresse e-mail :



**MONTANT DE L'INTERVENTION : 50 € max. par année calendrier**  
**DURÉE DE L'ABONNEMENT : minimum 3 mois**

**CODE DE REMBOURSEMENT: 069**  
**ÂGE MINIMUM: 3 ans**

### À FAIRE REMPLIR PAR LE/LA RESPONSABLE DU CLUB DE SPORT

Je soussigné(e) ..... (nom, prénom),

..... (fonction) du club de sport ..... (dénomination)

adresse : .....

affilié à la Fédération/Ligue : .....

n° de téléphone : .....

atteste que l'affilié repris ci-dessus pratique ..... (activité sportive)

au sein du club et a payé la somme de ..... € pour un abonnement  familial  individuel

couvrant la période du ..... au .....

Signature du responsable du club :

Cachet du club ou de la fédération  
(En l'absence de cachet, veuillez joindre tout  
autre document qui prouve l'affiliation)

Document à renvoyer à votre centre médical régional

Si vous souscrivez un 2<sup>e</sup> abonnement auprès d'un club de sport grâce auquel vous atteignez le montant forfaitaire de 50 €, les deux formulaires doivent être envoyés ensemble à votre centre médical régional dans un délai d'un an à compter de la date à laquelle le 1<sup>er</sup> abonnement a pris cours. Aucun remboursement ne sera octroyé si le formulaire est incomplet. Si les envois sont séparés, il ne sera tenu compte que du 1<sup>er</sup> envoi. Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur le site web de RailCare et dans la revue Le Rail.

#### CMR Bruxelles (910)

10-03 CSS – CMR Bruxelles  
Rue de France 89 – 1070 Bruxelles  
0800/95 482 + cmrbruxelles@hr-rail.be

#### CMR Mons (950, 951)

70-03 CSS – CMR Mons  
Boulevard Charles Quint 29A – 7000 Mons  
0800/95 484 + cmrmons@hr-rail.be

#### CMR Namur (940, 941, 942)

50-03 CSS – CMR Namur  
Rue Léanne 15 – 5000 Namur  
0800/95 485 + cmrnamur@hr-rail.be



## PILES ET CHARGEUR DE PILES POUR APPAREILS AUDITIFS

Demande d'intervention

Vignette d'identification  
au nom du demandeur

NOM et PRÉNOM (en majuscule) :

.....

N° IDF ou registre national :

N° de téléphone :

Adresse e-mail :

.....

### Pour l'achat de piles :



**MONTANT DE L'INTERVENTION : 40 € max.** une fois par année calendrier

**CODE DE REMBOURSEMENT : 083**

*Remarque : le formulaire ne doit être envoyé qu'une seule fois par an à votre CMR, dès que le montant de 40 € est atteint.*

OU

Pour l'achat d'un chargeur, d'un appareil auditif rechargeable ou pour un lot de piles compris dans un contrat :



**MONTANT DE L'INTERVENTION : 100 € max.** une fois tous les 4 ans

**CODE DE REMBOURSEMENT : 080**

	DATE D'ACHAT	MONTANT PAYÉ (joindre les preuves de paiement)
1		
2		
3		
4		
5		

Date : .....

Signature : .....



Document à renvoyer à votre centre médical régional

La demande doit être introduite au centre médical régional dans l'année qui suit la date du premier achat. Pas de remboursement si le formulaire est incomplet ou si les preuves de paiement ne sont pas joints. Plus d'infos sur le site web de RailCare et dans la revue Le Rail.

#### CMR Bruxelles (910)

10-03 CSS – CMR Bruxelles  
Rue de France 89 – 1070 Bruxelles  
0800/95 482 • cmrbruxelles@hr-rail.be

#### CMR Mons (950, 951)

70-03 CSS – CMR Mons  
Boulevard Charles Quint 29A – 7000 Mons  
0800/95 484 • cmrmons@hr-rail.be

#### CMR Namur (940,941,942)

50-03 CSS – CMR Namur  
Rue Léanne 15 – 5000 Namur  
0800/95 485 • cmrnamur@hr-rail.be



## AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE

Demande d'intervention

Vignette d'identification  
au nom du demandeur

NOM et PRÉNOM (en majuscule) :

.....

N° IDF ou registre national : .....

N° de téléphone : .....

Adresse e-mail : .....

### SUBSTITUTS NICOTINIQUES



**MONTANT DE L'INTERVENTION** : montant forfaitaire unique de 150 €

**CODE DE REMBOURSEMENT**: 003

Prescrits par (nom du médecin) : .....

Montant total payé : .....

### CONSULTATION TABAQUELOGUE (à faire remplir par celui-ci)



**MONTANT DE L'INTERVENTION** : 50 € max. par année calendrier

**CODE DE REMBOURSEMENT** : 001

Je déclare que la personne désignée ci-dessus a participé à des séances d'aide à l'arrêt tabagique  
aux dates suivantes : .....

.....

Montant total payé : .....

Date : .....

Signature et cachet du tabacologue :

Date : .....

Signature : .....

Document à renvoyer à votre centre médical régional

La demande doit être introduite au centre médical régional dans l'année qui suit la 1<sup>re</sup> consultation ou du 1<sup>er</sup> ticket BVAC. Pas de remboursement si le formulaire est incomplet et si les tickets BVAC ne sont pas joints. Plus d'infos sur le site web Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur le site web de RailCare et dans la revue Le Rail.

#### CMR Bruxelles (910)

10-03 CSS – CMR Bruxelles  
Rue de France 89 – 1070 Bruxelles  
0800/95 482 • cmrbruxelles@hr-rail.be

#### CMR Mons (950, 951)

70-03 CSS – CMR Mons  
Boulevard Charles Quint 29A – 7000 Mons  
0800/95 484 • cmrmons@hr-rail.be

#### CMR Namur (940,941,942)

50-03 CSS – CMR Namur  
Rue Léanne 15 – 5000 Namur  
0800/95 485 • cmrnamur@hr-rail.be

## CONSULTATION D'UN PSYCHOLOGUE

Demande d'intervention

Vignette d'identification  
au nom du demandeur

**NOM et PRÉNOM du demandeur** (en majuscule) :

**N° IDF ou registre national** :

**N° de téléphone** :

**Adresse e-mail** :

**MONTANT DE L'INTERVENTION** : 20 € max. par séance

**NOMBRE DE SÉANCES MAX.** :

<18 ans : 20/année calendrier

≥ 18 ans : 15/année calendrier

**CODE DE REMBOURSEMENT** :

<18 ans : 064

≥ 18 ans : 065

	DATE DE LA PRESTATION	MONTANT PAYÉ	COORDONNÉES DU PSYCHOLOGUE OU DE L'ORTHOPÉDAGOGUE	N° COMMISSION DES PSYCHOLOGUES OU VISA DU SPF SANTÉ PUBLIQUE	SIGNATURE/ CACHET DU PRESTATAIRE
1					
2					
3					
4					
5					

Document à renvoyer à votre centre médical régional

La demande doit être introduite auprès de votre centre médical régional dans un délai d'un an à compter de la date de la première séance. Aucun remboursement ne sera octroyé si le formulaire est incomplet. Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur le site web de RailCare et dans la revue Le Rail.

**CMR Bruxelles (910)**

10-03 CSS – CMR Bruxelles  
Rue de France 89 – 1070 Bruxelles  
0800/95 482 + cmrbruxelles@hr-rail.be

**CMR Mons (950, 951)**

70-03 CSS – CMR Mons  
Boulevard Charles Quint 29A – 7000 Mons  
0800/95 484 + cmrmons@hr-rail.be

**CMR Namur (940,941,942)**

50-03 CSS – CMR Namur  
Rue Léanne 15 – 5000 Namur  
0800/95 485 + cmrnamur@hr-rail.be



Vignette d'identification  
au nom du demandeur

NOM et PRÉNOM du demandeur(en majuscule) :

.....

N° IDF ou registre national : .....

N° de téléphone : .....

Adresse e-mail : .....

 **MONTANT DE L'INTERVENTION : 20 € max.** par séance  
**NOMBRE DE SÉANCES MAX. : 6** par année calendrier  
**CODE DE REMBOURSEMENT : 089**

	DATE DE LA PRESTATION	MONTANT PAYÉ	COORDONNÉES DU PRESTATAIRE	N° INAMI (obligatoire)	SIGNATURE / CACHET DU PRESTATAIRE
1					
2					
3					
4					
5					
6					

  
Document à renvoyer à votre centre médical régional

La demande doit être introduite auprès de votre centre médical régional dans un délai d'un an à compter de la date de la première séance. Aucun remboursement ne sera octroyé si le formulaire est incomplet. Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur le site web de RailCare et dans la revue Le Rail.

<p><b>CMR Bruxelles (910)</b> 10-03 CSS – CMR Bruxelles Rue de France 89 – 1070 Bruxelles 0800/95 482 · cmrbruxelles@hr-rail.be</p>	<p><b>CMR Mons (950, 951)</b> 70-03 CSS – CMR Mons Boulevard Charles Quint 29A – 7000 Mons 0800/95 484 · cmrmons@hr-rail.be</p>	<p><b>CMR Namur (940,941,942)</b> 50-03 CSS – CMR Namur Rue Léanne 15 – 5000 Namur 0800/95 485 · cmrnamur@hr-rail.be</p>
---	---	--



## CONSULTATION MÉDICALE EN VUE D'UN EXAMEN DE DÉPISTAGE

Demande d'intervention

Vignette d'identification au nom du demandeur	NOM et PRÉNOM du demandeur (en majuscule) : .....
	N° IDF ou registre national : .....
	N° de téléphone : .....
	Adresse e-mail : .....

	<p><b>MONTANT DE L'INTERVENTION : 15 € max.</b> pour <u>une seule</u> consultation par an</p> <p><b>CODE DE REMBOURSEMENT : 035</b></p>
---	---

**À FAIRE REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT**

Je déclare avoir consulté le patient désigné ci-dessus dans le cadre d'un examen de dépistage le : ..... (date)

Consultation en vue d'un examen de dépistage de :

<input type="checkbox"/> cancer	<input type="checkbox"/> maladies cardio-vasculaires	<input type="checkbox"/> affections respiratoires
<input type="checkbox"/> allergies	<input type="checkbox"/> diabète	<input type="checkbox"/> ostéoporose

Date : .....

Signature et cachet du médecin traitant :  
.....

  
Document à renvoyer à votre centre médical régional

<p>La demande doit être introduite auprès de votre centre médical régional dans un délai d'un an à partir de la date de prestation. Aucun remboursement ne sera octroyé si le formulaire est incomplet. Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur le site web de RailCare et dans la revue Le Rail.</p>		
<p><b>CMR Bruxelles (910)</b> 10-03 CSS – CMR Bruxelles Rue de France 89 – 1070 Bruxelles 0800/95 482 • cmrbruxelles@hr-rail.be</p>	<p><b>CMR Mons (950, 951)</b> 70-03 CSS – CMR Mons Boulevard Charles Quint 29A – 7000 Mons 0800/95 484 • cmrmons@hr-rail.be</p>	<p><b>CMR Namur (940, 941, 942)</b> 50-03 CSS – CMR Namur Rue Léanne 15 – 5000 Namur 0800/95 485 • cmrnamur@hr-rail.be</p>

## INTERVENTION DANS LE COÛT DES PROTHÈSES DENTAIRES SPÉCIALES

Vignette d'identification  
au nom du demandeur

NOM et PRÉNOM du demandeur (en majuscule) :

.....

N° IDF ou registre national :

.....

N° de téléphone :

.....

Adresse e-mail :

.....

### MONTANT DE L'INTERVENTION :

300 € max. par couronne/dent du bridge/dent sur pivot – 600 € max. par implant

### CODE DE REMBOURSEMENT :

023 (implant) – 025 (couronne) – 063 (bridge et dent-pivot)

### À REMPLIR PAR LE DENTISTE

Je soussigné(e), dentiste, déclare avoir posé la ou les prothèse(s) suivante(s) à votre affilié(e) :

#### Implant

N° dent(s) concernée(s) : .....

Date de la prestation : .....

Montant payé par le patient : .....

#### Bridge

N° dent(s) concernée(s) : .....

Date de la prestation : .....

Montant payé par le patient : .....

#### Couronne

N° dent(s) concernée(s) : .....

Date de la prestation : .....

Montant payé par le patient : .....

#### Dent sur pivot

N° dent(s) concernée(s) : .....

Date de la prestation : .....

Montant payé par le patient : .....

NB : s'il s'agit à la fois d'un implant et d'une couronne, merci de cocher les 2 cases.

Cachet et signature du dentiste prestataire

Document à renvoyer à votre centre médical régional

La demande doit être introduite auprès de votre centre médical régional dans un délai d'un an à compter de la date de la première séance. Aucun remboursement ne sera octroyé si le formulaire est incomplet. Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur le site web de RailCare et dans la revue Le Rail.

#### CMR Bruxelles (910)

10-03 CSS – CMR Bruxelles  
Rue de France 89 – 1070 Bruxelles  
0800/95 482 • cmrbruxelles@hr-rail.be

#### CMR Mons (950,951)

70-03 CSS – CMR Mons  
Boulevard Charles Quint 29A – 7000 Mons  
0800/95 484 • cmrmons@hr-rail.be

#### CMR Namur (940,941,942)

50-03 CSS – CMR Namur  
Rue Léanne 15 – 5000 Namur  
0800/95 485 • cmrnamur@hr-rail.be

## SOINS PAR PÉDICURE

Demande d'intervention

Vignette d'identification  
au nom du demandeur

NOM et PRÉNOM du demandeur (en majuscule) :

.....

N° IDF ou registre national :

.....

N° de téléphone :

.....

Adresse e-mail :

.....



**MONTANT DE L'INTERVENTION : 10 € max. par séance**  
**Nombre de séances : 6 max. par année calendrier**

**Code de remboursement: 084**

**Bénéficiaires de moins de 65 ans :** joindre un certificat médical lors de la première demande (à renouveler tous les 2 ans par la suite) attestant que vous souffrez d'une des affections suivantes :

*troubles circulatoires artériels, veineux et lymphatiques; troubles nerveux tant de la sensibilité que du système moteur; troubles cutanés; troubles ostéo-articulaires; affections myopathiques; perte totale de l'acuité visuelle; perte partielle de l'acuité visuelle rendant difficile l'accomplissement des actes de la vie quotidienne; diabète.*

	DATE DE LA PRESTATION	MONTANT PAYÉ	NOM DU PRESTATAIRE	SIGNATURE/CACHET DU PRESTATAIRE
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Document à renvoyer à votre centre médical régional



La demande doit être introduite auprès de votre centre médical régional dans un délai d'un an à compter du jour de la 1<sup>re</sup> séance, dès que toutes les cases sont remplies ou lorsque vous savez qu'il s'agira de la dernière séance de l'année calendrier. Aucun remboursement ne sera octroyé si le formulaire est incomplet ou si le certificat médical n'est pas joint lors de la première demande (pour les moins de 65 ans). Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur le site web de RailCare et dans la revue Le Rail.

**CMR Bruxelles (910)**

10-03 CSS - CMR Bruxelles  
 Rue de France 89 - 1070 Bruxelles  
 0800/95 482 • cmrbruxelles@hr-rail.be

**CMR Mons (950, 951)**

70-03 CSS - CMR Mons  
 Boulevard Charles Quint 29A - 7000 Mons  
 0800/95 484 • cmrmons@hr-rail.be

**CMR Namur (940,941,942)**

50-03 CSS - CMR Namur  
 Rue Léanne 15 - 5000 Namur  
 0800/95 485 • cmrnamur@hr-rail.be



## TRANSPORT NON URGENT POUR RAISON MÉDICALE (VOITURE PERSONELLE)

Demande d'intervention



NOM et PRÉNOM du demandeur (en majuscule) :

.....

N° IDF ou registre national :

.....

N° de téléphone :

.....

Adresse e-mail :

.....



**MONTANT DE L'INTERVENTION : 0,25 €/km**

**CODE DE REMBOURSEMENT : 024** (raison médicale) of **031** (revalidation fonctionnelle)

**REMARQUE :** Annexez à votre demande un **document prouvant la consultation médicale**.

Tous les documents doivent être munis d'une vignette d'identification.

**Faites attention :** Le transport pour des consultations en cabinet privé n'entre pas en ligne de compte pour un remboursement de RailCare. Seuls les trajets en présence de la personne concernée par la consultation médicale sont pris en charge. Le formulaire ne doit pas être complété pour un transport dans le cadre d'une dialyse ou d'un traitement contre le cancer.

	DATE DU TRANSPORT	ADRESSE DE DÉPART (= domicile officiel)	ADRESSE D'ARRIVÉE (= hôpital ou centre de revalidation agréé)	ALLER-RETOUR	NOMBRE TOTAL DE KM PARCOURS
1				oui / non	
2				oui / non	
3				oui / non	
4				oui / non	
5				oui / non	



Document à renvoyer à votre centre médical régional

La demande doit être introduite auprès de votre centre médical régional dans un délai d'un an à compter de la date du premier transport, dès que toutes les cases sont remplies ou par trimestre (Le nombre de trajets remboursés n'est pas limité par année). Aucun remboursement ne sera octroyé si le formulaire est incomplet ou si la preuve de la consultation médicale n'est pas jointe. Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur le web de RailCare et dans la revue Le Rail.

**CMR Bruxelles (910)**

10-03 CSS - CMR Bruxelles  
Rue de France 89 - 1070 Bruxelles  
0800/95 482 · cmrbruxelles@hr-rail.be

**CMR Mons (950, 951)**

70-03 CSS - CMR Mons  
Boulevard Charles Quint 29A - 7000 Mons  
0800/95 484 · cmrmons@hr-rail.be

**CMR Namur (940,941,942)**

50-03 CSS - CMR Namur  
Rue Léanne 15 - 5000 Namur  
0800/95 485 · cmrnamur@hr-rail.be

Pour le CMR  
 CMR 9.....- N° dossier: .....- Gestionnaire (nom, n° téléphone) :.....  
 Si soins dentaires, trajet bucco-dentaire : oui/non - Date du transfert du dossier : ...../...../20..

**Demande de remboursement de soins à l'étranger**

Merci de lire et compléter attentivement- A envoyer au CMR avec les factures concernées.  
**Attention ! Le délai de remboursement est plus long que pour des frais en Belgique.**

1. (Collez ici une vignette d'identification au nom du bénéficiaire)

Nationalité du bénéficiaire.....  
 Numéro de téléphone ou GSM :.....

2. Dans quel pays les soins ont-ils été reçus ?.....

3. Durée prévue du séjour dans ce pays : du...../...../201..... au ...../...../201...

4. Dites-nous de quel type de soins il s'agit (cocher un des trois choix) :

**Soins imprévus lors d'un séjour temporaire à l'étranger**  
 - Pour les pays de l'EEE et la Suisse, pour l'Algérie, la Bosnie-Herzégovine, le Kosovo, la Macédoine, le Maroc, le Monténégro, la Serbie, la Turquie et la Tunisie, la CSS vous conseille d'appliquer de préférence et si les conditions sont remplies un remboursement de 75%.  
Si vous êtes d'accord, passez au point 5  
 Si vous n'êtes pas d'accord, précisez votre choix :

- remboursement aux conditions et tarif belge
- remboursement aux conditions et tarif du pays de séjour

**Soins programmés** : soins recherchés expressément à l'étranger (pendant un séjour ou non)  
 Zone transfrontalière Allemagne

5. a) décrivez les circonstances dans lesquelles vous avez dû recevoir des soins  
 .....  
 .....  
 .....  
 Accident avec tiers responsable.

b) Décrivez par facture ou attestation de soin (numérotez les documents et continuez ce tableau sur une annexe si nécessaire) :

	Date des soins	Soins reçus	Type de prestataire	Frais payés
1.	/ /201			
2.	/ /201			
3.	/ /201			

Le montant a été facturé en monnaie étrangère : ..... en euro .....

c) un suivi médical a-t-il été nécessaire en Belgique et pourquoi ?.....  
 .....

6. Avez-vous fait appel à une assurance complémentaire ? Si oui, veuillez répondre aux questions ci-dessous :

- L'affilié a téléphoné aux services de Mutas- numéro de dossier :.....
- L'affilié a besoin d'une attestation pour une assurance complémentaire
- Le remboursement doit être versé à une compagnie d'assurances – nom et n° de compte :  
 .....

7. Si le remboursement doit être effectué à un particulier :

- compte sur lequel les remboursements soins de santé sont versés habituellement
- autre compte - nom du titulaire du compte et le numéro du compte  
 .....

Date :...../...../.....

Nom et Signature, précédés de la mention : « déclaration sur l'honneur »



## PROTHÈSES DENTAIRES SPÉCIALES

Demande d'intervention

Vignette d'identification  
au nom du demandeur

NOM et PRÉNOM du demandeur (en majuscule) :

.....

N° IDF ou registre national :

N° de téléphone :

Adresse e-mail :

Je sollicite l'intervention de la Caisse de solidarité sociale dans le coût des prothèses dentaires spéciales.

Cette intervention ne concerne que les prothèses pour lesquelles aucune intervention de l'assurance obligatoire n'est prévue.



### MONTANT DE L'INTERVENTION :

300 € max. par couronne/dent du bridge/dent sur pivot – 600 € max. par implant

### CODE DE REMBOURSEMENT :

023 (implant) – 025 (couronne) – 063 (bridge et dent-pivot)

### À REMPLIR PAR LE DENTISTE

Je soussigné(e), dentiste, déclare avoir posé la ou les prothèse(s) suivante(s) au patient ci-dessus :

**Implant**

N° dent(s) concernée(s) : .....

Date de la prestation : .....

Montant payé par le patient : .....

**Bridge**

N° dent(s) concernée(s) : .....

Date de la prestation : .....

Montant payé par le patient : .....

**Couronne**

N° dent(s) concernée(s) : .....

Date de la prestation : .....

Montant payé par le patient : .....

**Dent sur pivot**

N° dent(s) concernée(s) : .....

Date de la prestation : .....

Montant payé par le patient : .....

NB : s'il s'agit à la fois d'un implant et d'une couronne, merci de cocher les 2 cases.

Date : .....

Cachet et signature du dentiste :

Date : .....

Signature : .....

Document à renvoyer à votre centre médical régional

La demande doit être introduite auprès de votre centre médical régional dans un délai d'un an à compter de la date de la première séance. Aucun remboursement ne sera octroyé si le formulaire est incomplet. Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur le site web de RailCare et dans la revue Le Rail.

#### CMR Bruxelles (910)

10-03 CSS – CMR Bruxelles  
Rue de France 89 – 1070 Bruxelles  
0800/95 482 • cmrbruxelles@hr-rail.be

#### CMR Mons (950,951)

70-03 CSS – CMR Mons  
Boulevard Charles Quint 29A – 7000 Mons  
0800/95 484 • cmrmons@hr-rail.be

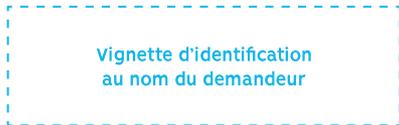
#### CMR Namur (940,941,942)

50-03 CSS – CMR Namur  
Rue Léanne 15 – 5000 Namur  
0800/95 485 • cmrnamur@hr-rail.be



## ALLOCATION D'HIVER/CADEAU DE FIN D'ANNÉE AUX PERSONNES QUI SÉJOURNENT DANS UNE RÉSIDENCE COMMUNAUTAIRE

Demande d'intervention



NOM et PRÉNOM (en majuscule) :

N° de téléphone :

Adresse e-mail :

### COMPOSITION DE MÉNAGE

Veillez nous fournir sur papier libre (pour la mutualité) une composition de ménage délivrée par l'administration communale. À défaut de ce document, votre demande ne sera pas prise en considération.

Nombre d'enfants à charge fiscalement : .....

**RESSOURCES MENSUELLES** (du mois d'avril de l'année en cours (joindre le(s) talon(s) de paiement ou les avis de crédit correspondant au transfert sur un compte des montants détaillés ci-dessous).

Veillez également nous fournir une copie de l'avertissement extrait de rôle de l'exercice d'imposition de 2021.

	Pensionné(e)	Conjoint (marié ou cohabitant légal)
Montant imposable de la pension HR Rail		
Montant des autres pensions		
Montant de la pension de guerre		
Rente d'accident du travail		
Allocation de handicapé : revenus de remplacement ou revenus complémentaires		
Allocation de handicapé : allocation d'intégration		
Allocations familiales d'orphelin		
Revenus des enfants à charge		
Revenus de location d'immeubles ou d'autres propriétés		
Autres revenus (salaire, revenu de remplacement)		
Pension alimentaire perçue (1)		
Pension alimentaire payée (2)		
Frais d'hébergement en maison de repos (3)		

(1) Joindre le récépissé du mois d'avril de l'année en cours. (2) Joindre la preuve de paiement du mois d'avril de l'année en cours.

(3) Joindre la (les) facture(s) du mois d'avril de l'année en cours.

Je soussigné déclare sur l'honneur que la présente déclaration est complète, sincère et véritable. S'il s'avérait que les données communiquées ci-dessus ne sont pas correctes, je m'engage à rembourser le montant reçu.

Date: .....

Signature du pensionné(e) : \_\_\_\_\_

Signature du conjoint : (marié ou cohabitant légal) \_\_\_\_\_

**RailCare – Social Advantages**  
 02/525 39 97 • [avantagessociaux@hr-rail.be](mailto:avantagessociaux@hr-rail.be)  
 HR Rail • 10-04 H-HR.441  
 Rue de France 85 – 1060 Bruxelles

**La demande doit être introduite auprès du bureau H-HR.441 avant le 1 octobre 2022.**

*\*Nous effectuons le paiement au cours du mois d'octobre. Les demandes introduites jusqu'au 31 décembre 2022 sont encore en cours de traitement. Les demandes reçues après cette date ne seront pas traitées.*

**Voir page suivante : procuration pour autoriser Rail-Care de consulter vos revenus.**



**ALLOCATION D'HIVER/CADEAU DE FIN D'ANNÉE AUX PERSONNES QUI  
SÉJOURNENT DANS UNE RÉSIDENCE COMMUNAUTAIRE**

Demande d'intervention

**PROCURATION CONCERNANT LA DÉLIVRANCE D'UN CERTIFICAT DE REVENUS**  
(à compléter soigneusement par le titulaire)

Le/La soussigné(e) : .....  
Profession : .....  
Lieu de naissance : ..... le .....  
Résidence : .....

Son conjoint : .....  
Profession : .....  
Lieu de naissance : ..... le .....  
Résidence : .....

autorisent, par la présente, l'Administration des contributions directes à fournir à HR Rail tous les renseignements concernant leur situation fiscale en vue de l'octroi de l'allocation d'hiver ou du cadeau de fin d'année aux personnes placées.

Fait à : .....

Date : .....

Signature du pensionné(e) :

Signature du conjoint :

**REMARQUE IMPORTANTE**

Les données ci-avant seront contrôlées. Des déclarations fausses ou incomplètes donneront lieu à la récupération des sommes payées indûment et, le cas échéant, à des sanctions.

**RailCare – Social Advantages**  
02/525 39 97 • [avantagesociaux@hr-rail.be](mailto:avantagesociaux@hr-rail.be)  
HR Rail • 10-04 H-HR.441  
Rue de France 85 – 1060 Bruxelles

**La demande doit être introduite auprès du bureau  
H-HR.441 avant le 1 octobre 2022.**

*\*Nous effectuons le paiement au cours du mois d'octobre. Les demandes introduites jusqu'au 31 décembre 2022 sont encore en cours de traitement. Les demandes reçues après cette date ne seront pas traitées.*



## COURT SÉJOUR EN MAISON DE REPOS

Demande d'intervention

NOM et PRÉNOM du demandeur (en majuscule) :

Date de naissance : .....

N° de téléphone : .....

Adresse e-mail : .....

Vignette d'identification au nom de la personne qui fréquente la maison de repos



**MONTANT DE L'INTERVENTION** : max. 10 € par jour  
(pour max. 60 jours par année civile).

L'intervention n'est liquidée qu'à l'issue du séjour et pour autant que :

- Le bénéficiaire n'y séjourne pas plus de 90 jours sur l'année civile ;
- Après le séjour, le bénéficiaire réintègre son domicile ou celui d'un proche.

**CODE DE REMBOURSEMENT** : 048

Date du retour au domicile : .....

La présente demande est introduite pour la période du ..... au .....

### LA FACTURE DE L'ÉTABLISSEMENT DOIT ÊTRE ANNEXÉE.

La facture doit mentionner clairement :

- Le nom de l'établissement ;
- Par mois, le nombre de jours d'accueil ;
- Le montant payé ;
- Les nom, prénom et date de naissance de la personne hébergée.

Date : .....

Signature : .....

Document à renvoyer à votre centre médical régional

La demande doit être introduite auprès de votre centre médical régional dans l'année qui suit le dernier jour du séjour. Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur le site web de RailCare et dans la revue Le Rail.

**CMR Bruxelles (910)**  
10-03 CSS - CMR Bruxelles  
Rue de France 89 - 1070 Bruxelles  
0800/95 482 • cmrbruxelles@hr-rail.be

**CMR Mons (950, 951)**  
70-03 CSS - CMR Mons  
Boulevard Charles Quint 29A - 7000 Mons  
0800/95 484 • cmrmons@hr-rail.be

**CMR Namur (940, 941, 942)**  
50-03 CSS - CMR Namur  
Rue Léanne 15 - 5000 Namur  
0800/95 485 • cmrnamur@hr-rail.be



**ACTIVITÉ ARTISTIQUE**  
Demande d'intervention

Vignette d'identification  
au nom du demandeur

**NOM et PRÉNOM du demandeur** (en majuscule) :

.....

**N° de téléphone** : .....

**Adresse e-mail** : .....

*Je sollicite l'intervention de RailCare dans les frais d'inscription à une activité artistique.*



**MONTANT DE L'INTERVENTION :**

Max 50 € par année civile, limité toutefois au montant réellement payé.

**NOM et PRÉNOM de la personne inscrite** (en majuscule) :

.....

**Date de naissance de la personne inscrite** : .....

**ATTESTATION D'INSCRIPTION**

(à compléter lors de celle-ci)

Je soussigné(e) : .....

responsable de l'académie ou conservatoire (*nom, adresse et n° de téléphone*) :

.....

atteste que la personne reprise ci-dessous est bien inscrite au sein de cet établissement

pour la période du ..... au .....

Activité artistique : .....

Prix payé par le personne inscrite : .....

Cachet de l'académie  
ou conservatoire

**Date** : .....

**Signature** : .....



**RailCare – Social Advantages**  
02/525 39 97 • [avantagesociaux@hr-rail.be](mailto:avantagesociaux@hr-rail.be)  
HR Rail • 10-04 H-HR.441  
Rue de France 85 – 1060 Bruxelles

**La demande doit être introduite auprès du bureau  
H-HR.441 dans le courant de l'année qui suit  
l'inscription.**

## INCONTINENCE

Demande d'intervention (pas d'intervention si maxi-forfait)

Vignette d'identification  
au nom du demandeur

NOM et PRÉNOM (en majuscule) :

N° IDF ou registre national :

N° de téléphone :

Adresse e-mail :

### À FAIRE COMPLÉTER PAR VOTRE MÉDECIN GÉNÉRALISTE OU SPÉCIALISTE

Je soussigné, ....., médecin, certifie que mon patient souffre : *(cocher la mention utile)*

d'incontinence uniquement fécale

- traitable
- non traitable

L'incontinence uniquement fécale traitable s'est déclenchée suite :

- à une opération : Oui / Non *(cocher la mention utile)*
- autre

d'incontinence urinaire traitable

Cette incontinence urinaire traitable s'est déclenchée suite :

- à une opération : Oui / Non *(cocher la mention utile)*
- autre

Une intervention de 3 ans est prévue pour l'incontinence uniquement fécale non traitable.

Une intervention de 3 mois est prévue pour les incontinenes traitables, éventuellement renouvelable pour une période maximale d'un an.

Date : .....

Cachet et signature du médecin :

Document à renvoyer à votre centre médical régional

La demande doit être introduite au centre médical régional. Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur le site web de RailCare et dans la revue Le Rail.

**CMR Bruxelles (910)**

10-03 CSS – CMR Bruxelles  
Rue de France 89 – 1070 Bruxelles  
0800/95 482 • cmrbruxelles@hr-rail.be

**CMR Mons (950, 951)**

70-03 CSS – CMR Mons  
Boulevard Charles Quint 29A – 7000 Mons  
0800/95 484 • cmrmons@hr-rail.be

**CMR Namur (940,941,942)**

50-03 CSS – CMR Namur  
Rue Léanne 15 – 5000 Namur  
0800/95 485 • cmrnamur@hr-rail.be



Vignette d'identification  
au nom du demandeur

NOM (en majuscule) : .....

PRÉNOM (en majuscule) : .....

N° de téléphone : .....

Adresse e-mail : .....

Je sollicite l'intervention de RailCare dans les frais de fréquentation d'un centre de jour pour la personne porteuse d'un handicap (enfants ou adultes) suivante :

NOM et PRÉNOM (en majuscule) :

.....

Date de naissance :

.....

La présente demande est introduite pour la période du ..... au .....

**LA FACTURE DE L'INSTITUTION FRÉQUENTÉE DOIT ÊTRE ANNEXÉE.**

La facture doit mentionner clairement :

- La dénomination de l'institution ;
- Par mois, le nombre de jours d'accueil ;
- Le montant payé ;
- Les nom, prénom et date de naissance de la personne concernée.

Date :

Signature :

**RailCare - Avantages sociaux**  
avantagessociaux@hr-rail.be •  
HR Rail • 10-04 H-HR.441  
Rue de France 85, 1060 Bruxelles

La demande doit être introduite auprès du bureau H-HR.441  
dans l'année qui suit le jour de fréquentation.

**SEMELLES PODOLOGIQUES**

<p>( Vignette d'identification au nom du demandeur</p>	<b>NOM et PRÉNOM (en majuscule) :</b>
	.....
	.....
	<b>N° IDF ou registre national :</b> .....
	.....
	<b>N° de téléphone :</b> .....
	.....
	<b>Adresse e-mail :</b> .....
	.....

**À COMPLÉTER PAR LE PODOLOGUE**

Je soussigné(e) : .....

N° INAMI : .....

Déclare avoir fourni en date du .....  une  
semelle podologique  
 une paire de semelles podologiques  
*(Cochez la case correspondante)*

Montant payé : .....

Signature et cachet du podologue :

Conditions : 2 semelles par année civile (du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre)

Montant de l'intervention : montant forfaitaire de **25 euros** pour une semelle et de **50 euros** pour une paire de semelles

Remarques : aucun remboursement ne sera octroyé si le formulaire est incomplet. Le paiement sera effectué sous le code 061.

**Date** : .....

**Signature** : .....

*Envoyez ce document par mail ou par voie postale à votre centre médical régional*

Le formulaire doit être introduit auprès de votre CMR dans un délai d'un an à compter de la date de fourniture. Les conditions détaillées de l'intervention sont disponibles sur [www.hr-railcare.be](http://www.hr-railcare.be).

<p><b>CMR Bruxelles (910)</b>  10-03 CSS - CMR Bruxelles  Rue de France 89 - 1070 Bruxelles  0800 95 482 • <a href="mailto:cmrbruxelles@hr-rail.be">cmrbruxelles@hr-rail.be</a></p>	<p><b>CMR Mons (950, 951)</b>  70-02 CSS - CMR Mons  Rue du Musée François Duesberg 1 - 7000  Mons  0800 95 484 • <a href="mailto:cmrmons@hr-rail.be">cmrmons@hr-rail.be</a></p>	<p><b>CMR Namur (940,941,942) 50-03 CSS - CMR Namur</b>  Rue Léanne 15 - 5000 Namur  0800 95 485 • <a href="mailto:cmrnamur@hr-rail.be">cmrnamur@hr-rail.be</a></p>
---	--	---

## Liste D

**Sur cette liste figure tous les médicaments pour lesquels la Caisse de Solidarité Sociale intervient.**

**Ces médicaments sont facturés aux affiliés de la CSS 5,00 € maximum pour les non-BIM et 3,25 € pour les BIM.**

**Pour bénéficier de ces avantages ces médicaments doivent être prescrits et faire l'objet d'une ordonnance médicale.**

**Pour info, dans la liste, à côté du nom du médicament figure à titre indicatif le prix public.**

3113834 A.VOGEL PROSTAFORCE TKG CAPS 30 18,99  
4220448 A.VOGEL PROSTAFORCEMED CAPS 30 18,99  
0860924 AACIFEMINE CREME VAG.TUBE+APPL. 15G 10,56  
0860932 AACIFEMINE OVUL. 15 6,60  
3137635 ACETYLCYSTEIN SANDOZ 600MG GRANUL. BOISSON SACH 10 6  
3137742 ACETYLCYSTEIN SANDOZ 600MG GRANUL. BOISSON SACH 30 9,81  
2227007 ACETYLCYSTEINE APOTEX SACH 60 X 600 MG 14,06  
1286285 ACETYLCYSTEINE EG 600MG COMP EFF 10X600MG 6,47  
3276094 ACETYLCYSTEINE EG 600MG COMP EFF. 30X600MG 9,38  
3276102 ACETYLCYSTEINE EG 600MG COMP EFF. 60X600MG 13,06  
3276078 ACETYLCYSTEINE EG 600MG GRAN. SOL BUV. SACH 30 9,38  
3276086 ACETYLCYSTEINE EG 600MG GRAN. SOL BUV. SACH 60 13,06  
0600189 ACETYLCYSTEINE EG CAPS 30 X 200 MG 7,01  
1286269 ACETYLCYSTEINE EG SACH 10X600MG 6,02  
1286251 ACETYLCYSTEINE EG SACH 30X200MG 7,01  
2155075 ACICLOVIR EG LABIALIS CREME 2GR 7,90  
1563436 ACICLOVIR TEVA LABIALIS CREME TUBE 2G 6,96  
1436872 ACTIVELLE COMP 3 X 28 48,47  
3163128 ACTIVELLE IMPEXECO COMP PELL 3 X 28 PIP 48,47  
4651337 ACTIVELLE ORIFARM COMP PELL 3X28 PIP 48,47  
0099945 AETHOXYSKLEROL AMP. 5 X 2 ML 0,5 % 24,24  
0099952 AETHOXYSKLEROL AMP. 5 X 2 ML 1 % 27,98  
0099960 AETHOXYSKLEROL AMP. 5 X 2 ML 2 % 33,92  
0099986 AETHOXYSKLEROL AMP. 5 X 2 ML 3 % 35,45  
2910800 AFFUSINE 20 MG/G CREME TUBE 15 GR 8,25  
2414969 ALFUZOSINE SANDOZ COMP 30 X 10 MG 18,50  
2414944 ALFUZOSINE SANDOZ COMP 60 X 10 MG 37,38  
4291340 ALGIDRIN 20MG/ML SUSP BUVABLE SIROP 200ML 10,89  
1752948 ALGOSTASE MONO 500 TUBE 2 X 16 COMP EFF 4,75  
3352135 ALGOSTASE MONO 1 G COMP 30 X 1 G 6,59  
2261618 ALGOSTASE MONO 1 G SACH DOS 40 9,50  
1752534 ALGOSTASE MONO 1000 TUBE 2 X 10 COMP EFF 5,50  
2169704 ALGOSTASE MONO PULV OR SACH 32 X 500 MG 3,85  
2837151 ALLERGO COMOD 2% COLLYRE 10 ML 9,98  
1396118 ALPHAGAN 0,2% COLLYRE 1X5ML 18,84  
3381951 ANGELIQ 1MG/2MG COMP PELL 3 X 28 PIP 54,04  
2060440 ANGELIQ 3 X 28 54,04  
3590197 ANNAIS 20 0,02MG/3MG COMP PELL 3 X 21 27,07  
3590205 ANNAIS 20 0,02MG/3MG COMP PELL 6 X 21 43,95  
3590213 ANNAIS 20 0,02MG/3MG COMP PELL 13 X 21 86,24  
3590239 ANNAIS 30 0,03MG/3MG COMP PELL 3 X 21 28,21  
3590247 ANNAIS 30 0,03MG/3MG COMP PELL 6 X 21 46,83  
3590254 ANNAIS 30 0,03MG/3MG COMP PELL 13 X 21 92,75  
3325982 ANNAIS CONTINU 3MG/0,020MG COMP PELL 3 X 28 28,66  
3325990 ANNAIS CONTINU 3MG/0,020MG COMP PELL 6 X 28 47,12  
3326006 ANNAIS CONTINU 3MG/0,020MG COMP PELL 13 X 28 93,39

4663456 APORIL 200MG/G SOL APPLICATION CUTANEE 10ML 10,52  
 2882066 ARMUNIA 20 SANDOZ COMP PELL 13 X 21 77,10  
 2882041 ARMUNIA 20 SANDOZ COMP PELL 3 X 21 24,57  
 2882058 ARMUNIA 20 SANDOZ COMP PELL 6 X 21 40,09  
 2882124 ARMUNIA 30 SANDOZ COMP PELL 13 X 21 82,87  
 2882108 ARMUNIA 30 SANDOZ COMP PELL 3 X 21 24,18  
 2882116 ARMUNIA 30 SANDOZ COMP PELL 6 X 21 42,52  
 0491290 ASAFLOW 160MG COMP GASTRO RESIST BLI 56X160MG 10,80  
 1652049 ASPEGIC 100 PULV 30X 100MG 5,75  
 1553957 ASPEGIC 500 PULV 30X 500MG 7,41  
 2336972 ASPEGIC 1000 PI PHARMA SACH 20X1000MG AD PIP 6,83  
 0817346 ASPEGIC 1000 PULV 20X1000MG AD 9,71  
 1690262 ASPIRINE 100 MG COMP 30 4,56  
 2329969 ASPIRINE 500 MG COMP EFF 36 10,73  
 3237880 ASPIRINE FASTTABS 500MG COMP PELL 40 11,95  
 3150158 ASPIRINE FASTTABS 500MG COMP PELL. 20 6,95  
 1729151 AVODART 0,5 MG CAPS ZACHTE MOLLES 30 44,83  
 2604759 AVODART PI PHARMA COMP 30X0,50MG PIP 44,83  
 2567311 BACTROBAN POMM DERM 2% TUBE 15G 9,43  
 3003415 BELLINA 0,03 MG/2 MG COMP 3 X 21 25,60  
 3003779 BELLINA 0,03 MG/2 MG COMP 6 X 21 40,88  
 3054194 BELLINA 0,03 MG/2 MG COMP 13 X 21 71,19  
 0103614 BENERVA TABL 20 X 300 MG 4,49  
 0284489 BENZAC AC 5% GEL 40G 10,11  
 0284497 BENZAC AC 10% GEL 40G 10,75  
 4314415 BETMIGA 50MG ABACUS LIB.PROLONGEE COMP 30 54,72  
 4169751 BETMIGA 50MG ABACUS LIBER.PROL. COMP 90 X 50MG 130,00  
 4138137 BETMIGA 50MG PI PHARMA LIB PROL. COMP 90X50MG PIP 130,00  
 3020831 BETMIGA TABL 30 X 25 MG 54,72  
 3020864 BETMIGA TABL 30 X 50 MG 54,72  
 3020849 BETMIGA TABL 90 X 25 MG 130,00  
 3020872 BETMIGA TABL 90 X 50 MG 130,00  
 0139410 BISOLVON COMP 50X8MG 11,03  
 0025817 BISOLVON SOL INHAL 1X100ML 2MG/ML 9,05  
 0434365 BISOLVON SOL ORAL 1X100ML 2MG/ML 8,47  
 3500097 BLISSEL 50MCG/G GEL VAGINAL 30G 34,24  
 2985265 BRADLEY 20 COMP 13 X 28 77,10  
 2985273 BRADLEY 20 COMP 3 X 28 24,57  
 2985281 BRADLEY 20 COMP 6 X 28 40,10  
 0389189 BRAUNOL AD US DERM 30ML 3,98  
 0859595 BRAUNOL GEL 20G 5,41  
 0090332 BROMHEXINE EG COMP 50 X 8MG 9,07  
 0104109 BRONCHODINE SIR. 180 ML 8,70  
 1284462 CACIT VIT. D3 500MG/440IU GRAN EFFERV. SACH 30 10,50  
 3113214 CACIT VIT. D3 1000/880 SACH GRAN 30 IMPEXECO PIP 18,59  
 1284470 CACIT VIT. D3 1000MG/880IU GRAN EFFERV. SACH 30 18,59  
 3621091 CACIT VIT. D3 1000MG/880UI GRAN EFFERV. SACH 90 43,65  
 0104950 CAFERGOT COMP. 20 4,82 4,82  
 0028118 CAFERGOT COMP. 100 17,71  
 0806471 CANESTENE DERM BIFONAZOLE 1 % CREME 15 G 10,75  
 3235504 CARBOBEL MONO 150 MG/G GRANULE 70 G 9,39  
 2605335 CARDIOASPIRINE GASTRO RESIST. TABL 56 X 100MG 7,96  
 2621936 CARDIOASPIRINE GASTRO RESIST. TABL 84 X 100MG 11,94  
 0029694 CEDIUM BENZALKONIUM SOL. 30 ML 6,68 5,00  
 1080886 CEDIUM BENZALKONIUM SPRAY 50ML 10,25 5,00  
 4258687 CERAZETTE 75MG ABACUS COMP PELL 13 X 28 76,56  
 2980027 CERAZETTE STRIPS 13 X 28 TABL 82,92  
 1439025 CERAZETTE STRIPS 3 X 28 TABL 29,58  
 0105965 CERULYX SOL. 10 ML 8,47  
 0456749 CETAVLEX CREME TUBE 60G 6,54

0030536 CHLORONGUENT UNG GM 40G 9,72  
 0056135 CINNARIZINE EG CAPS 100 X 75 MG 16,76  
 2880078 CIRCLLET 0,120 MG/0,015 MG/24H ANNEAU VAGINAL 3 32,60  
 0106435 CLONAZONE 250MG COMP POUR SOLUTION TUBE COMP 60 6,15  
 0031468 CLONAZONE 250MG PDR POUR SOLUTION TUBE 20G 6,15  
 0601039 CODETHYLIN COMP 50 X 5 MG 13,35  
 2697993 COMBODART 0,5 MG/0,4 MG CAPS 30 30,97  
 2719474 COMBODART 0,5 MG/0,4 MG CAPS 90 60,07  
 2689073 CONFORMA HYDROCORTISONE CREME 1% 30G 7,95  
 0029157 CREMICORT H 1 % CREME 20 G 7,99  
 1797737 CROMABAK COLLYRE 2% 10ML 10,53  
 3786159 CUPRALUNA OMEGA CU 375 DIU 1 47,09  
 4521886 D CURE 5600UI CAPS 12 9,95  
 3926631 D CURE 25000UI GELULES 12 15,80  
 3834447 D CURE 25000UI GELULES 4 6,59  
 2661163 D CURE AMP PER OS 4 5,99  
 2727105 D CURE AMP PER OS 12 14,40  
 3353174 D CURE CALCIUM 1000MG/1000UI COMP CROQUER 84 38,31  
 3041241 D CURE FORTE 100.000 UI AMP 3 7,50  
 0033290 D CURE SOL. 10 ML 4,99 4,99  
 1609155 DAFALGAN 500 MG ODIS TABL 16 5,06  
 0039347 DAFALGAN 500 MG TABL 30 5,11  
 1571272 DAFALGAN 600 MG SUPPOS 12 4,38  
 3391232 DAFALGAN FORTE 1G IMPEXECO COMP PELL 16 X 1G PIP 5,05  
 3391240 DAFALGAN FORTE 1G IMPEXECO COMP PELL 32 X 1G PIP 8,94  
 1799147 DAFALGAN FORTE SEC 1G TABL 16 5,85  
 1799139 DAFALGAN FORTE SEC 1G TABL 32 10,50  
 1799121 DAFALGAN FORTE SEC 1G TABL 50 14,11  
 4630372 DAFALGAN INSTANT FORTE FRUITS R. 1G GRAN SACH 10 4,24  
 3142304 DAFALGAN INSTANT FORTE GRAN SACH 10X1000MG 4,24  
 4630364 DAFALGAN INSTANT FRUITS ROUGES 500MG GRAN SACH 20 5,07  
 4630356 DAFALGAN INSTANT JUNIOR FRAISE 250MG GRAN SACH 20 5,07  
 3142270 DAFALGAN INSTANT JUNIOR GRAN SACH 20 X 250 MG 5,07  
 3142288 DAFALGAN INSTANT VANILLE FRAISE GR SACH 20X 500MG 5,07  
 0453480 DAFLON 500 COMP 30 X 500MG 14,23  
 1607613 DAFLON 500 COMP 60 X 500MG 22,75  
 2576163 DAFLON 500 COMP 90 X 500MG 30,72  
 3080314 DAFLON 500 COMP 120 X 500MG 35,98  
 3748779 DAFLON 500 COMP PELL 180 X 500MG 48,87  
 3026135 DAYLETTE 0,02 MG/3 MG COMP 3 X 28 26,07  
 3026143 DAYLETTE 0,02 MG/3 MG COMP 6 X 28 43,01  
 3026150 DAYLETTE 0,02 MG/3 MG COMP 13 X 28 81,30  
 4101663 DEFEDIOL 0,266MG CAPS MOLLE 10 21,96  
 1461045 DERMESTRIL 25 PATCHES 26 22,95  
 1461037 DERMESTRIL 50 PATCHES 26 29,52  
 1233253 DERMESTRIL 100 PATCHES 8 17,32  
 1528587 DERMESTRIL SEPTEM 25 MCG PATCHES 12 19,46  
 3894862 DESIRETT 75MCG COMP PELL 3 X 28 18,89  
 3894870 DESIRETT 75MCG COMP PELL 6 X 28 29,00  
 2934727 DESOCEANE 75MCG COMP PELL 3 X 28 19,74  
 2934735 DESOCEANE 75MCG COMP PELL 6 X 28 32,68  
 3001856 DESOGESTREL COMP PELL 84 X 75 MCG 21,38  
 3001864 DESOGESTREL COMP PELL 168 X 75 MCG 32,56  
 4101671 DESOLINA 20 0,020MG/0,150MG COMP 3 X 21 9,00  
 4101689 DESOLINA 20 0,020MG/0,150MG COMP 6 X 21 18,00  
 4101697 DESOLINA 20 0,020MG/0,150MG COMP 13 X 21 29,04  
 3951068 DESOLINA 30 0,150MG/0,030MG COMP PELL 63 8,77  
 3958873 DESOLINA 30 0,150MG/0,030MG COMP PELL 273 27,33  
 3074192 DESOPOP 75MCG COMP ENROB 13 X 28 66,73  
 4412144 DESOPOP 75MCG IMPEXECO COMP PELL 3X28 PIP 20,02

4412151 DESOPOP 75MCG IMPEXECO COMP PELL 13X28 PIP 66,38  
 2996106 DESOPOP COMP ENROB 3 X 28 20,02  
 2996114 DESOPOP COMP ENROB 6 X 28 34,38  
 2612406 DESORELLE 20 COMP 3 X 21 9,22  
 2612414 DESORELLE 20 COMP 6 X 21 18,90  
 2612349 DESORELLE 20 COMP 13 X 21 29,04  
 2612315 DESORELLE 30 COMP 3 X 21 8,77  
 2612281 DESORELLE 30 COMP 6 X 21 18,10  
 2612265 DESORELLE 30 COMP 13 X 21 27,33  
 1390558 DETRUSITOL 2 MG COMP PELL 56 X 2 MG 47,45  
 2679926 DETTOLMEDICAL CHLOROXYLENOL 4,8% 500ML 12,04  
 0615807 DIANE 35 DRAG 3 X 21 24,02  
 2267078 DIANE 35 DRAG 6 X 21 26,00  
 3176104 DICLOTOPIC 1% GEL TUBE 100 GR 16,48  
 3164225 DICLOTOPIC 1% GEL TUBE 60 GR 13,35  
 3162617 DIENOBEL 2MG/0,03MG COMP PELL 3X21 16,67  
 3162625 DIENOBEL 2MG/0,03MG COMP PELL 6X21 28,27  
 3296613 DIENOBEL 2MG/0,03MG COMP PELL 13X21 50,21  
 0818922 DIPROSALIC LOTION 30 ML 8,06  
 0021006 DIPROSALIC UNG. 30 G 8,06  
 0040758 DOGMATIL CAPS. 30 X 50 MG 8,65  
 1579820 DOMPERIDON TEVA TABL 30 X 10 MG 7,05  
 2048254 DOMPERIDONE EG TABL 30 X 10 MG 7,08  
 2623759 DOMPERIDONE INSTANT EG COMP ORODISPERS 30 X 10 MG 10,72  
 3114329 DOMPERIDONE INSTANT TEVA COMP ORODISP 30 X 10 MG 10,50  
 2994630 DORIN THERAMEX 3,00MG/0,03MG COMP PELL 3 X 21 23,86  
 2994648 DORIN THERAMEX 3,00MG/0,03MG COMP PELL 13 X 21 75,92  
 2995603 DORINELLE THERAMEX 3,00MG/0,02MG COMP PELL 3 X 21 23,86  
 2995611 DORINELLE THERAMEX 3,00MG/0,02MG COMP PELL 13 X 21 75,92  
 3562287 DROSANA 20 0,02MG/3MG COMP PELL 3 X 21 26,16  
 3562279 DROSANA 20 0,02MG/3MG COMP PELL 6 X 21 41,86  
 3562295 DROSANA 20 0,02MG/3MG COMP PELL 13 X 21 76,40  
 3562303 DROSANA 30 0,03MG/3MG COMP PELL 3 X 21 27,37  
 3562311 DROSANA 30 0,03MG/3MG COMP PELL 6 X 21 43,80  
 3562329 DROSANA 30 0,03MG/3MG COMP PELL 13 X 21 82,01  
 2995744 DROSEFFIK COMP ENROB 3 X 28 26,07  
 2995751 DROSEFFIK COMP ENROB 6 X 28 43,04  
 2995769 DROSEFFIK COMP ENROB 13 X 28 83,48  
 2912020 DROPIBEL 0,02 MG COMP ENROB 3 X 21 24,65  
 2912038 DROPIBEL 0,02 MG COMP ENROB 6 X 21 40,16  
 2912046 DROPIBEL 0,02 MG COMP ENROB 13 X 21 77,16  
 2912061 DROPIBEL 0,03 MG COMP ENROB 3 X 21 24,24  
 2912079 DROPIBEL 0,03 MG COMP ENROB 6 X 21 40,08  
 2912087 DROPIBEL 0,03 MG COMP ENROB 13 X 21 80,00  
 4375416 DROVELIS 3MG/14,2MG COMP PELL 3X(24+4) 38,82  
 4375424 DROVELIS 3MG/14,2MG COMP PELL 6X(24+4) 67,44  
 4375432 DROVELIS 3MG/14,2MG COMP PELL 13X(24+4) 134,22  
 3255627 DUAVIVE 0,45MG/20MG COMP LIBERATION PROLONG 28 39,51  
 0037549 DULCOLAX BISADOCYL SUPP 10 X 10 MG 8,01  
 0037820 DURATEARS UNG.OPHT.TUBE 3,5 G 5,89  
 3569746 DUTASTERID SANDOZ 0,5MG CAPS MOLLES 30 X 0,5MG 29,00  
 3569753 DUTASTERID SANDOZ 0,5MG CAPS MOLLES 90 X 0,5MG 58,00  
 3966843 DUTASTERIDE AB 0,5MG CAPS MOLLES 30 18,00  
 3966850 DUTASTERIDE AB 0,5MG CAPS MOLLES 90 33,00  
 3566957 DUTASTERIDE KRKA 0,5MG CAPS MOLLES 30 X 0,5MG 27,00  
 4133906 DUTASTERIDE TAMSULOSINE EG 0,5MG/0,4MG CAPS 30 20,59  
 4133898 DUTASTERIDE TAMSULOSINE EG 0,5MG/0,4MG CAPS 90 38,99  
 4213732 DUTASTERIDE TAMSULOSINE SANDOZ 0,5/0,4MG CAPS 30 25,78  
 4213740 DUTASTERIDE TAMSULOSINE SANDOZ 0,5/0,4MG CAPS 90 38,99  
 4108395 DUTASTERIDE TAMSULOSINE TEVA 0,5MG/0,4MG CAPS 30 20,59

4108403 DUTASTERIDE TAMSULOSINE TEVA 0,5MG/0,4MG CAPS 90 46,00  
 4108411 DUTASTERIDE TAMSULOSINE TEVA 0,5MG/0,4MG CAPS 180 71,80  
 4101648 DUTASTERIDE TAMSULOSINE VIATRIS 0,5MG/0,4MG CAPS30 20,59  
 4101630 DUTASTERIDE TAMSULOSINE VIATRIS 0,5MG/0,4MG CAPS90 36,90  
 4110953 DUTASTERIDE/TAMSULOSNE HCL AB 0,5MG/0,4MG CAPS 30 18,00  
 4110961 DUTASTERIDE/TAMSULOSNE HCL AB 0,5MG/0,4MG CAPS 90 33,00  
 3277696 D-VITAL FORTE CITRON 1000/880 EFFERV. SACH 90 45,00  
 2371029 D-VITAL FORTE ORANGE 1000/880 SACH 90 45,00  
 0801035 EFFORTIL COMP 50 X 5 MG 9,55  
 0037556 EFFORTIL GUTT. 50G 0,75 % 15,37  
 2551968 ELEONOR 0,1MG/0,02MG TABL ENROBEE 3X21 13,00  
 2551943 ELEONOR 0,1MG/0,02MG TABL ENROBEE 6X21 19,31  
 2551950 ELEONOR 0,1MG/0,02MG TABL ENROBEE 13X21 35,19  
 2183044 ENTEROL 250 MG CAPS HARDE DUR 10 X 250 MG 10,32  
 2183051 ENTEROL 250 MG CAPS HARDE DUR 20 X 250 MG 19,36  
 2183069 ENTEROL 250 MG CAPS HARDE DUR 50 X 250 MG 38,96  
 2882728 ENTEROL 250 MG CAPS HARDE DUR S/BLISTER 10X250MG 10,32  
 2882710 ENTEROL 250 MG CAPS HARDE DUR S/BLISTER 20X250MG 19,36  
 2183002 ENTEROL 250 MG PULV SACH 10 10,32  
 2183010 ENTEROL 250 MG PULV SACH 20 19,36  
 1430214 ESTROFEM 1 MG 3 X 28 COMP 27,55  
 0386599 ESTROFEM 2 MG 3 X 28 COMP 27,55  
 0040550 ETUMINE SOL INJ AMP 10 X 4ML 14,32  
 1777218 EVRA PATCH 9 36,43  
 1626233 EXTRAPAN IBUPROFENUM GEL 50G 10,35  
 1075027 FASTUM GEL 2,5% 60 GR 10,25  
 1597210 FASTUM GEL DISPENSER 120 G 17,31  
 1378488 FEMINOVA 50 PATCH 12 X 1,5MG 26,55  
 1634948 FEMINOVA PLUS PATCH 12 X 1,5MG 50,64  
 0619734 FEMODENE DRAG 3 X 21 17,50  
 2683274 FEMODENE DRAG 13 X 21 54,43  
 3158334 FEMOSTON 0,5MG/2,5MG IMPEXECO COMP PEL 3 X 28 PIP 43,69  
 1544170 FEMOSTON 1/10 TABL 3X28 33,71  
 1677624 FEMOSTON 2/10 NF TABL 3 X 28 33,71  
 1607639 FEMOSTON CONTI 3 X 28 TABL 45,37  
 2828663 FEMOSTON CONTI IMPEXECO 1MG/5MG COMP 3 X 28 PIP 43,69  
 2713089 FEMOSTON LOW 0,5 MG/2.5 MG COMP PELL 84 45,37 5,00  
 4641478 FEMOSTON LOW 0,5MG/2,5MG ORIFARM COMP PELL 84 PIP 43,69  
 0112748 FERRO GRADUMET COMP 30 5,44  
 0112730 FERRO GRADUMET COMP 60 10,54  
 0110759 FERROGRAD 500 COMP 30X525MG 10,22  
 0112540 FERROGRAD 500 COMP 60X525MG 19,38  
 1000215 FERRICURE CAPS 28 10,91  
 1000223 FERRICURE CAPS 56 17,91  
 1000280 FERRICURE SOL 60ML 10,02  
 1000298 FERRICURE SOL 200ML 23,44  
 2420644 FINASTERIDE EG COMP 100X5MG 59,30  
 4746871 FINASTERIDE EG ORIFARM 5MG COMP PELL 100 PIP 59,30  
 4420519 FINASTERIDE TEVA 5MG PI PHARMA COMP PELL 100 PIP 58,00  
 2564227 FINASTERIDE TEVA 5 MG COMP PELL 30 X 5 MG 25,00  
 2564235 FINASTERIDE TEVA 5 MG COMP PELL 100 X 5 MG 59,28  
 2550333 FINASTERIDE VIATRIS 5MG COMP 112 61,48  
 2550317 FINASTERIDE VIATRIS 5MG COMP 28 23,39  
 0042150 FLAMMAZINE 1% CREME 1 X 50G 11,95  
 0439232 FLEXIUM 10 % CREME 40 GR 8,77  
 0439240 FLEXIUM 10 % CREME 100 GR 16,34  
 0439216 FLEXIUM 10 % GEL 40 GR 9,37  
 0439224 FLEXIUM 10 % GEL 100 GR 17,98  
 1217652 FLEXIUM SPRAY 50 ML 12,15  
 1403211 FLUNATOP 5 CAPS 50 X 5 MG 15,43

1403195 FLUNATOP 10 CAPS 28 X 10 MG 17,28  
3007952 FUCICORT LIPID 20MG/G + 1MG/G CREME TUBE 15G 15,32  
3007960 FUCICORT LIPID 20MG/G + 1MG/G CREME TUBE 30G 21,96  
3750015 FUCICORT LIPID CREME IMPEXECO 20MG/G+1MG/G 30G PIP 21,96  
0671461 FUCIDIN CREME 2 % 15 GR 8,75  
1402270 FUCIDIN HYDROCORTISONE CREME 15 G 8,80  
0613935 FUCIDIN UNG 2 % 15 GR 8,75  
0476275 FURACINE SOL. DRESSING 30 GR 12,36  
3214475 FUSIDINE TEVA 20MG/G CREME 15G 7,60  
3532876 GAELLE 20 COMP 3 X 21 11,62  
3532850 GAELLE 20 COMP 6 X 21 20,35  
3532868 GAELLE 20 COMP 13 X 21 34,18  
3532884 GAELLE 30 COMP 3 X 21 11,62  
3532892 GAELLE 30 COMP 6 X 21 20,35  
3532900 GAELLE 30 COMP 13 X 21 34,18 5  
0113639 GARDENAL COMP. 20X100 MG 1,34  
1097526 GASTRICALM COMP 50 X 400 MG 9,90  
2450146 GAVISCON ADVANCE SUSP.ORALE MENTHE UD SACH 20X10ML 13,59  
1450956 GAVISCON ANIS SUSP BUV 500ML 18,49  
3019759 GAVISCON ANTIACIDE-ANTIREFLUX COMP A CROQUER 48 14,51  
3026192 GAVISCON ANTIACIDE-ANTIREFLUX SUSP BUVABLE 600ML 23,97  
3019734 GAVISCON ANTIREFLUX ANTIACIDE SUSP BUV. SACH 24 15,73  
2735900 GAVISCON ANTIREFLUX ANTIACIDE SUSP BUVABLE 300ML 14,66  
2805513 GAVISCON BABY SUSPENSION BUVABLE 150ML 10,06  
2308245 GAVISCON MENTHE COMP A CROQUER 48X250 MG 11,05  
2476687 GAVISCON MENTHE MUNT SUSP BUV 300ML 11,10  
1639178 GAVISCON MENTHE MUNT SUSP BUV 500ML 18,49  
2340289 GRACIAL COMP 13X22 61,92  
1174978 GRACIAL COMP 3X22 24,78  
2981249 GRAZAX 75000 SQ-T LYOP. SUBLINGUAL 30 92,88  
2497105 GYNEFIX 200 IUD 149,00  
2497097 GYNEFIX 330 IUD 149,00  
1224401 HARMONET DRAG 3X21 15,42  
2891034 HELEN COMP 3 X 21 24,75  
2891059 HELEN COMP 6 X 21 39,60  
2918472 HELEN COMP 13 X 21 68,64  
3690039 HERIA 2,5MG COMP 3 X 28 38,91  
3690047 HERIA 2,5MG COMP 6 X 28 62,15  
0115055 HEXOMEDINE SOL 45ML TRANSCUT 5,77  
0103226 HYTRIN COMP 28 X 2 MG 9,68  
0105619 HYTRIN COMP 28 X 5 MG 14,74  
0105627 HYTRIN COMP 28 X 10 MG 19,51  
3021433 IBUPROFEN EG 200 MG COMP ENROBES 30 X 200 MG 5,50  
2346286 IBUPROFEN KELA 5 % GEL 50 G 7,00  
2568194 IBUPROFEN SANDOZ 200MG COMP PELL 30X200MG 4,95  
2765162 IBUPROFEN TEVA GEL TUBE 120 G 13,49  
1361161 IBUPROFEN TEVA GEL TUBE 50G 7,07  
0049122 IMODIUM CAPS 20 X 2 MG 8,59  
0049130 IMODIUM CAPS 60 X 2 MG 9,33  
0433276 IMODIUM CAPS 200 X 2 MG 17,68  
1303338 IMODIUM INSTANT COMP FONDANT 20 12,45  
1303346 IMODIUM INSTANT COMP FONDANT 60 22,65  
1665710 IMODIUM PI PHARMA CAPS 18 X 2 MG PIP 6,49  
1482587 IMPLANON NXT IMPL SUBCUT 68 MG 143,59  
4622452 IMPLANON NXT ORIFARM IMPL SUBCUT 68MG PIP 143,59  
1112598 ISO BETADINE DERM 10% 125ML 6,33  
3305752 ISO BETADINE DERMIQUE 10% SOL FL 50ML 5,32  
2200640 ISO BETADINE GEL TUBE 30 G 7,74  
1522010 ISO BETADINE GEL TUBE 100 G 9,69  
1183730 ISO BETADINE GYNECOL 500 ML 12,60

2990257 ISO BETADINE IMPEXECO DERM 10% 125ML PIP 6,08  
 0100495 ISO BETADINE TULLES COMPR 5 10X10 8,59  
 0490573 ISO BETADINE TULLES COMPR 10 13,95  
 4266664 IUB BALLERINE MIDI DISPOSITIF INTRA UTERIN SCU300B 139,75  
 3497880 IUB DISPOSITIF INTRA-UTERIN SCU300B MIDI 1 139,75  
 3621281 IZZYRING 0,120MG/0,015MG 24H ANNEAU VAGINAL 3 31,64  
 3621307 IZZYRING 0,120MG/0,015MG 24H ANNEAU VAGINAL 6 57,20  
 3027794 JAYDESS 13,5 MG INTRA UTERIEN SYST 1 IUS 147,50  
 1434505 KETOTIFEN TEVA SIR 200 ML 1MG/5ML 10,68  
 4232336 KINESPIR 10MG/G GEL 60G 12,45  
 4232344 KINESPIR 10MG/G GEL 120G 17,35  
 4232369 KINESPIR FORTE 20MG/G GEL 100G 21,30  
 4232351 KINESPIR FORTE 20MG/G GEL 150G 26,02  
 4135489 KLIMEDIX 1MG/2MG COMP PELL 3 X 28 43,08  
 1108059 KLIOGEST 3 X 28 COMP 42,22  
 3521002 KYLEENA 19,5MG SYSTEME INTRA-UTERIN 1 147,57  
 3641537 LACLIMELLA 1MG/2MG COMP 3 X 28 41,00  
 3706033 LACLIMELLA 1MG/2MG COMP 6 X 28 71,80  
 0389510 LACRINORM GEL OCULUAIRE 10G 7,69  
 0826743 LACTEOL 170MG CAPS 20 11,49  
 0685727 LAVEMENT AU PHOSPHATE 130 ML 4,42  
 3051372 LAVINIA 0,10/0,02MG COMP PELL 63 12,61  
 3051380 LAVINIA 0,10/0,02MG COMP PELL 273 26,10  
 0057448 LAXAVIT MICRO ENEMA INJ 3X12ML 7,64  
 2677243 LEMSIP LEMON 500 SACH 10 5,50  
 3466489 LENZETTO 1,53MG/DOSE SOL PULV TRANSDERMIQUE 13,38  
 3716693 LEVESIALLE CONTINU 20 COMP PELL 3 X 28 13,00  
 3716685 LEVESIALLE CONTINU 20 COMP PELL 6 X 28 19,31  
 3716719 LEVESIALLE CONTINU 20 COMP PELL 13 X 28 35,19  
 3376092 LEVONORTIS SYSTEME DIFFUS.INTRA-UTERIN 20MCG/24H 1 118,06  
 1625516 LEVORICHTER 30 COMP ENROBES 3 X 21 6,66  
 2383115 LEVORICHTER 30 COMP ENROBES 6 X 21 12,67  
 2383107 LEVORICHTER 30 COMP ENROBES 13 X 21 20,08  
 3114121 LEVOSERT SYST DIFF INTRA UTERIN 52MG 118,06  
 2257178 LINDYNETTE 20 COMP 3 X 21 11,62  
 2257160 LINDYNETTE 20 COMP 6 X 21 20,35  
 2314771 LINDYNETTE 20 COMP 13 X 21 34,19  
 2257152 LINDYNETTE 30 COMP 3 X 21 11,62  
 2257186 LINDYNETTE 30 COMP 6 X 21 20,35  
 2314763 LINDYNETTE 30 COMP 13 X 21 34,19  
 1696400 LIPOSIC GEL OCULAIRE 10G 7,29  
 1162254 LIVIAL M.S.D. COMP 3X28X2,5MG 48,48  
 2997575 LIVIAL M.S.D. COMP 6X28X2,5MG 76,80  
 4392528 LOPERAMIDE AB 2MG CAPS DUR 20 X 2MG 7,04  
 4392502 LOPERAMIDE AB 2MG CAPS DUR 60 X 2MG 8,87  
 4392494 LOPERAMIDE AB 2MG CAPS DUR 200 X 2MG 17,68  
 1125301 LOPERAMIDE EG CAPS 20X2MG 7,21  
 1125293 LOPERAMIDE EG CAPS 60X2MG 8,87  
 1272905 LOPERAMIDE EG CAPS 200X2MG 17,68  
 1430727 LOPERAMIDE TEVA CAPS 20 X 2 MG 6,70  
 1430735 LOPERAMIDE TEVA CAPS 60 X 2 MG 8,89  
 0604645 LOSFERRON COMP EFF 30 9,69  
 0381673 LOSFERRON COMP EFF 60 18,30  
 2973816 LOUISE 2MG/0,03MG COMP PELL 3X21 25,05  
 2973824 LOUISE 2MG/0,03MG COMP PELL 6X21 40,08  
 3052800 LOUISE 2MG/0,03MG COMP PELL 13X21 69,47  
 1678036 LOWETTE COMP ENROB 3 X 21 24,17  
 2958205 LUEVA 75 MCG COMP PELL 3 X 28 19,84  
 2958189 LUEVA 75 MCG COMP PELL 6 X 28 33,52  
 4361812 LYDISILKA 3MG/14,2MG COMP PELL 84 38,82

4361820 LYDISILKA 3MG/14,2MG COMP PELL 168 67,44  
4361838 LYDISILKA 3MG/14,2MG COMP PELL 364 134,22  
0055376 LYSOMUCIL 10% AMP 20 X 300 MG/3 ML 12,94  
1539048 LYSOMUCIL 200 GRAN SACH 30 X 200 MG 7,50  
2107597 LYSOMUCIL 4% SIROP 200ML 8,80  
2903060 LYSOMUCIL 600 COMP 10 X 600 MG 6,36  
1532308 LYSOMUCIL 600 COMP EFF 14 X 600 MG 7,98  
1014422 LYSOMUCIL 600 COMP EFF 30 X 600 MG 10,90  
1691237 LYSOMUCIL 600 COMP EFF. 60 X 600 MG 14,71  
1406313 LYSOMUCIL 600 GRAN SACH 14 X 600 MG 7,98  
1501493 LYSOMUCIL 600 GRAN SACH 30 X 600 MG 10,90  
1599109 LYSOMUCIL 600 GRAN SACH 60 X 600 MG 14,71  
1551407 LYSOMUCIL JUNIOR 2% SIROP 100ML 5,50  
1799923 LYSOTOSSIL DRAG. 30 X 10 MG 6,33  
1799915 LYSOTOSSIL SIR. 200 ML 9,19  
1218692 LYSOX GRAN SACH 30X400MG 6,68  
1524305 LYSOX GRAN SACH 30X600MG 9,26  
0058982 MAALOX ANTACID 200/400 COMP 40 5,75  
3264496 MAALOX ANTACID 230MG/400MG/10ML SUSP BUVABLE 250ML 9,78  
2924595 MAALOX ANTACID LEMON 230MG/400MG SUSP OR. 20X4,3ML 10,08  
2924603 MAALOX ANTACID SS LEMON 200/400MG COMP CROQ 40 BL. 6,56  
3105384 MARGOTVIATRIS 0,02MG/3MG COMP PELL 63 27,07  
3105392 MARGOTVIATRIS 0,02MG/3MG COMP PELL 126 43,95  
3105400 MARGOTVIATRIS 0,02MG/3MG COMP PELL 273 86,24  
3105418 MARGOTVIATRIS 0,03MG/3MG COMP PELL 63 28,21  
3105426 MARGOTVIATRIS 0,03MG/3MG COMP PELL 126 46,83  
3105434 MARGOTVIATRIS 0,03MG/3MG COMP PELL 273 92,75  
3105442 MARLIESMYLAN 0,02MG/3MG COMP PELL 84 28,66  
3105459 MARLIESMYLAN 0,02MG/3MG COMP PELL 364 93,39  
0893024 MARVELON COMP 13 X 21 50,33  
0809046 MARVELON COMP 3 X 21 12,73  
2316719 MEDIAVEN FORTE COMP 30 X 30MG 27,44  
2762839 MEDIAVEN FORTE COMP 60 X 30MG 43,95  
2683282 MELIANE DRAG 13 X 21 54,43  
1256106 MELIANE DRAG 3 X 21 17,50  
1289578 MELIANE DRAG 6 X 21 30,61  
0633834 MERCILON COMP 3 X 21 13,88  
2225779 MERCILON COMP 13 X 21 53,56  
2314235 MICROGYNON 20 DRAG 3 X 21 18,31  
0057489 MICROGYNON 30 DRAG 3 X 21 4,54  
1411727 MICROLAX 4 X 5 ML 6,72  
1588144 MICROLAX 12 X 5 ML 17,24  
3235652 MICTONET 5 MG COMP ENROB 56 25,90  
3235660 MICTONET 5 MG COMP ENROB 168 57,29  
2659837 MICTONORM 15MG COMP ENROBE 56 25,90  
2713121 MICTONORM 15MG COMP ENROBE 168 57,29  
4276069 MICTONORM FORTE 45MG LIBERATION MODIFIEE CAPS 28 31,60  
4276077 MICTONORM FORTE 45MG LIBERATION MODIFIEE CAPS 84 74,40  
2771202 MICTONORM UNO 30MG LIBERATION MODIFIEE CAPS 28 25,90  
2771210 MICTONORM UNO 30MG LIBERATION MODIFIEE CAPS 84 57,29  
3577392 MI-DIU-LOAD 375 CU + AG DISPOSITIF CONTRACEPTIF 60,00  
3577400 MI-DIU-SERT 380 CU + AG DISPOSITIF CONTRACEPTIF 60,00  
3577418 MI-DIU-SERT 380 MINI CU + AG DISPOS. CONTRACEPTIF 60,00  
2561629 MI-MONA FLEX 300 DISPOSITIF CONTRACEPTIF 56,00  
2561595 MI-MONA LOAD 375 DISPOSITIF CONTRACEPTIF 56,00  
2561603 MI-MONA SERT 380 DISPOSITIF CONTRACEPTIF 56,00  
2561611 MI-MONA T 380 DISPOSITIF CONTRACEPTIF 56,00  
0662502 MINULET DRAG 3 X 21 15,42  
1510619 MIRELLE TABL 3 X 28 24,91  
4235388 MIRENA 20MCG/24H ABACUS SYST.DIFF.INTRA UTERIN 1 147,57

1179902 MIRENA 20MCG/24H SYST.DIFF.INTRA UTERIN 1 147,57  
 4354072 MOTILIUM 10MG COMP PELL 30 X 10MG 8,86  
 0057190 MOTILIUM COMP 30 X 10 MG 8,85  
 2511830 MOTILIUM COMP 30 X 10 MG IMPEXECO PIP 8,86  
 1446921 MOTILIUM INSTANT 10MG COMP FONDANT 30 12,94  
 1682236 MUCO RHINATHIOL 2% SIR INF 200ML 8,49  
 1682251 MUCO RHINATHIOL 2% SIR INF S/SUCRE 200ML 9,07  
 1682228 MUCO RHINATHIOL 5% SIR AD 250ML 9,63  
 1779065 MUCO RHINATHIOL 5% SIR AD S/SUCRE 250ML 9,85  
 2730406 MUCODOX 300 MG CAPS 14 10,70  
 2730273 MUCODOX 300 MG CAPS 56 30,73  
 4112579 MYLOOP 0,120MG/0,015MG/24H SYST.DIFFUSION VAGIN. 3. 33,36  
 4180287 MYLOOP 0,120MG/0,015MG/24H SYST.DIFFUSION VAGIN. 6. 56,52  
 2989424 NACREZ 75 UG COMP PELL 3 X 28 17,68  
 2989432 NACREZ 75 UG TEVA COMP PELL 168 32,56  
 4278982 NEOFLAVON 500MG COMP PELL 30 12,35  
 4278990 NEOFLAVON 500MG COMP PELL 60 19,75  
 4279006 NEOFLAVON 500MG COMP PELL 90 25,59  
 4279014 NEOFLAVON 500MG COMP PELL 120 26,13  
 4279022 NEOFLAVON 500MG COMP PELL 180 39,20  
 0121350 NEO-SABENYL DESINFECTANT 200ML 12,00  
 0059873 NEUROBION AMP 6X3ML 9,78  
 2173946 NOOTROPIL COMP PELL 60 X 1200 MG 26,50  
 2311017 NOOTROPIL COMP PELL 100 X 1200 MG 35,92  
 2470268 NOOTROPIL SOL 150ML 20% 15,01  
 2721496 NORANELLE 20/100MCG COMP PELL 3 X 21 13,02  
 2721520 NORANELLE 20/100MCG COMP PELL 6 X 21 23,85  
 2721462 NORANELLE 20/100MCG COMP PELL 13 X 21 38,96  
 3620465 NORANELLE 30/150MCG COMP PELL 3 X 21 8,51  
 3621026 NORANELLE 30/150MCG COMP PELL 6 X 21 14,51  
 3621034 NORANELLE 30/150MCG COMP PELL 13 X 21 24,95  
 0640854 NORGALAX BOITE/DOOS 6 X 10 GR 45,71  
 0819078 NORIT 200 CAPS. 30 X 200 MG 8,63  
 1586346 NORIT 250 TABL 75 10,87  
 1066612 NORIT CARBOMIX FL GRAN. 61,5 G 17,47  
 2475671 NUROFEN COMP ENROB. 30X200MG 9,02  
 2556264 NUROFEN ENFANT FRAISE SUSP S/SUCRE 2% 200ML 11,26  
 2547925 NUROFEN ENFANT ORANGE SUSP S/SUCRE 200ML 11,26  
 3652104 NUVARING 0,120MG/0,015MG 24H ANNEAU VAG. 1+1 APLL. 18,16  
 3652096 NUVARING 0,120MG/0,015MG 24H ANNEAU VAG. 3+1 APLL. 41,08  
 3734860 OEDIEN 2MG/0,03MG COMP PELL 3 X 28 16,67  
 3734852 OEDIEN 2MG/0,03MG COMP PELL 6 X 28 28,27  
 3734878 OEDIEN 2MG/0,03MG COMP PELL 13 X 28 50,21  
 3912193 OEKOLP 0,03MG OVULES ESTRIOL 24 21,22  
 2489029 OMIC OCAS ASTELLAS COMP 200 X 0,4 MG 149,50  
 2199529 OMIC OCAS COMP 30 X 0,4 MG 40,45  
 2199537 OMIC OCAS COMP 90 X 0,4 MG 90,88  
 4641510 OMIC OCAS ORIFARM COMP 200X0,4MG PIP 149,50  
 4641494 OMIC OCAS ORIFARM COMP 30X0,4MG PIP 40,45  
 4641502 OMIC OCAS ORIFARM COMP 90X0,4MG PIP 90,88  
 3008083 OMIC OCAS PI PHARMA COMP 200 X 0,4 MG PIP 149,50  
 3159803 OMIC OCAS PI PHARMA COMP 30 X 0,4 MG PIP 40,45  
 2675304 OMIC OCAS PI PHARMA COMP 90 X 0,4 MG PIP 90,88  
 0139865 OPTICROM COLLYRE 10 ML 10,87  
 2803922 ORALAIR 100IR-300IR 3COMP SUBL 3X100 IR 28X300 IR 92,80  
 2803948 ORALAIR 300 IR COMP SUBL 30X300 IR 92,80  
 2803898 ORALAIR 300 IR COMP SUBL 90X300 IR 258,01  
 3768843 PANADOL COMP 60X500MG 7,97  
 1484229 PANADOL BOTTLE COMP 50X1G 7,74  
 1484211 PANADOL COMP 20X1G 5,69

3968351 PANGEL 5% GEL TUBE 30G 6,01  
3968328 PANGEL 5% GEL TUBE 60G NF 10,59  
3968344 PANGEL 10% GEL TUBE 30G 6,21  
3968336 PANGEL 10% GEL TUBE 60G NF 11,03  
0686212 PANNOCORT CREME DERM 1 X 30 G 1% 9,87  
3042413 PARACETAMOL 1G SANDOZ TABL 30 7,42  
3073251 PARACETAMOL 1G SANDOZ TABL 60 8,27  
4282307 PARACETAMOL AB 500MG COMP 30 3,77  
4282331 PARACETAMOL AB 1000MG COMP 30 6,43  
4282349 PARACETAMOL AB 1000MG COMP 60 8,27  
2881084 PARACETAMOL EG 500 MG COMP PELL 30 4,43  
2881100 PARACETAMOL EG FORTE 1G COMP PELL 30 8,54  
2881118 PARACETAMOL EG FORTE 1G COMP PELL 60 14,69  
4165221 PARACETAMOL EG INST.500MG VANILLE-FRAISE SACH20 4,81  
4165460 PARACETAMOL EG INST.FORTE 1G CAPPUCINO SACH 10 4,00  
4165213 PARACETAMOL EG INST.JUNIOR 250MG VANIL-FR. SACH 20 4,81  
2736130 PARACETAMOL TEVA 1 G COMP 30 X 1 G BLISTER 6,72  
2736148 PARACETAMOL TEVA 1 G COMP 60 X 1 G BLISTER 10,65  
3551140 PARACETAMOL TEVA 500MG NF TABL 30 X 500MG 3,87  
4490355 PARACETAMOL TEVA FASTTABS COMP PELL 30 X 500MG 4,33  
0123828 PARACODINE COMP. 20X10MG 3,92  
0123158 PARACODINE SIR. 150 ML 10,00  
3926607 PELVICARE 5MG COMP PELL 30 X 5MG 18,94  
3926623 PELVICARE 5MG COMP PELL 90 X 5MG 36,02  
3926615 PELVICARE 10MG COMP PELL 30 X 10MG 18,94  
3926599 PELVICARE 10MG COMP PELL 90 X 10MG 36,02  
1563154 PERDOLAN STAAFTABL OBL 30X500MG 5,30  
1563303 PERDOLAN SUPP AD 12X500MG 5,30  
1563295 PERDOLAN SUPP KIND ENF 12X350MG 5,44  
1563287 PERDOLAN SUPP KLEUT JEUN ENF 12X200MG 4,67  
3422334 PERYNELLA 0,02MG/3MG COMP PELL 5 X 24 35,12  
0249409 PIRACETAM EG COMP 60X800MG 15,47  
1349422 PIRACETAM EG COMP 56X1200MG 19,95  
1349430 PIRACETAM EG COMP 112X1200MG 27,90  
2079739 PIRACETAM EG 2400 MG PULV SACH 28 22,02  
2173912 PIRACETAM UCB 1200MG COMP 100X1200MG 21,60  
2114171 PIROMED GEL 50 GR 7,97  
0676395 PRIMPERAN SOL OR 1X200ML 5MG/5ML 6,53  
0072298 PROPYLTHIOURACILE COMP 60 X 50 MG 8,65  
1028588 PROSCAR TABL 28 X 5 MG 38,08  
1278449 PROSTASERENE CAPS 30X320MG 18,29  
4522728 PROSTA-URGENIN CAPS MOLLES 40 X 320MG 25,44  
2597003 QLAIRA DRAG 3 X 28 39,32  
0074757 R CALM EMULS 90ML 10,50  
3153145 RANOMAX APOTEX 400MCG CAPS 30 X 400 MCG 19,47  
2455210 RANOMAX APOTEX 400MCG CAPS 100 X 400 MCG 34,95  
3116456 RANOMAX APOTEX 400MCG CAPS 200 X 400 MCG 51,93  
2161768 REPARIL COMP GASTRORESIST 100 X 20 MG 14,87  
4387783 REWELLFEM 10MCG COMP VAGINAUX 18 18,58  
3639366 RINGAFEMA 0,120MG/0,015MG/24H ANNEAU VAGINAL 1. 13,99  
3639374 RINGAFEMA 0,120MG/0,015MG/24H ANNEAU VAGINAL 3. 30,86  
3639382 RINGAFEMA 0,120MG/0,015MG/24H ANNEAU VAGINAL 6. 53,77  
0436824 RIOPAN GEL SACHETS ZAKJES 20X10ML 8,95  
2591493 RIOPAN GEL SACHETS ZAKJES 50X10ML 17,90  
1372176 ROZEX CREME TUBE 30G 0,75% 13,95  
2674919 ROZEX CREME TUBE 50G 0,75% 19,39  
3567500 SACCHIFLORA 250MG CAPS DUR 20 BLISTER 14,73  
2448033 SACCHIFLORA 250MG CAPS DUR 10 BLISTER 8,27  
2448041 SACCHIFLORA 250MG CAPS DUR 50 BLISTER 30,26  
2912475 SAPHIRENA 0,075 MG SANDOZ COMP ENROBE 3 X 28 19,64

2912467 SAPHIRENA 0,075 MG SANDOZ COMP ENROBE 6 X 28 35,34  
 2990646 SAPHIRENA 0,075 MG SANDOZ COMP ENROBE 13 X 28 66,56  
 2476083 SAYANA 104MG/0,65ML SUSP INJ SER PREREMPLIE 1 22,98  
 2926293 SAYANA PRESS 104MG/0,65ML INJECTEUR PREREMPLI 1 30,69  
 0129114 SCHERIPROCT UNG. 30G 9,99  
 3272200 SEASONIQUE COMP PELL 84 + 7 29,28  
 1662584 SEDERGINE FORTE 1G COMP EFFERV. 20 8,06  
 0129460 SELSUN 120 ML 9,00  
 3902756 SEMPRELUNA 2,5MG COMP 3 X 28 35,00  
 3902764 SEMPRELUNA 2,5MG COMP 6 X 28 59,00  
 3424413 SERISIMA CONTINU 2MG/0,03MG COMP PELL 3 X 28 16,67  
 3424421 SERISIMA CONTINU 2MG/0,03MG COMP PELL 6 X 28 28,27  
 3505369 SERISIMA CONTINU 2MG/0,03MG COMP PELL 13 X 28 50,21  
 0079111 SIBELIUM COMP 28 X 10 MG 19,91  
 4110920 SILODOSIN AB 4MG CAPS DUR 90X4MG 28,00  
 4110912 SILODOSIN AB 4MG CAPS DUR 30 X 4MG 21,03  
 4110946 SILODOSIN AB 8MG CAPS DUR 30 X 8MG 21,03  
 4110938 SILODOSIN AB 8MG CAPS DUR 90 X 8MG 28,00  
 4672341 SILODYX 4MG ORIFARM CAPS DUR 30X4MG PIP 26,10  
 4279162 SILODYX 4MG PI PHARMA CAPS DUR 30X4MG PIP 26,10  
 4672366 SILODYX 8MG ORIFARM CAPS DUR 90X8MG PIP 48,36  
 4279188 SILODYX 8MG PI PHARMA CAPS DUR 90X8MG PIP 48,36  
 4710190 SILODYX ABACUS 8MG CAPS DUR 90 48,36  
 2769321 SILODYX CAPS DUR 30 X 4MG PVC/PVDC/ALU 26,10  
 2769313 SILODYX CAPS DUR 30 X 8MG PVC/PVDC/ALU 26,10  
 2769305 SILODYX CAPS DUR 90 X 8MG PVC/PVDC/ALU 48,36  
 0894956 SIROXYL SIR 1 X 250 ML 250MG/5ML 7,89  
 1729615 SIROXYL SIROP ENFANTS/KINDEREN 125ML 100 MG/5 ML 4,53  
 1729607 SIROXYL SIROP SANS SUCRE/ZONDER SUIKER 300ML 10,00  
 4135224 SLINDA 4MG COMP PELL 3 X 28 33,94  
 4135216 SLINDA 4MG COMP PELL 6 X 28 57,69  
 4501664 SOL SUBL SL ALLERG. BOUL./FRENE 3X300IR 10ML 129,00  
 4501318 SOL SUBL SL ALLERGEN. DPT/DFAR 10IR+2X300IR 10ML 92,00  
 4501334 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE DPT/DFAR 2X300IR 10ML 92,00  
 4501557 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE 5G 10IR + 2X300IR 10ML 92,00  
 4501565 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE 5G 1X300IR 10ML 85,00  
 4501573 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE 5G 2X300IR 10ML 92,00  
 4501581 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE 5G 3X300IR 10ML 129,00  
 4501714 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE 5G BOUL.10IR+2X300IR 10ML 92,00  
 4501722 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE 5G BOULEAU 1X300IR 10ML 85,00  
 4501730 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE 5G BOULEAU 2X300IR 10ML 92,00  
 4501748 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE 5G BOULEAU 3X300IR 10ML 129,00  
 4501672 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE A/B/N 10IR+2X300IR 10ML 92,00  
 4501680 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE A/B/N 1X300IR 10ML 85,00  
 4501698 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE A/B/N 2X300IR 10ML 92,00  
 4501706 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE A/B/N 3X300IR 10ML 129,00  
 4501177 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE ALTER. 1X100IR 10ML 73,00  
 4501185 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE ALTER. 2X100IR 10ML 90,00  
 4501193 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE ALTER. 3X100IR 10ML 127,00  
 4501169 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE ALTER.10IR + 2X100IR 10ML 90,00  
 4501359 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE AMBR.10IR+2X300IR 10ML 92,00  
 4501367 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE AMBROIS. 1X300IR 10ML 85,00  
 4501375 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE AMBROIS. 2X300IR 10ML 92,00  
 4501383 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE AMBROIS. 3X300IR 10ML 129,00  
 4501391 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE ARMOISE 10IR+2X300IR 10ML 92,00  
 4501409 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE ARMOISE 1X300IR 10ML 85,00  
 4501417 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE ARMOISE 2X300IR 10ML 92,00  
 4501425 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE ARMOISE 3X300IR 10ML 129,00  
 4501458 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE BOUL. 2X300IR 10ML 92,00  
 4501433 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE BOUL. 10IR+2X300IR 10ML 92,00

4501441 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE BOUL. 1X300IR 10ML 85,00  
4501466 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE BOUL. 3X300IR 10ML 129,00  
4501649 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE BOUL./FRENE 1X300IR 10ML 85,00  
4501656 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE BOUL./FRENE 2X300IR 10ML 92,00  
4501201 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE CHAT 10IR + 2X100IR 10ML 90,00  
4495206 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE CHAT 1X100IR 10ML 73,00  
4494936 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE CHAT 1X300IR 10ML 85,00  
4501219 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE CHAT 2X100IR 10ML 90,00  
4494944 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE CHAT 2X300IR 10ML 92,00  
4501227 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE CHAT 3X100IR 10ML 127,00  
4494951 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE CHAT 3X300IR 10ML 129,00  
4501607 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE CUPRESS. 1X300IR 10ML 85,00  
4501615 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE CUPRESS. 2X300IR 10ML 92,00  
4501623 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE CUPRESS. 3X300IR 10ML 129,00  
4501599 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE CUPRESS.10IR+2X300IR 10ML 92,00  
4501235 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE DFAR 10IR + 2X300IR 10ML 92,00  
4501250 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE DFAR 2X300IR 10ML 92,00  
4501268 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE DFAR 3X300IR 10ML 129,00  
4501243 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE DPAR 1X300IR 10ML 85,00  
4501276 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE DPT 10IR + 2X300 IR 10ML 92,00  
4501284 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE DPT 1X300IR 10ML 85,00  
4501292 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE DPT 2X300IR 10ML 92,00  
4501300 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE DPT 3X300IR 10ML 129,00  
4501326 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE DPT/DFAR 1X300IR 10ML 85,00  
4501342 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE DPT/DFAR 3X300IR 10ML 129,00  
4501474 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE FRENE 10IR+2X300IR 10ML 92,00  
4501482 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE FRENE 1X300IR 10ML 85,00  
4501490 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE FRENE 2X300IR 10ML 92,00  
4501508 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE FRENE 3X300IR 10ML 129,00  
4501516 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE OLIVIER 10IR+2X300IR 10ML 92,00  
4501524 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE OLIVIER 1X300IR 10ML 85,00  
4501532 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE OLIVIER 2X300IR 10ML 92,00  
4501540 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE OLIVIER 3X300IR 10ML 129,00  
4501755 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE PARIET. 10IR+2X300IR 10ML 92,00  
4501763 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE PARIET. 1X300IR 10ML 85,00  
4501771 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE PARIET. 2X300IR 10ML 92,00  
4501789 SOL SUBL SL ALLERGENIQUE PARIET. 3X300IR 10ML 129,00  
3918661 SOLIFENACIN KRKA 5MG COMP PELL 90 X 5MG 35,88  
3918679 SOLIFENACIN KRKA 10MG COMP PELL 90 X 10MG 35,88  
3917358 SOLIFENACIN SANDOZ 5MG COMP PELL 30 X 5MG 19,26  
3920816 SOLIFENACIN SANDOZ 5MG COMP PELL 90 X 5MG 37,50  
3917341 SOLIFENACIN SANDOZ 10MG COMP PELL 30 X 10MG 19,26  
3917333 SOLIFENACIN SANDOZ 10MG COMP PELL 90 X 10MG 37,50  
3946738 SOLIFENACINE AB 5MG COMP PELL 30 18,27  
3911138 SOLIFENACINE AB 5MG COMP PELL 90 35,88  
3946746 SOLIFENACINE AB 10MG COMP PELL 30 18,27  
3911146 SOLIFENACINE AB 10MG COMP PELL 90 35,88  
3950318 SOLIFENACINE EG 5MG COMP PELL 30 PVC/ALU 19,26  
3945821 SOLIFENACINE EG 5MG COMP PELL 100 PVC/ALU 53,96  
3945839 SOLIFENACINE EG 5MG COMP PELL 200 PVC/ALU 89,94  
3950326 SOLIFENACINE EG 10MG COMP PELL 30 PVC/ALU 19,26  
3945847 SOLIFENACINE EG 10MG COMP PELL 100 PVC/ALU 53,96  
4663662 SOLIFENACINE TAMSULOSINE 6MG/0,4 LIB.MODIF.COMP30 43,59  
3890779 SOLIFENACINE TEVA COMP PELL 2 X 100 X 5MG 85,93  
3874377 SOLIFENACINE TEVA COMP PELL 30 X 5MG 19,26  
3874393 SOLIFENACINE TEVA COMP PELL 30 X 10MG 19,26  
3874385 SOLIFENACINE TEVA COMP PELL 90 X 5MG 36,91  
3874401 SOLIFENACINE TEVA COMP PELL 90 X 10MG 36,91  
3872157 SOLIFENACINE VIATRIS 10MG COMP PELL 30 19,26  
3872132 SOLIFENACINE VIATRIS 10MG COMP PELL 90 37,50

3872140 SOLIFENACINE VIATRIS 5MG COMP PELL 30 19,26  
3872165 SOLIFENACINE VIATRIS 5MG COMP PELL 90 37,50  
2417681 SPORTFLEX 10 MG/G SOL PULV CUTANEE 100 ML 18,01  
1603745 STALLERGENES FL.ENTRETIEN 100IR 10ML 73,00  
1603760 STALLERGENES FL.ENTRETIEN 300IR 10ML 82,00  
2193498 STALLERGENES KUUR/CURE FL 3 10-300-300 IR/ML 92,00  
2274231 STALLERGENES SUBLING 2 FL 10 ML ENTRETIEN 100 IR 90,00  
2274249 STALLERGENES SUBLING 2 FL 10 ML ENTRETIEN 300 IR 92,00  
2889442 STALLERGENES SUBLING 3FL 10ML COFFRET ENTR 100 IR 127,00  
1603679 STALLERGENES SUBLINGUAL CURE 3 10ML 90,00  
0080002 STEDIRIL 30 DRAG 3 X 21 9,81  
1244227 STEOVIT D3 500MG/200UI COMP 60 16,21  
1584697 STEOVIT D3 500MG/400UI COMP 60 16,81  
2401230 STEOVIT D3 1000MG/880UI COMP EFF 90 39,92  
4283685 STEOVIT D3 CITRON 500MG/400UI COMP CROQ. 180 FLAC 37,18  
4283677 STEOVIT D3 ORANGE 500MG/200UI COMP CROQ. 180 FLAC 37,03  
2804623 STEOVIT FORTE 1000MG/800 UI TABLCONT 90 39,43  
2562585 STEOVIT FORTE 1000MG/800UI COMP CROQ 28 15,87  
2562593 STEOVIT FORTE 1000MG/800UI COMP CROQ 84 37,86  
2192938 STEOVIT FORTE 1000MG/880 IE/UI COMP EFF 30 17,02  
3188927 STEOVIT FORTE CITRON 1000MG/800UI COMP CROQ 90 PIP 37,86  
0083097 STEROPOTASSIUM AMP PER OS 10X20ML 5,72  
0131219 STUGERON COMP 200 X 25 MG 14,30  
2672673 SYSTEM TTS 50MCG EMLATRES 24 33,55  
2755437 TAMSULOSINE ASTELLAS PI PHARMA CAPS 90X0,4MG PIP 49,50  
2881340 TAMSULOSINE ASTELLAS PI PHARMA CAPS 200X0,4MG PIP 83,75  
2322451 TAMSULOSINE EG CAPS 30 X 0,4 MG 19,50  
2322444 TAMSULOSINE EG CAPS 90 X 0,4 MG 38,40  
2872729 TAMSULOSINE EG CAPS LIBER PROL 200 X 0,4 MG 55,00  
2976884 TAMSULOSINE EG PI PHARMA CAPS 90 X0,4MG PIP 38,40  
3405388 TAMSULOSINE EG PI PHARMA CAPS DUR 30 X0,4MG PIP 19,50  
3405370 TAMSULOSINE EG PI PHARMA CAPS DUR 200 X0,4MG PIP 55,00  
2872703 TAMSULOSINE EG TABL LIBER PROL 90 X 0,4 MG 38,40  
2872695 TAMSULOSINE EG TABL LIBER PROL 200 X 0,4 MG 55,00  
4121075 TAMSULOSINE HCL KRKA 0,4MG LIB.MODIF. CAPS 100 27,98  
2274496 TAMSULOSINE HCL YAMANOUCHI CAPS 30X0,4MG 23,00  
2274488 TAMSULOSINE HCL YAMANOUCHI CAPS 90X0,4MG 49,50  
2495810 TAMSULOSINE HCL YAMANOUCHI CAPS200X0,4MG 83,75  
3138500 TAMSULOSINE RETARD SANDOZ 0,4MG COMP PELL 30 18,27  
3138518 TAMSULOSINE RETARD SANDOZ 0,4MG COMP PELL 90 34,40  
3138526 TAMSULOSINE RETARD SANDOZ 0,4MG COMP PELL 200 54,98  
2340149 TAMSULOSINE SANDOZ 0,4MG LIB.MODIF. CAPS 30X0,4MG 18,27  
2340156 TAMSULOSINE SANDOZ 0,4MG LIB.MODIF. CAPS 90X0,4MG 34,40  
2562817 TAMSULOSINE SANDOZ 0,4MG LIB.MODIF. CAPS 200X0,4MG 54,98  
3603438 TAMSULOSINE SANDOZ 0,4MG LIB.PROL. COMP PELL 30 18,27  
3603446 TAMSULOSINE SANDOZ 0,4MG LIB.PROL. COMP PELL 90 34,40  
3603453 TAMSULOSINE SANDOZ 0,4MG LIB.PROL. COMP PELL 200 54,98  
3326055 TAMSULOSINE TEVA 0,4MG LIB.MODIF. CAPS 30 PIP 19,80  
3326063 TAMSULOSINE TEVA 0,4MG LIB.MODIF. CAPS 90 PIP 33,24  
3326071 TAMSULOSINE TEVA 0,4MG LIB.MODIF. CAPS 200 PIP 52,00  
2318939 TAMSULOSINE TEVA CAPS 30 X 0,4 MG 19,80  
2318947 TAMSULOSINE TEVA CAPS 90 X 0,4 MG 34,24  
2587244 TAMSULOSINE TEVA CAPS 200 X 0,4 MG 53,00  
2266930 TAMSULOSINE VIATRIS 0,4MG CAPS 30 19,45  
2274223 TAMSULOSINE VIATRIS 0,4MG CAPS 90 31,92  
2565489 TAMSULOSINE VIATRIS 0,4MG LIB.PROL.CAPS 200 BLIST. 54,95  
2689974 TARDYFERON 80 MG COMP PELL 30 9,89  
3691284 TARDYFERON 80MG LIB.PROLONGEE COMP 30 X 80MG PIP 9,89  
0086629 TEARS NATURALE COLLYRE 15ML 6,90  
2103299 TERAZOSAB COMP 28 X 2 MG 8,71

2103307 TERAZOSAB COMP 28 X 5 MG 13,53  
 2185593 TERAZOSAB COMP 84 X 2 MG 17,17  
 2185585 TERAZOSAB COMP 84 X 5 MG 31,21  
 2185577 TERAZOSAB COMP 84 X 10 MG 43,51  
 3117405 TERAZOSINE EG 10MG COMP 98X10MG 43,76  
 3117389 TERAZOSINE EG 2MG COMP 98X2MG 18,26  
 3117397 TERAZOSINE EG 5MG COMP 98X5MG 31,62  
 0086280 TERRA-CORTRIL UNG. DERM. 15 G 10,77  
 0132548 TERRAMYCINE UNG DERM 15 G 7,24  
 3152394 TIBOLINIA 2,5MG SANDOZ TABL 3 X 28 38,91  
 3154879 TIBOLINIA 2,5MG SANDOZ TABL 6 X 28 62,15  
 3326600 TORENTAL 400MG LIB.PROLONGE COMP PELL 60 PIP 19,30  
 4641544 TORENTAL 400MG ORIFARM COMP ENROBES 60X400MG PIP 19,30  
 0015040 TORENTAL DRAG. 60 X 400 MG 19,30  
 3816568 TRIANAL 0,50MG/50MG SUPPO 12 20,45  
 0090225 TRIANAL POMM. 20 G 10,45  
 0091280 TRINORDIOL DRAG 3 X 21 14,60  
 0134957 ULTRA K SOL. POTASSIUM 200 ML 5,59  
 2966893 VAGIFEM 10 MCG COMP. VAG. 3X6 APPL 23,88  
 2283075 VEINOFYTOL CAPS 40X50MG 14,90  
 2883072 VEINOFYTOL CAPS 98X50MG 27,80  
 3634169 VELBIENNE 1MG/2MG COMP PELL 3 X 28 33,29  
 3634177 VELBIENNE 1MG/2MG COMP PELL 6 X 28 58,25  
 1363795 VENORUTON 1000 SACH PULV PER OS 30 26,78  
 2752434 VENORUTON FORTE 500 COMP 100 X 500MG 41,10  
 0613380 VENORUTON FORTE 500 COMP 60 X 500MG 27,80  
 4624649 VENORUTON FORTE 500 ORIFARM COMP 60X500MG PIP 27,80  
 4624656 VENORUTON FORTE 500 ORIFARM COMP 100X500MG PIP 41,10  
 2190916 VENORUTON FORTE 60 X 500 MG IMPEXECO PIP 27,80  
 2981082 VENORUTON FORTE IMPEXECO 100 X 500 MG PIP 41,10  
 2204626 VENORUTON FORTE PI PHARMA COMP 60 X 500 MG PIP 22,02  
 3203403 VERMOX 100MG TABL 6 X 100MG PIP 6,77  
 0095091 VERMOX COMP 6X100MG 6,77  
 4721205 VERMOX ORIFARM 100MG COMP 6 PIP 6,77  
 0096271 VERMOX SUSP 30ML 2% 7,11  
 2647428 VESICARE TABL 200 X 5 MG 89,68  
 2162519 VESICARE TABL 30 X 5 MG 19,34  
 2162527 VESICARE TABL 30 X 10 MG 19,34  
 2280519 VESICARE TABL 90 X 5 MG 37,50  
 2445922 VESICARE TABL 90 X 10 MG 37,50  
 3109790 VESOMNI 6MG/0,4MG COMP LIBERATATION MODIFIEE 30 43,59  
 3109808 VESOMNI 6MG/0,4MG COMP LIBERATATION MODIFIEE 90 93,53  
 4393294 VIBOSUN-D3 25000UI CAPS MOLLE 4 5,73  
 4393302 VIBOSUN-D3 25000UI CAPS MOLLE 12 13,72  
 0685313 VIDISIC OOGEL - GEL OCULAIRE 10 GR 7,69  
 4640959 VITAMINE D SANDOZ 25000IU CAPS MOLLE 4 5,73  
 4640967 VITAMINE D SANDOZ 25000IU CAPS MOLLE 12 13,72  
 2638591 VOLTAREN EMULGEL 1 % 50 G PIP 10,54  
 2597433 VOLTAREN EMULGEL 1 % 100 G PIP 15,99  
 4216842 VOLTAREN EMULGEL 1 % GEL 60G 14,41  
 4216859 VOLTAREN EMULGEL 1 % GEL 120G 19,99  
 4216867 VOLTAREN EMULGEL 1 % GEL 120G BOUCHON APPLIC. NEW 21,99  
 4230132 VOLTAREN EMULGEL 2% FORTE GEL 100G 24,57  
 4230124 VOLTAREN EMULGEL 2% FORTE GEL 150G 31,55  
 3339983 VOLTAREN EMULGEL FORTE 2 % PI PHARMA GEL 100G PIP 23,99  
 3874286 VOLTAREN EMULGEL FORTE 2% PI PHARMA GEL 180G PIP 31,29  
 1278456 XATRAL 5 RETARD COMP 56X5MG 35,89  
 1623784 XATRAL UNO 10 MG COMP 30 X 10 MG 37,73  
 2996353 YADERE 0,02 MG/3 MG COMP PELL 364 75,92  
 2996346 YADERE 0,02 MG/3 MG COMP PELL 84 23,86

1596915 YASMIN DRAG 3 X 21 34,22  
2677458 YASMIN DRAG 6 X 21 59,04  
2677441 YASMIN DRAG 13 X 21 116,04  
3117553 YASMIN IMPEXECO DRAG 3 X 21 PIP 34,22  
3117561 YASMIN IMPEXECO DRAG 6 X 21 PIP 59,04  
3117546 YASMIN IMPEXECO DRAG 13 X 21 PIP 116,04  
2346310 YASMINELLE DRAG 3 X 21 32,70  
2677474 YASMINELLE DRAG 6 X 21 55,19  
2677466 YASMINELLE DRAG 13 X 21 107,70  
2677417 YAZ 0,02 MG/3 MG COMP PELL 13 X 28 116,85  
2551877 YAZ 0,02 MG/3 MG COMP PELL 3 X 28 34,81  
2677425 YAZ 0,02 MG/3 MG COMP PELL 6 X 28 59,42  
0099382 ZADITEN CAPS 50 X 1 MG 11,70  
0311126 ZADITEN RETARD COMP. 28 X 2 MG 19,70  
0808998 ZADITEN SIR 1 X 200 ML 1 MG/5 ML 13,70  
1624428 ZILIUM TABL 30 6,85  
0891424 ZINERYT LOTION 30 ML 19,42  
2836559 ZOELY 2,5 MG/1,5 MG COMP PELL 84 34,05  
2970184 ZOELY 2,5 MG/1,5 MG COMP PELL 168 57,90  
2970192 ZOELY 2,5 MG/1,5 MG COMP PELL 364 113,55  
1133099 ZOVIRAX LABIALIS TUBE CREME 2G 9,92  
1713494 ZUMENON COMP 3 X 28 X 1 MG 21,57  
1677566 ZUMENON COMP 3 X 28 X 2 MG 26,35  
1531532 ZYBAN COMP. LIBER. PROL. 100 X 150 MG 40,29

