

## Modifications des modalités de remboursement entrant en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2017

Les spécialités suivantes sont remboursables en chapitre I à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2017 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
B-78	3481314	ARTANE 5MG BLISTER COMP 50 X 5MG		8,35	8,35	1,34	0,81
B-56	3632437	BUPRENORPHINE TEVA WEEK 10MCG/H X 5 PL TRANSD	G	22,62	22,62	6,31	3,78
B-56	3632445	BUPRENORPHINE TEVA WEEK 20MCG/H X 5 PL TRANSD	G	25,93	25,93	7,14	4,25
B-56	3622701	BUPRENORPHINE TEVA 35,0MCG/H X 5 PL TRANSD	G	23,50	23,50	6,56	3,91
B-56	3622719	BUPRENORPHINE TEVA 35,0MCG/H X 10 PL TRANSD	G	36,64	36,64	9,69	5,76
B-56	3632429	BUPRENORPHINE TEVA WEEK 5MCG/H X 5 PL TRANSD	G	19,00	19,00	5,01	3,01
B-56	3622727	BUPRENORPHINE TEVA 52,5MCG/H X 5 PL TRANSD	G	31,30	31,30	8,42	5,01
B-56	3622735	BUPRENORPHINE TEVA 52,5MCG/H X 10 PL TRANSD	G	50,55	50,55	11,90	7,73
B-56	3622743	BUPRENORPHINE TEVA 70 MCG/H X 5 PL TRANSD	G	39,33	39,33	10,33	6,14
B-56	3622750	BUPRENORPHINE TEVA 70 MCG/H X 10 PL TRANSD	G	64,94	64,94	11,90	7,90
CS-7	3612298	CETIRIZIN AB 10,0MG X 20 COMP	G	7,61	7,61	2,61	2,61
B-268	3577038	EZETIMIBE SANDOZ 10 MG X 28 COMP	G	19,32	19,32	5,12	3,07
B-268	3577053	EZETIMIBE SANDOZ 10 MG X 98 COMP	G	43,26	43,26	11,27	6,70
CX-2	3620465	NORANELLE 30/150MCG COMP PELL 3 X 21	G	7,76	7,76	3,63	3,63
CX-2	3621026	NORANELLE 30/150MCG COMP PELL 6 X 21	G	10,27	10,27	6,42	6,42
CX-2	3621034	NORANELLE 30/150MCG COMP PELL 13 X 21	G	16,41	16,41	13,18	13,18
B-262	3296712	PREGABALINE MYLAN 75 MG X 14 CAPS	G	8,55	8,55	1,41	0,85
B-220	2903904	QUETIAPINE EG 100 MG X 180 COMP	G	69,83	69,83	14,80	9,80
B-220	3604642	QUETIAPINE RETARD EG 50MG X 60 COMP PR	G	36,05	36,05	9,55	5,68
B-41	3603214	ROSUVASTATIN SANDOZ 10MG X 28 COMP	G	10,77	10,77	2,17	1,30
B-41	3603222	ROSUVASTATIN SANDOZ 10MG X 98 COMP	G	23,63	23,63	6,59	3,92
B-41	3603230	ROSUVASTATIN SANDOZ 10 MG X 100 COMP	G	23,97	23,97	6,67	3,97
B-41	3603248	ROSUVASTATIN SANDOZ 20 MG X 28 COMP	G	14,34	14,34	3,40	2,04
B-41	3603255	ROSUVASTATIN SANDOZ 20 MG X 98 COMP	G	33,92	33,92	9,04	5,38
B-41	3603263	ROSUVASTATIN SANDOZ 10 MG X 100 COMP	G	34,47	34,47	9,18	5,46
B-41	3603271	ROSUVASTATIN SANDOZ 40 MG X 28 COMP	G	22,14	22,14	6,12	3,67
B-41	3603289	ROSUVASTATIN SANDOZ 40 MG X 98 COMP	G	50,29	50,29	12,94	7,69
B-41	3603297	ROSUVASTATIN SANDOZ 40 MG X 100 COMP	G	51,18	51,18	13,15	7,81
B-41	3577152	ROSUVASTATINE EG 10 MG X 30 COMP	G	11,21	11,21	2,33	1,40
B-41	3577160	ROSUVASTATINE EG 10 MG X 100 COMP	G	23,97	23,97	6,67	3,97
B-41	3577186	ROSUVASTATINE EG 20 MG X 30 COMP	G	15,04	15,04	3,65	2,19
B-41	3577194	ROSUVASTATINE EG 20 MG X 100 COMP	G	34,47	34,47	9,18	5,46
B-41	3577210	ROSUVASTATINE EG 40 MG X 30 COMP	G	23,27	23,27	6,51	3,87
B-41	3577236	ROSUVASTATINE EG 40 MG X 100 COMP	G	51,18	51,18	13,15	7,81
B-41	3641032	ROSUVASTATINE MYLAN 10 MG X 28 COMP	G	10,77	10,77	2,17	1,30
B-41	3641040	ROSUVASTATINE MYLAN 10 MG X 98 COMP	G	23,63	23,63	6,59	3,92
B-41	3641057	ROSUVASTATINE MYLAN 20 MG X 28 COMP	G	14,34	14,34	3,40	2,04
B-41	3641065	ROSUVASTATINE MYLAN 20 MG X 98 COMP	G	33,92	33,92	9,04	5,38
B-41	3641073	ROSUVASTATINE MYLAN 40 MG X 28 COMP	G	22,14	22,14	6,12	3,67
B-41	3641081	ROSUVASTATINE MYLAN 40 MG X 98 COMP	G	50,29	50,29	12,94	7,69
B-41	3582368	ROSUVASTATINE TEVA 10 MG X 30 COMP	G	11,21	11,21	2,33	1,40
B-41	3582376	ROSUVASTATINE TEVA 10 MG X 100 COMP	G	23,97	23,97	6,67	3,97
B-41	3582384	ROSUVASTATINE TEVA 15 MG X 30 COMP	G	14,61	14,61	3,50	2,10

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Act	VIPO
B-41	3582392	ROSUVASTATINE TEVA 15 MG X 100 COMP	G	32,73	32,73	8,76	5,21
B-41	3582400	ROSUVASTATINE TEVA 20 MG X 30 COMP	G	15,04	15,04	3,65	2,19
B-41	3582418	ROSUVASTATINE TEVA 20 MG X 100 COMP	G	34,47	34,47	9,18	5,46
B-41	3582426	ROSUVASTATINE TEVA 30 MG X 30 COMP	G	20,34	20,34	5,47	3,28
B-41	3582434	ROSUVASTATINE TEVA 30 MG X 100 COMP	G	48,50	48,50	12,52	7,44
B-41	3582442	ROSUVASTATINE TEVA 40 MG X 30 COMP	G	23,27	23,27	6,51	3,87
B-41	3582459	ROSUVASTATINE TEVA 40 MG X 100 COMP	G	51,18	51,18	13,15	7,81

La spécialité suivante est remboursable dans le cadre du contrôle a posteriori (chapitre II, code 'T' au Tarif) à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2017 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
B-48	3640950	OMEPRazole MYLAN 40MG PI PH X 28 CAPS GASTRR	G	21,06	21,06	5,72	3,43

Les spécialités suivantes sont remboursables moyennant autorisation du médecin conseil de durée limitée – **type b** (code '?' au Tarif) à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2017 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
A-10	2761039	ZOMACTON 10MG/ML PDR+SOLV PR SOL INJ.SER. PREREMPL.(*)		242,04	242,04	0,00	0,00
A-20	3605029	EMTRICITABIN TENOFOV.DISOPROX.SANDOZ 200/245MG X 30 COMP (**)	G	245,66	245,66	0,00	0,00
B-254	3603008	RIVASTIGMINE TEVA 13,3MG/24H X 90 PL TRANSDERM	G	110,45	110,45	14,80	9,80

(\*) : Le remboursement de plusieurs emballages par ordonnance est permis

(\*\*) : Les anciennes attestations de type d restent valables jusque fin février 2018.

Les spécialités suivantes sont remboursables moyennant autorisation du médecin conseil de durée illimitée – **type d** (code '?' au Tarif) à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2017 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
A-71	3577038	EZETIMIBE SANDOZ 10 MG X COMP	G	19,32	19,32	0,00	0,00
A-71	3577053	EZETIMIBE SANDOZ 10 MG X 98 COMP	G	43,26	43,26	0,00	0,00
A-71	3584877	EZGAL 10MG X 98 COMP	G	67,30	67,30	0,00	0,00
B-268	3584877	EZGAL 10MG X 98 COMP	G	67,30	67,30	14,80	9,80
A-45	3603214	ROSUVASTATIN SANDOZ 10MG X 28 COMP	G	10,77	10,77	0,00	0,00
A-45	3603222	ROSUVASTATIN SANDOZ 10MG X 98 COMP	G	23,63	23,63	0,00	0,00
A-45	3603230	ROSUVASTATIN SANDOZ 10 MG X 100 COMP	G	23,97	23,97	0,00	0,00
A-45	3603248	ROSUVASTATIN SANDOZ 20 MG X 28 COMP	G	14,34	14,34	0,00	0,00
A-45	3603255	ROSUVASTATIN SANDOZ 20 MG X 98 COMP	G	33,92	33,92	0,00	0,00
A-45	3603263	ROSUVASTATIN SANDOZ 10 MG X 100 COMP	G	34,47	34,47	0,00	0,00
A-45	3603271	ROSUVASTATIN SANDOZ 40 MG X 28 COMP	G	22,14	22,14	0,00	0,00
A-45	3603289	ROSUVASTATIN SANDOZ 40 MG X 98 COMP	G	50,29	50,29	0,00	0,00
A-45	3603297	ROSUVASTATIN SANDOZ 40 MG X 100 COMP	G	51,18	51,18	0,00	0,00
A-45	3577152	ROSUVASTATINE EG 10 MG X 30 COMP	G	11,21	11,21	0,00	0,00
A-45	3577160	ROSUVASTATINE EG 10 MG X 100 COMP	G	23,97	23,97	0,00	0,00
A-45	3577186	ROSUVASTATINE EG 20 MG X 30 COMP	G	15,04	15,04	0,00	0,00
A-45	3577194	ROSUVASTATINE EG 20 MG X 100 COMP	G	34,47	34,47	0,00	0,00
A-45	3577210	ROSUVASTATINE EG 40 MG X 30 COMP	G	23,27	23,27	0,00	0,00
A-45	3577236	ROSUVASTATINE EG 40 MG X 100 COMP	G	51,18	51,18	0,00	0,00
A-45	3641032	ROSUVASTATINE MYLAN 10 MG X 28 COMP	G	10,77	10,77	0,00	0,00

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
A-45	3641040	ROSUVASTATINE MYLAN 10 MGX 98 COMP	G	23,63	23,63	0,00	0,00
A-45	3641057	ROSUVASTATINE MYLAN 20 MG X 28 COMP	G	14,34	14,34	0,00	0,00
A-45	3641065	ROSUVASTATINE MYLAN 20 MG X 98 COMP	G	33,92	33,92	0,00	0,00
A-45	3641073	ROSUVASTATINE MYLAN 40 MG X 28 COMP	G	22,14	22,14	0,00	0,00
A-45	3641081	ROSUVASTATINE MYLAN 40 MG X 98 COMP	G	50,29	50,29	0,00	0,00
A-45	3582368	ROSUVASTATINE TEVA 10 MG X 30 COMP	G	11,21	11,21	0,00	0,00
A-45	3582376	ROSUVASTATINE TEVA 10 MG X 100 COMP	G	23,97	23,97	0,00	0,00
A-45	3582384	ROSUVASTATINE TEVA 15 MG X 30 COMP	G	14,61	14,61	0,00	0,00
A-45	3582392	ROSUVASTATINE TEVA 15 MG X 100 COMP	G	32,73	32,73	0,00	0,00
A-45	3582400	ROSUVASTATINE TEVA 20 MG X 30 COMP	G	15,04	15,04	0,00	0,00
A-45	3582418	ROSUVASTATINE TEVA 20 MG X 100 COMP	G	34,47	34,47	0,00	0,00
A-45	3582426	ROSUVASTATINE TEVA 30 MG X 30 COMP	G	20,34	20,34	0,00	0,00
A-45	3582434	ROSUVASTATINE TEVA 30 MG X100 COMP	G	48,5	48,5	0,00	0,00
A-45	3582442	ROSUVASTATINE TEVA 40 MG X 30 COMP	G	23,27	23,27	0,00	0,00
A-45	3582459	ROSUVASTATINE TEVA 40 MG X 100 COMP	G	51,18	51,18	0,00	0,00
A-71	3584877	EZGAL 10MG X 98 COMP	G	67,3	67,3	0,00	0,00
B-268	3584877	EZGAL 10MG X 98 COMP	G	67,3	67,3	14,8	9,8

Les spécialités suivantes sont remboursables moyennant autorisation du médecin conseil de **durée limitée – type d** (code '?' au Tarif) à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2017 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
B-76	3641099	OPRYMEA 100 COMP X 0,18 MG	G	23,00	23,00	6,44	3,84
B-76	3641156	OPRYMEA 0,26MG KRKA X 100 COMP PRL	G	32,38	32,38	8,68	5,16
B-76	3641107	OPRYMEA 0,35MG KRKA X 30 COMP	G	18,22	18,22	4,74	2,85
B-76	3641115	OPRYMEA 0,35MG KRKA X 100 COMP	G	38,89	38,89	10,23	6,08
B-76	3641164	OPRYMEA 0,52MG KRKA X 30 COMP PRL	G	25,90	25,90	7,13	4,25
B-76	3641172	OPRYMEA 0,52MG KRKA X100 COMP PRL	G	58,31	58,31	14,80	8,82
B-76	3641123	OPRYMEA 0,70MG KRKA X 30 COMP	G	30,78	30,78	8,30	4,94
B-76	3641131	OPRYMEA 1,10MG KRKA X 30 COMP	G	50,60	50,60	11,90	7,73
B-76	3641149	OPRYMEA 1,10MG KRKA X 30 COMP	G	122,35	122,35	14,80	9,80
B-76	3641180	OPRYMEA 1,57MG KRKA X 30 COMP PRL	G	59,16	59,16	11,90	7,90
B-76	3641198	OPRYMEA 1,57MG KRKA X 100 COMP PRL	G	144,63	144,63	14,80	9,80
B-313	3266616	PARACETAMOL 1 G X 100 COMP	G	10,04	10,04	1,93	1,16
A-5	3296712	PREGABALINE MYLAN 75MG X 14 CAPS	G	8,55	8,55	0,00	0,00

Les spécialités suivantes sont remboursables moyennant autorisation du médecin conseil de **type e** (code 'E' au Tarif) à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2017 :

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
B-325	3031903	ESMYA 5 MG TABL 84		366,89	366,89	14,80	9,80
B-281	3380193	HUMIRA 40MG/0,4ML OPL INJ X 2 SER PREREMPL		1043,68	1043,68	11,90	7,90
B-281	3380201	HUMIRA 40MG/0,4ML OPL INJ X 2 PEN PREREMPL		1043,68	1043,68	11,90	7,90
A-65	3585908	IMATINIB AB 100MG COMP PELL 120	G	1004,86	1004,86	0,00	0,00
A-65	3585916	IMATINIB AB 400MG COMP PELL 30	G	983,90	983,90	0,00	0,00
B-314	2730828	STELARA 90MG/ML OPL INJ SER PREREMP 1 X 1,0ML		3199,11	3199,11	11,90	7,90

Les contraceptifs pour jeunes suivants sont remboursables à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2017 :

CNK	Dénomination	PP	BR	Actif	VIPO
3621299	IZZYRING 0,120 MG/0,015 MG/24 H X 1 RINGEN	12,74	12,74	9,74	9,74
3621281	IZZYRING 0,120 MG/0,015 MG/24 H X 3 RINGEN	31,64	31,64	22,64	22,64
3621307	IZZYRING 0,120 MG/0,015 MG/24 H X 6 RINGEN	57,20	57,20	39,20	39,20
3114121	LEVOSERT 20 µg/24h	118,06	118,06	0,00	0,00
3577392	MI-DIU LOAD 375 CU+AG	55,00	55,00	0,00	0,00
3577400	MI-DIU SERT 380 CU+AG	55,00	55,00	0,00	0,00
3577418	MI-DIU SERT 380 MINI CU+AG	55,00	55,00	0,00	0,00
3620465	NORANELLE 30µg/150µg 3 x 21	7,76	7,76	0,00	0,00
3621026	NORANELLE 30µg/150µg 6 x 21	10,27	10,27	0,00	0,00
3621034	NORANELLE 30µg/150µg 13 x 21	16,41	16,41	0,00	0,00
0064964	OVYSMEN COMP 3 X 21	10,30	10,30	1,30	1,30
0091124	TRINOVUM COMP 3 X 21	13,52	13,52	4,52	4,52

Le prix des spécialités suivantes baisse à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2017

Crit	CNK	Dénomination		PP	BR	Actif	VIPO
B-281	3380193	HUMIRA 40MG/0,4ML OPL INJ X 2 SER PREREMPL		1043,68	1043,68	11,90	7,90
B-281	3380201	HUMIRA 40MG/0,4ML OPL INJ X 2 PEN PREREMPL		1043,68	1043,68	11,90	7,90
B-48	2632164	OMEPRAZOLE MYLAN 20MG PI PHARMA X 100 CAPS	G	25,08	25,08	6,94	4,13
B-48	2616530	OMEPRAZOLE MYLAN 40 MG PI PHARMA X 56 CAPS	G	38,49	38,49	10,13	6,02
A-125	2630812	OMEPRAZOLE MYLAN 40MG PI PHARMA X 100 CAPS	G	48,94	48,94	0,00	0,00
A-126	2630812	OMEPRAZOLE MYLAN 40MG PI PHARMA X 100 CAPS	G	48,94	48,94	0,00	0,00

Les spécialités suivantes sont supprimées du remboursement à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2017

Crit	CNK	Dénomination
B-55	0305904	COLITOFALK SUPP 120 X 500 MG
B-224	2682409	EXFORGE HCT 10MG/160MG/12,5MG X 28 COMP
B-224	2682458	EXFORGE HCT 10MG/160MG/25MG X 28 COMP
B-224	2682375	EXFORGE HCT 5MG/160MG/12,5MG X 28 COMP
B-224	2682417	EXFORGE HCT 5MG/160MG/25MG X 28 COMP
CX-2	0064964	OVYSMEN COMP 3 X 21
B-63	1537208	PIROXICAM MYLAN CAPS 30X20MG
CX-2	0091124	TRINOVUM COMP 3 X 21
B-15	2729929	TYSKITEN 3DDD COMP 30 X 5 MG
B-15	2729945	TYSKITEN 3DDD COMP 90 X 5 MG
B-48	2659258	YOEVID 20 MG X 56 COMP GASTRR
B-48	2727048	YOEVID 40 MG X 56 COMP GASTRR
C-31	2727030	YOEVID 20 MG X 56 COMP GASTRR
C-31	2647105	YOEVID 40 MG X 56 COMP GASTRR
A-65	3484268	IMATINIB EG 100MG X 120 COMP
A-65	3484276	IMATINIB EG 400MGX 30 COMP
A-65	3510468	IMATINIB EG 400MG X 90 COMP



Crit	CNK	Dénomination
B-224	2682409	EXFORGE HCT 10MG/160MG/12,5MG X 28 COMP
B-224	2682458	EXFORGE HCT 10MG/160MG/25MG X 28 COMP
B-224	2682375	EXFORGE HCT 5MG/160MG/12,5MG X 28 COMP
B-224	2682417	EXFORGE HCT 5MG/160MG/25MG X 28 COMP
B-306	2682409	EXFORGE HCT 10MG/160MG/12,5MG X 28 COMP
B-306	2682458	EXFORGE HCT 10MG/160MG/25MG X 28 COMP
B-306	2682375	EXFORGE HCT 5MG/160MG/12,5MG X 28 COMP
B-306	2682417	EXFORGE HCT 5MG/160MG/25MG X 28 COMP
B-309	2682409	EXFORGE HCT 10MG/160MG/12,5MG X 28 COMP
B-309	2682458	EXFORGE HCT 10MG/160MG/25MG X 28 COMP
B-309	2682375	EXFORGE HCT 5MG/160MG/12,5MGX 28 COMP
B-309	2682417	EXFORGE HCT 5MG/160MG/25MG X 28 COMP
B-310	2682409	EXFORGE HCT 10MG/160MG/12,5MG X 28 COMP
B-310	2682458	EXFORGE HCT 10MG/160MG/25MG X 28 COMP
B-310	2682375	EXFORGE HCT 5MG/160MG/12,5MG X 28 COMP
B-310	2682417	EXFORGE HCT 5MG/160MG/25MG X 28 COMP
A-60	4001061	OXYGENE GAZEUX INDUGAS 10 L - 1,6 M3
A-60	4001087	OXYGENE GAZEUX INDUGAS 13 L - 2 M3
A-60	4001137	OXYGENE GAZEUX INDUGAS 50 L - 10,5 M3
A-60	4001103	OXYGENE GAZEUX INDUGAS 27 L - 4,3 M3
A-60	4001111	OXYGENE GAZEUX INDUGAS 27 L - 5,7 M3
A-60	4001053	OXYGENE GAZEUX INDUGAS 5 L - 1 M3
A-60	4001079	OXYGENE GAZEUX INDUGAS 10 L - 2,1 M3
A-60	4001061	OXYGENE GAZEUX INDUGAS 10 L - 1,6 M3
A-60	4001087	OXYGENE GAZEUX INDUGAS 13 L - 2 M3
A-60	4001137	OXYGENE GAZEUX INDUGAS 50 L - 10,5 M3
A-60	4001103	OXYGENE GAZEUX INDUGAS 27 L - 4,3 M3
A-60	4001111	OXYGENE GAZEUX INDUGAS 27 L - 5,7 M3
A-60	4001053	OXYGENE GAZEUX INDUGAS 5 L - 1 M3
A-60	4001079	OXYGENE GAZEUX INDUGAS 10 L - 2,1 M3
A-60	4001061	OXYGENE GAZEUX INDUGAS 10 L - 1,6 M3
A-60	4001087	OXYGENE GAZEUX INDUGAS 13 L - 2 M3
A-60	4001137	OXYGENE GAZEUX INDUGAS 50 L - 10,5 M3
A-60	4001103	OXYGENE GAZEUX INDUGAS 27 L - 4,3 M3
A-60	4001111	OXYGENE GAZEUX INDUGAS 27 L - 5,7 M3
A-60	4001053	OXYGENE GAZEUX INDUGAS 5 L - 1 M3
A-60	4001079	OXYGENE GAZEUX INDUGAS 10 L - 2,1 M3

**Note indisponibilité temporaire**

[Virus de la poliomyélite types I, II, III [inactivés]]

**Demandeurs/conditionnements concernés :**

SANOFI BELGIUM:

Prévoit des problèmes d'approvisionnement jusque fin novembre 2017 pour:

IMOVAX POLIO	1 seringue préremplie, 0,5 ml suspension pour injection
--------------	---

**Dérogations d'importation accordées (AFMPS – Commission Consultative):**

Une dérogation a été accordée à SANOFI BELGIUM pour importer 10.000 emballages pour le marché croate :

IMOVAX POLIO	1 seringue préremplie, 0,5 ml suspension pour injection
--------------	---

afin de compenser les problèmes d'approvisionnement que SANOFI BELGIUM rencontre.

**Note indisponibilité temporaire  
[Felbamate]**

---

**Demandeurs/conditionnements concernés :**

MSD BELGIUM:

Prévoit des problèmes d'approvisionnement jusque fin septembre 2017 pour:

TALOXIA-SUSP 600 mg/5 ml	1 flacon 230 ml suspension buvable
TALOXIA-TABS 600 mg	100 comprimés

**Dérogations d'importation accordées (AFMPS – Commission Consultative):**

Une dérogation a été accordée à MSD BELGIUM pour importer 150 emballages de Taloxi-Susp pour le marché hongrois, et 300 emballages de Taloxi-Tabs pour le marché italien :

TALOXIA-SUSP 600 mg/5 ml	1 flacon 230 ml suspension buvable
TALOXIA-TABS 600 mg	100 comprimés

afin de compenser les problèmes d'approvisionnement que MSD BELGIUM rencontre.

**Modalités de remboursement :**

Les modalités de remboursement des TALOXIA-SUSP et TALOXIA-TABS sont d'application pour les produits importés.

Avec nos salutations sincères et collégiales,

Source APB 28/08/2017