

Formulaire des régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Avril 2025

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Introduction.....	I
Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.....	I
Exclusions.....	II
Légende.....	III

Classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) Classification des médicaments

A	Système digestif et métabolisme	1
B	Sang et organes hématopoïétiques	25
C	Système cardiovasculaire	36
D	Dermatologie	89
G	Système génito-urinaire et hormones sexuelles	98
H	Préparations systémiques hormonales, à l'exclusion des hormones sexuelles	110
J	Anti-infectieux usage systémique	117
L	Antinéoplastiques et agents immunomodulants	142
M	Système musculo-squelettique	173
N	Système nerveux	182
P	Produits antiparasitaires, insecticides et répellants	255
R	Système respiratoire	256
S	Organes sensoriels	267
V	Divers	274

Annexes

I-A	Abréviations des formes posologiques.....	A - 1
I-B	Abréviations des voies d'administration.....	A - 3
I-C	Abréviations des noms de fabricants.....	A - 5
II	Préparations extemporanées.....	A - 7
III	Critères visant les médicaments sur autorisation spéciale.....	A - 9
IV	Avantages provisoires.....	A - 144

FORMULAIRE DES RÉGIMES DE MÉDICAMENTS

Introduction

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick fournit une couverture des médicaments sur ordonnance aux résidents du Nouveau-Brunswick admissibles par l'entremise du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick, du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick et d'autres régimes d'assurance gouvernementaux (désignés sous le terme collectif Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick). Voir ci-dessous pour une liste complète des plans.

Le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick est une liste des médicaments admissibles en vertu des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick. Le formulaire est mis à jour chaque mois et tous les médicaments pris en compte pour la liste des médicaments admissibles doivent être examinés conformément au [processus d'examen des médicaments](#).

La plupart des médicaments figurant dans le formulaire sont des médicaments << ordinaires >>, dont le remboursement n'exige aucun critère ni approbation préalable. Toutefois, certains médicaments requièrent une autorisation spéciale et doivent répondre à des critères précis avant d'être approuvés pour le remboursement (voir l'annexe III du formulaire). Le processus et les formulaires pour soumettre une demande d'autorisation spéciale sont disponibles [en ligne](#). Les médicaments qui ne sont pas admissibles sont précisés dans la liste des exceptions.

Les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Régime	Code de groupe
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB)	
Aînés	A
Services correctionnels	C
Clients du ministère du Développement social	F
Établissements résidentiels pour adultes	E
Enfants pris en charge par le ministère du Développement social et enfants ayant des besoins spéciaux	G
Résidents de foyers de soins	V
Fibrose kystique	B
Insuffisance en hormones de croissance	T
VIH/SIDA	U
Sclérose en plaques	H
Greffe d'organes	R
Régime médicaments du Nouveau-Brunswick	D
Autres régimes d'assurance gouvernementaux	
Régime de Santé publique	I
Programme pour la tuberculose du Nouveau-Brunswick	P
Programme extra-mural	W
Programme d'avortement médical	J

Des renseignements sur les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick sont disponibles [en ligne](#).

Exclusions

Les catégories suivantes de produits, à l'exception des produits indiqués spécifiquement sur la liste de médicaments, ne sont pas remboursées par le Régime médicaments du Nouveau-Brunswick.

- Les médicaments qui n'ont pas été autorisés au Canada ou qui ne sont pas offerts sur le marché canadien (p. ex. les médicaments obtenus grâce au Programme d'accès spécial de Santé Canada ou expérimentaux)
- Médicaments sans ordonnance ¹
- Produits de santé naturels¹ (p. ex. vitamines et minéraux, remèdes à base de plantes, probiotiques, remèdes homéopathiques, remèdes traditionnels)
- Le cannabis ou les produits du cannabis
- Suppléments nutritionnels et produits alimentaires
- Produits d'amaigrissement
- Produits pour le traitement de l'impuissance, de la dysfonction sexuelle ou de l'infertilité
- Médicaments pour la prévention de maladies contractées en voyages
- Produits à des fins esthétiques ou cosmétiques
- Savons, nettoyants, shampooings, antiseptiques ou désinfectants
- Agents diagnostiques et trousse de dépistage
- Fournitures, appareils et équipement médicaux (p. ex. prothèses, trousse de premiers soins, fournitures pour stomisés, bâtonnets diagnostiques et seringues pour le diabète, etc.)
- Vaccins

¹ Pour être ajouté au formulaire, un médicament sans ordonnance ou un produit naturel doit être recommandé par un comité consultatif d'experts sur la base de données attestant de son efficacité clinique et de son rapport coût-efficacité.

Légende

M01¹ ANTI-INFLAMMATOIRES ET ANTIRHUMATISMAUX

M01A² ANTI-INFLAMMATOIRES ET ANTIRHUMATISMAUX, NON STÉROÏDIENS

M01AE³ DÉRIVÉS DE L'ACIDE PROPIONIQUE

M01AE02⁴ NAPROXÈNE

			⁶	⁷	⁸	⁹
Co.Ent ⁵	Orl ⁵	250mg ⁵	Naproxen EC	02350785	SAS	ADEFGVW
			Teva-Naprox EC	02243312	TEV	ADEFGVW
Co.Ent	Orl	375mg	Naprosyn E	02162415	MTP	ADEFGVW
			Apo-Naproxen EC	02246700	APX	ADEFGVW
			Naproxen EC	02350793	SAS	ADEFGVW
			Mylan-Naproxen EC	02243432	MYL	ADEFGVW
			¹⁰ pms-Naproxen EC (Disc/non disp Mar 4/19)	02294702	PMS	ADEFGVW
			Teva-Naprox EC	02243313	TEV	ADEFGVW

¹ Deuxième niveau ATC, thérapeutique sous-classification

² Troisième niveau ATC, pharmacologique sous-classifications

³ Quatrième niveau ATC, sous-classification chimique

⁴ Cinquième niveau ATC, substance chimique

⁵ Forme posologique, voie et concentration : La concentration correspond à la quantité d'ingrédients contenus dans une forme pharmaceutique solide (comprimé) ou dans un gramme ou un millilitre d'un produit (crèmes, liquides, etc.)

⁶ Appellation commerciale ou nom du produit donné par le fabricant et approuvé par Santé Canada.

⁷ Identification numérique de drogue (DIN).

⁸ Code d'identification du fabricant. Voir l'annexe des codes de fabricants..

⁹ Régimes en vertu desquels le médicament est admissible à paiement. Voir page II pour connaître les détails. Veuillez noter que les produits accompagnés de la mention (SA) sont admissibles à la couverture en vertu des Régimes de médicaments du N.-B. par l'entremise d'une autorisation spéciale seulement.

¹⁰ Produit retiré du marché par le fabricant. Le produit sera radié du formulaire à la date indiquée

A SYSTÈME DIGESTIF ET MÉTABOLISME**A01 PRODUITS STOMATOLOGIQUES****A01A PRODUITS STOMATOLOGIQUES****A01AC CORTICOSTÉROÏDES POUR TRAITEMENT BUCCAL LOCALISÉ**

A01AC01 TRIAMCINOLONE

Pst Den 0,1%

Oracort 01964054 TAR ACDEFGV

A01AD AUTRES MÉDICAMENTS POUR TRAITEMENT BUCCAL LOCALISÉ

A01AD02 BENZYDAMINE

Liq Buc 0,15%

Odan-Benzylamine 02463105 ODN ACDEFGV

pms-Benzylamine 02239537 PMS ACDEFGV

A02 MÉDICAMENTS CONTRE LES TROUBLES DUS À L'HYPERACIDITÉ**A02A ANTIACIDES****A02AD COMBINAISON DE COMPOSÉS DE MAGNÉSIUM, D'ALUMINIUM ET DE CALCIUM**

A02AD01 COMPOSES DE SEL ORDINAIRE

ALUMINIUM / MAGNÉSIUM

Susp Orl 45,6 mg / 40 mg

Diovol 01966529 CHU G

A02AH ANTIACIDES AVEC BICARBONATE DE SODIUM

A02AH01 BICARBONATE DE SODIUM

Co. Orl 500 mg

Jamp-Sodium Bicarbonate 80030520 JPC (SA)

Sandoz Sodium Bicarbonate 80022194 SDZ (SA)

A02B MÉDICAMENTS CONTRE L'ULCÈRE GASTRODUODÉNAL ET LE REFLUX GASTRO OESOPHAGIEN**A02BA ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS H2**

A02BA01 CIMÉTIDINE

Co. Orl 200 mg

Cimetidine 00584215 AAP ACDEFGV

Co. Orl 300 mg

Cimetidine 00487872 AAP ACDEFGV

A02BA02 RANITIDINE

Co. Orl 150 mg

Apo-Ranitidine 00733059 APX ACDEFGVW

Jamp-Ranitidine 02463717 JPC ACDEFGVW

Mar-Ranitidine 02443708 MAR ACDEFGVW

Mint-Ranitidine 02526379 MNT ACDEFGVW

pms-Ranitidine 02242453 PMS ACDEFGVW

Ranitidine 02353016 SAS ACDEFGVW

A02BA02 RANITIDINE

Co. Orl 300 mg

Apo-Ranitidine	00733067	APX	ACDEFGVW
Jamp-Ranitidine	02463725	JPC	ACDEFGVW
Mar-Ranitidine	02443716	MAR	ACDEFGVW
Mint-Ranitidine	02526387	MNT	ACDEFGVW
pms-Ranitidine	02242454	PMS	ACDEFGVW

Liq Orl 15 mg/mL

Apo-Ranitidine	02280833	APX	CDEFGVW
----------------	----------	-----	---------

A02BA03 FAMOTIDINE

Co. Orl 20 mg

Famotidine	02351102	SAS	ACDEFGV
Famotidine	02549107	SIV	ACDEFGV
Jamp Famotidine	02507749	JPC	ACDEFGV
Mint-Famotidine	02538628	MNT	ACDEFGV
Teva-Famotidine	02022133	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 40 mg

Famotidine	02351110	SAS	ACDEFGV
Famotidine	02549115	SIV	ACDEFGV
Jamp Famotidine	02507757	JPC	ACDEFGV
Mint-Famotidine	02538636	MNT	ACDEFGV
Teva-Famotidine	02022141	TEV	ACDEFGV

A02BB PROSTAGLANDINES**A02BB01 MISOPROSTOL**

Co. Orl 100 mcg

Misoprostol	02244022	AAP	ACDEFGV
-------------	----------	-----	---------

Co. Orl 200 mcg

Misoprostol	02244023	AAP	ACDEFGJV
-------------	----------	-----	----------

A02BC INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS**A02BC01 OMÉPRAZOLE**

Caps.L.L. Orl 20 mg

Losec	00846503	XPI	ACDEFGV
Apo-Omeprazole	02245058	APX	ACDEFGV
Omeprazole	02348691	SAS	ACDEFGV
Omeprazole	02411857	SIV	ACDEFGV
Sandoz Omeprazole	02296446	SDZ	ACDEFGV

Co.L.L. Orl 20 mg

Jamp-Omeprazole	02420198	JPC	ACDEFGV
Nat-Omeprazole DR	02439549	NAT	ACDEFGV
Omeprazole	02416549	AHI	ACDEFGV
Omeprazole Magnesium	02504294	SAS	ACDEFGV
Teva-Omeprazole	02295415	TEV	ACDEFGV

A02BC02 PANTOPRAZOLE
PANTOPRAZOLE MAGNÉSIEN

Co.Ent	Orl	40 mg	Tecta	02267233	TAK	ACDEFGV
			Mylan-Pantoprazole T	02408570	MYL	ACDEFGV
			Pantoprazole Magnesium	02441853	ATS	ACDEFGV
			Pantoprazole T	02466147	SAS	ACDEFGV
			Pantoprazole T	02519534	SIV	ACDEFGV
			Teva-Pantoprazole Magnesium	02440628	TEV	ACDEFGV

PANTOPRAZOLE SODIQUE

Co.Ent	Orl	20 mg	Pantoloc	02241804	TAK	ACDEFGV
			Apo-Pantoprazole	02292912	APX	ACDEFGV
			Jamp Pantoprazole Sodium	02392615	JPC	ACDEFGV
			Jamp-Pantoprazole	02408414	JPC	ACDEFGV
			Pantoprazole	02536137	SAS	ACDEFGV
			Pantoprazole-20	02428172	SIV	ACDEFGV
			Sandoz Pantoprazole	02301075	SDZ	ACDEFGV
			Teva-Pantoprazole	02285479	TEV	ACDEFGV

Co.Ent	Orl	40 mg	Pantoloc	02229453	TAK	ACDEFGV
			Apo-Pantoprazole	02292920	APX	ACDEFGV
			Auro-Pantoprazole	02415208	ARO	ACDEFGV
			Jamp Pantoprazole Sodium	02392623	JPC	ACDEFGV
			Jamp-Pantoprazole	02357054	JPC	ACDEFGV
			M-Pantoprazole	02467372	MRA	ACDEFGV
			Mar-Pantoprazole	02416565	MAR	ACDEFGV
			Mint-Pantoprazole	02417448	MNT	ACDEFGV
			NRA-Pantoprazole	02471825	NRA	ACDEFGV
			Pantoprazole	02318695	PDL	ACDEFGV
			Pantoprazole	02437945	PMS	ACDEFGV
			Pantoprazole	02370808	SAS	ACDEFGV
			Pantoprazole-40	02428180	SIV	ACDEFGV
			pms-Pantoprazole	02307871	PMS	ACDEFGV
			Sandoz Pantoprazole	02301083	SDZ	ACDEFGV
			Taro-Pantoprazole	02305046	SUN	ACDEFGV
			Teva-Pantoprazole	02285487	TEV	ACDEFGV

A02BC03 LANSOPRAZOLE

A02BC03 LANSOPRAZOLE

Caps.L.L. Orl 15 mg

Prevacid	02165503	ABB	(SA)
Apo-Lansoprazole	02293811	APX	(SA)
Lansoprazole	02357682	SAS	(SA)
Lansoprazole	02385767	SIV	(SA)
Mylan-Lansoprazole	02353830	MYL	(SA)
Sandoz Lansoprazole	02385643	SDZ	(SA)
Taro-Lansoprazole	02402610	SUN	(SA)
Teva-Lansoprazole	02280515	TEV	(SA)

Caps.L.L. Orl 30 mg

Prevacid	02165511	ABB	(SA)
Apo-Lansoprazole	02293838	APX	(SA)
Lansoprazole	02357690	SAS	(SA)
Lansoprazole	02410389	SIV	(SA)
Mylan-Lansoprazole	02353849	MYL	(SA)
Sandoz Lansoprazole	02385651	SDZ	(SA)
Taro-Lansoprazole	02402629	SUN	(SA)
Teva-Lansoprazole	02280523	TEV	(SA)

Co.L.L. Orl 15 mg

Prevacid FasTab 02249464 ABB (SA)

Co.L.L. Orl 30 mg

Prevacid FasTab 02249472 ABB (SA)

A02BC04 RABÉPRAZOLE

Co.Ent Orl 10 mg

Pariet	02243796	JAN	ACDEFGV
Jamp Rabeprazole	02415283	JPC	ACDEFGV
Rabeprazole	02385449	SIV	ACDEFGV
Rabeprazole EC	02356511	SAS	ACDEFGV
Sandoz Rabeprazole	02314177	SDZ	ACDEFGV

Co.Ent Orl 20 mg

Pariet	02243797	JAN	ACDEFGV
Jamp Rabeprazole	02415291	JPC	ACDEFGV
Rabeprazole	02385457	SIV	ACDEFGV
Rabeprazole EC	02356538	SAS	ACDEFGV
Sandoz Rabeprazole	02314185	SDZ	ACDEFGV

A02BX AUTRES MÉDICAMENTS CONTRE L'ULCÈRE GASTRODUODÉNAL ET LE REFLUX GASTRO OESOPHAGIEN

A02BX02 SUCRALFATE

Co. Orl 1 g

Sulcrate	02100622	ABV	ACDEFGV
Apo-Sulcralfate	02125250	APX	ACDEFGV
Teva-Sulcralfate	02045702	TEV	ACDEFGV

A02BX02	SUCRALFATE							
Susp	Orl	1 g / 5 mL		Sulcrate Suspension Plus	02103567	ABV	ACDEFGV	
A03	MÉDICAMENTS CONTRE LES TROUBLES GASTROINTESTINAUX FONCTIONNELS							
A03A	MÉDICAMENTS CONTRE LES TROUBLES GASTROINTESTINAUX FONCTIONNELS							
A03AA	ANTICHOLINERGIQUES SYNTHÉTIQUES A ESTERS AVEC GROUPE AMINO TERTIAIRE							
A03AA05	TRIMÉBUTINE							
Co.	Orl	100 mg		Apo-Trimebutine	02245663	APX	ACDEFGV	
				Mint-Trimebutine	02538202	MNT	ACDEFGV	
Co.	Orl	200 mg		Apo-Trimebutine	02245664	APX	ACDEFGV	
				Mint-Trimebutine	02538210	MNT	ACDEFGV	
A03AA07	DICYCLOVERINE (DICYCLOMINE)							
Caps	Orl	10 mg		Protylol	00287709	PDL	ACDEFGV	
Co.	Orl	20 mg		Jamp-Dicyclomine	02366088	JPC	ACDEFGV	
A03AB	ANTICHOLINERGIQUES SYNTHÉTIQUES, ESTERS, COMPOSES D'AMMONIUM QUATERNAIRE							
A03AB02	BROMURE DE GLYCOPYRRONIUM (GLYCOPYRROLATE)							
Liq	Inj	0,2 mg/mL		Glycopyrrolate	02513749	JPC	ACDEFGVW	
				Glycopyrrolate	02039508	SDZ	ACDEFGVW	
				Glycopyrrolate Injection USP	02532379	JPC	ACDEFGVW	
				Glycopyrrolate Injection USP	02473879	STR	ACDEFGVW	
Liq	Inj	0,4 mg / 2 mL		Glycopyrrolate Injection USP	02473895	STR	ACDEFGVW	
Liq	Inj	4 mg / 20 mL		Glycopyrrolate Injection USP	02473887	STR	ACDEFGVW	
A03AX	AUTRES MÉDICAMENTS POUR LES TROUBLES FONCTIONNELS DE L'INTESTIN							
A03AX04	PINAVÉRIUM							
Co.	Orl	50 mg		Dicetel	01950592	ABB	ACDEFGV	
				Pinaverium	02469677	AAP	ACDEFGV	
Co.	Orl	100 mg		Dicetel	02230684	ABB	ACDEFGV	
				Pinaverium	02469685	AAP	ACDEFGV	
A03F	PROPULSIFS							
A03FA	PROPULSIFS							
A03FA01	MÉTOCLOPRAMIDE							
Co.	Orl	5 mg		Mar-Metoclopramide	02517795	MAR	ACDEFGVW	
				pms-Metoclopramide	02230431	PMS	ACDEFGVW	

A03FA01	MÉTOCLOPRAMIDE						
Co.	Orl	10 mg	pms-Metoclopramide	02230432	PMS	ACDEFGVW	
Liq	Inj	5 mg/mL	Metoclopramide	02185431	SDZ	ACDEFVW	
			Metoclopramide Hydrochloride Injection	02537397	JPC	ACDEFVW	
			Metoclopramide Injection USP	02243563	OMG	ACDEFVW	
Sir.	Orl	1 mg/mL	pms-Metoclopramide	02230433	PMS	ACDEFGVW	
A03FA03	DOMPÉRIDONE						
Co.	Orl	10 mg	Apo-Domperidone	02103613	APX	ACDEFGVW	
			Domperidone	02350440	SAS	ACDEFGVW	
			Domperidone	02238341	SIV	ACDEFGVW	
			Jamp-Domperidone	02369206	JPC	ACDEFGVW	
			Mar-Domperidone	02403870	MAR	ACDEFGVW	
			PRZ-Domperidone	02462834	PRZ	ACDEFGVW	
			Ran-Domperidone	02268078	SUN	ACDEFGVW	
			Teva-Domperidone	01912070	TEV	ACDEFGVW	

A04 ANTIEMÉTIQUES ET ANTINAUSÉUX

A04A ANTIEMÉTIQUES ET ANTINAUSÉUX

A04AA ANTAGONISTES DE LA SÉROTONINE (5HT3)

A04AA01	ONDANSÉTRON						
Co.	Orl	4 mg	Apo-Ondansetron	02288184	APX	W (SA)	
			Jamp-Ondansetron	02313685	JPC	W (SA)	
			Mar-Ondansetron	02371731	MAR	W (SA)	
			Mint-Ondansetron	02305259	MNT	W (SA)	
			Mylan-Ondansetron	02297868	MYL	W (SA)	
			Nat-Ondansetron	02417839	NAT	W (SA)	
			Ondansetron	02421402	SAS	W (SA)	
			Ondansetron	02541424	SIV	W (SA)	
			pms-Ondansetron	02258188	PMS	W (SA)	
			Sandoz Ondansetron	02274310	SDZ	W (SA)	
			Septa-Ondansetron	02376091	SPT	W (SA)	
			Teva-Ondansetron	02296349	TEV	W (SA)	

A04AA01 ONDANSÉTRON

Co. Orl 8 mg

Apo-Ondansetron	02288192	APX	W (SA)
Jamp-Ondansetron	02313693	JPC	W (SA)
Mar-Ondansetron	02371758	MAR	W (SA)
Mint-Ondansetron	02305267	MNT	W (SA)
Mylan-Ondansetron	02297876	MYL	W (SA)
Nat-Ondansetron	02417847	NAT	W (SA)
Ondansetron	02421410	SAS	W (SA)
Ondansetron	02541432	SIV	W (SA)
pms-Ondansetron	02258196	PMS	W (SA)
Sandoz Ondansetron	02274329	SDZ	W (SA)
Septa-Ondansetron	02376105	SPT	W (SA)
Teva-Ondansetron	02296357	TEV	W (SA)

Co.D.O. Slg 4 mg

Zofran ODT	02239372	SDZ	(SA)
Athena-Ondansetron ODT	02444674	AHC	(SA)
Auro-Ondansetron ODT	02511282	ARO	(SA)
Jamp Ondansetron ODF	02541351	JPC	(SA)
Mar-Ondansetron ODT	02514966	MAR	(SA)
Mint-Ondansetron ODT	02487330	MNT	(SA)
Ondansetron ODT	02519232	JPC	(SA)
Ondansetron ODT	02524279	SAS	(SA)
Ondansetron ODT	02481723	SDZ	(SA)
Ondissolve	02389983	TAK	(SA)
pms-Ondansetron ODT	02519445	PMS	(SA)

Co.D.O. Slg 8 mg

Zofran ODT	02239373	SDZ	(SA)
Athena-Ondansetron ODT	02444682	AHC	(SA)
Auro-Ondansetron ODT	02511290	ARO	(SA)
Jamp Ondansetron ODF	02541378	JPC	(SA)
Mar-Ondansetron ODT	02514974	MAR	(SA)
Mint-Ondansetron ODT	02487349	MNT	(SA)
Ondansetron ODT	02519240	JPC	(SA)
Ondansetron ODT	02524287	SAS	(SA)
Ondansetron ODT	02481731	SDZ	(SA)
Ondissolve	02389991	TAK	(SA)
pms-Ondansetron ODT	02519453	PMS	(SA)

A04AA01	ONDANSÉTRON							
Liq	Inj	2 mg/mL	Ondansetron Hydrochloride Dihydrate	02274418	SDZ	W	(SA)	
			Ondansetron Injection USP	02279436	SDZ	W	(SA)	
			Ondansetron Injection USP	02462257	STR	W	(SA)	
			Ondansetron Injection USP (PF)	02464578	STR	W	(SA)	
Liq	Orl	4 mg / 5 mL	Zofran	02229639	NVR	(SA)		
			Jamp Ondansetron	02490617	JPC	(SA)		
			Mint-Ondansetron Solution	02524090	MNT	(SA)		
			Ondansetron	02291967	APX	(SA)		
A04AA55	PALONOSÉTRON, EN COMBINAISON PALONOSÉTRON / NÉTUPITANT							
Caps	Orl	300 mg / 0,5 mg	Akynzeo	02468735	KNI	(SA)		
A04AD	AUTRES ANTIEMÉTIQUES							
A03BB01	BUTYLSCOPOLAMINE							
Co.	Orl	10 mg	Buscopan	00363812	SNC	ACDEFGVW		
			Accel-Hyoscine	02512335	ACC	ACDEFGVW		
Liq	Inj	20 mg/mL	Buscopan	00363839	SNC	ACDEFGVW		
			Hyoscine Butylbromide	02229868	SDZ	ACDEFGVW		
A04AD01	SCOPOLAMINE							
Srd	Trd	1,5 mg	Transderm-V	80024336	SDZ	AEFGVW		
A04AD11	NABILONE							
Caps	Orl	0,25 mg	Cesamet	02312263	BSL	ACDEFVW		
			pms-Nabilone	02380897	PMS	ACDEFVW		
			Teva-Nabilone	02392925	TEV	ACDEFVW		
Caps	Orl	0,5 mg	Cesamet	02256193	BSL	ACDEFVW		
			pms-Nabilone	02380900	PMS	ACDEFVW		
			Teva-Nabilone	02384884	TEV	ACDEFVW		
Caps	Orl	1 mg	Cesamet	00548375	BSL	ACDEFVW		
			pms-Nabilone	02380919	PMS	ACDEFVW		
			Teva-Nabilone	02384892	TEV	ACDEFVW		
A04AD12	APRÉPITANT							
Caps	Orl	80 mg	Emend	02298791	FRS	(SA)		

A04AD12	APRÉPITANT								
Caps	Orl	125 mg		Emend	02298805	FRS	(SA)		
Tro	Orl	80 mg, 125 mg		Emend-Tri-Pack	02298813	FRS	(SA)		
N05CM05	SCOPOLAMINE								
Liq	Inj	0,4 mg/mL		Scopolamine Hydrobromide	02242810	OMG	ACDEFVW		
Liq	Inj	0,6 mg/mL		Scopolamine Hydrobromide	02242811	OMG	ACDEFVW		

A05 TRAITEMENT DU FOIE ET BILIAIRE

A05A TRAITEMENT BILIAIRE

A05AA PREPARATIONS POUR L'ACIDE BILIAIRE

A05AA02	ACIDE URSODÉOXYCHOLIQUE (URSODIOL)								
Co.	Orl	250 mg		GLN-Ursodiol	02426900	GLM	ACDEFGV		
				Jamp-Ursodiol	02472392	JPC	ACDEFGV		
				pms-Ursodiol C	02273497	PMS	ACDEFGV		
				Ursodiol C	02515520	SAS	ACDEFGV		
Co.	Orl	500 mg		GLN-Ursodiol	02426919	GLM	ACDEFGV		
				Jamp-Ursodiol	02472406	JPC	ACDEFGV		
				pms-Ursodiol C	02273500	PMS	ACDEFGV		
				Ursodiol C	02515539	SAS	ACDEFGV		
A05AA04	ACIDE OBÉTICHOLIQUE								
Co.	Orl	5 mg		Ocaliva	02463121	ADZ	(SA)		
Co.	Orl	10 mg		Ocaliva	02463148	ADZ	(SA)		

A06 MÉDICAMENTS POUR LA CONSTIPATION

A06A MÉDICAMENTS POUR LA CONSTIPATION

A06AD LAXATIFS AGISSANT OSMOTIQUEMENT

A06AD11	LACTULOSE								
Sir.	Orl	667 mg		Jamp-Lactulose	02295881	JPC	(SA)		
				Lactulose	02412268	SAS	(SA)		
				pms-Lactulose	00703486	PMS	(SA)		
				pms-Lactulose-pharma	02469391	PMS	(SA)		
				ratio-Lactulose	00854409	TEV	(SA)		

A07 ANTIDIARRHÉIQUES, AGENTS ANTI-INFECTIEUX/ANTI-INFLAMMATOIRES POUR L'INTESTIN

A07A ANTI-INFECTIEUX INTESTINAUX

A07AA ANTIBIOTIQUES

A07AA02	NYSTATINE							
Susp	Orl	100 000 IU/mL		Jamp-Nystatin	02433443	JPC	ACDEFGVW	
				pms-Nystatin Suspension	00792667	PMS	ACDEFGVW	
				Teva-Nystatin	02194201	TEV	ACDEFGVW	
A07AA11	RIFAXIMINE							
Co.	Orl	550 mg		Zaxine	02410702	SAX	(SA)	
A07AA12	FIDAXOMICINE							
Co.	Orl	200 mg		Dificid	02387174	FRS	W (SA)	
A07D	ANTIPROPULSIFS							
A07DA	ANTIPROPULSIFS							
A07DA01	DIPHÉNOXYLATE							
Co.	Orl	2,5 mg / 0,025 mg		Lomotil	00036323	PFI	ACDEFGV	
A07DA03	LOPÉRAMIDE							
Co.	Orl	2 mg		pms-Loperamide	02228351	PMS	AEFGV	
				Teva-Loperamide	02132591	TEV	AEFGV	
Liq	Orl	0,2 mg/mL		pms-Loperamide Hydrochloride	02016095	PMS	AEFGV	
A07E	AGENTS ANTI-INFLAMMATOIRES INTESTINAUX							
A07EA	CORTICOSTÉROÏDES AGISSANT LOCALEMENT							
A07EA06	BUDÉSONIDE							
Aér.	Rt	2 mg		Uceris	02498057	BSL	ACDEFGV	
Caps	Orl	3 mg		Entocort	02229293	AZE	ACDEFGV	
Lav.	Rt	2,3 mg		Entocort	02052431	AZE	ACDEFGV	
A07EC	ACIDE AMINOSALICYLIQUE ET AGENTS SEMBLABLES							
A07EC01	SULFASALAZINE							
Co.	Orl	500 mg		Salazopyrin	02064480	PFI	ACDEFGV	
				pms-Sulfasalazine	00598461	PMS	ACDEFGV	
Co.Ent	Orl	500 mg		Salazopyrin EN	02064472	PFI	ACDEFGV	
				pms-Sulfasalazine EC	00598488	PMS	ACDEFGV	
A07EC02	MÉSALAZINE							
Aér.	Rt	1 g		Mezera	02474026	AVI	ACDEFGV	

A07EC02	MÉSALAZINE								
Co.	Orl	1,2 g			Mezavant	02297558	TAK	ACDEFGV	
Co. L.P.	Orl	1 g			Mezera	02545012	AVI	ACDEFGV	
Co.Ent	Orl	400 mg			Teva-5-ASA	02171929	TEV	ACDEFGV	
Co.L.L.	Orl	800 mg			Octasa	02465752	TRB	ACDEFGV	
Co.L.L.	Orl	1600 mg			Octasa	02529610	TRB	ACDEFGV	
Co.L.P.	Orl	500 mg			Salofalk	02112787	ABV	ACDEFGV	
					Mezera	02524481	AVI	ACDEFGV	
					Pentasa	02099683	FEI	ACDEFGV	
Co.L.P.	Orl	1 g			Pentasa	02399466	FEI	ACDEFGV	
Supp.	Rt	500 mg			Salofalk	02112760	ABV	ACDEFGV	
Supp.	Rt	1 g			Salofalk	02242146	ABV	ACDEFGV	
					Mezera	02474018	AVI	ACDEFGV	
					Pentasa	02153564	FEI	ACDEFGV	
Susp	Rt	1 g / 100 mL			Pentasa	02153521	FEI	ACDEFGV	
Susp	Rt	2 g/60 mL			Salofalk	02112795	ABV	ACDEFGV	
Susp	Rt	4 g / 100 mL			Pentasa	02153556	FEI	ACDEFGV	
Susp	Rt	4 g / 60 mL			Salofalk	02112809	ABV	ACDEFGV	

A07EC03	OLSALAZINE								
Caps	Orl	250 mg			Dipentum	02063808	SLP	ACDEFGV	

A07F MICRO-ORGANISMES ANTIDIARRHÉIQUES

A07FA MICRO-ORGANISMES ANTIDIARRHÉIQUES

A07FA01 ORGANISMES PRODUISANT DE L'ACIDE LACTIQUE

Caps	Orl	1 B			Bacid	80017987	SLP	AEFGV	
------	-----	-----	--	--	-------	----------	-----	-------	--

A09 AGENTS DIGESTIFS, Y COMPRIS LES ENZYMES

A09A AGENTS DIGESTIFS, Y COMPRIS LES ENZYMES

A09AA PRÉPARATIONS D'ENZYMES

A09AA02 MULTIENZYMES (LIPASE, PROTÉASE, ETC)

A09AA02 MULTIENZYMES (LIPASE, PROTÉASE, ETC)

Caps	Orl	35 000 U / 10 000 U / 40 000 U	Cotazym	00263818	ORG	ABCDEFGV
Caps.Ent	Orl	4 200 U / 10 000 U / 17 500 U	Pancrease MT 4	00789445	VVS	ABCDEFGV
Caps.Ent	Orl	10 000 U / 730 U / 11 200 U	Creon 10 Minimicrospheres	02200104	BGP	ABCDEFGV
Caps.Ent	Orl	10 500 U / 25 000 U / 43 750 U	Pancrease MT 10	00789437	VVS	ABCDEFGV
Caps.Ent	Orl	10 800 U / 45 000 U / 42 000 U	Cotazym ECS 8	00502790	ORG	ABCDEFGV
Caps.Ent	Orl	16 800 U / 40 000 U / 70 000 U	Pancrease MT 16	00789429	VVS	ABCDEFGV
Caps.Ent	Orl	25 000 U / 1 600 U / 25 500 U	Creon 25 Minimicrospheres	01985205	BGP	ABCDEFGV
Caps.Ent	Orl	25 000 U / 100 000 U / 100 000 U	Cotazym ECS 20	00821373	ORG	ABCDEFGV
Caps.Ent	Orl	35 000 U / 2 240 U / 35 700 U	Creon 35 Minimicrospheres	02494639	BGP	ABCDEFGV
Co.	Orl	10 440 U / 39 150 U / 39 150 U	Viokace	02230019	ARN	ABCDEFGV
Co.	Orl	20 880 U / 78 300 U / 78 300 U	Viokace	02241933	ARN	ABCDEFGV
Gran	Orl	5 000 U / 5 100 U / 320 U	Creon Minimicrospheres Micro	02445158	BGP	ABCDEFGV

A10 MÉDICAMENTS UTILISÉS CHEZ LES DIABÉTIQUES

A10A INSULINES ET ANALOGUES

A10AB INSULINES ET ANALOGUES POUR L'INJECTION, À ACTION RAPIDE

A10AB01 INSULINE (HUMAINE)

Liq	Inj	100 U/mL	Humulin R	00586714	LIL	ACDEFGV
			Humulin R (cartridge)	01959220	LIL	ACDEFGV
			Novolin GE Toronto	02024233	NNO	ACDEFGV
			Novolin GE Toronto (penfill)	02024284	NNO	ACDEFGV

A10AB04 INSULINE LISPRO

Liq	Inj	100 U/mL	Admelog	02469901	SAV	ACDEFGV
			Admelog (cartridge)	02469898	SAV	ACDEFGV
			Admelog (SoloSTAR)	02469871	SAV	ACDEFGV

A10AB05 INSULINE ASPARTE

A10AB05 INSULINE ASPARTE

Liq Inj 100 U/mL

Kirsty (autoinjector)	02520974	BGP	ACDEFGV
Trurapi (cartridge)	02506564	SAV	ACDEFGV
Trurapi (SoloSTAR)	02506572	SAV	ACDEFGV
Trurapi (vial)	02529254	SAV	ACDEFGV

A10AB06 INSULINE GLULISINE

Liq Inj 100 U/mL

Apidra	02279460	SAV	ACDEFGV
Apidra (cartridge)	02279479	SAV	ACDEFGV
Apidra Solostar	02294346	SAV	ACDEFGV

A10AC INSULINES ET ANALOGUES POUR INJECTION, ACTION INTERMÉDIAIRE**A10AC01 INSULINE (HUMAINE)**

Susp Inj 100 U/mL

Humulin N	00587737	LIL	ACDEFGV
Humulin N (cartridge)	01959239	LIL	ACDEFGV
Humulin N (KwikPen)	02403447	LIL	ACDEFGV
Novolin GE NPH	02024225	NNO	ACDEFGV
Novolin GE NPH (penfill)	02024268	NNO	ACDEFGV

Susp Inj 500 U/mL

Entuzity (KwikPen)	02466864	LIL	ACDEFGV
--------------------	----------	-----	---------

A10AD INSULINES ET ANALOGUES POUR INJECTION, ACTION INTERMÉDIAIRE ET À ACTION RAPIDE**A10AD01 INSULINE (HUMAINE)**

Susp Inj 30 U / 70 U

Humulin 30/70	00795879	LIL	ACDEFGV
Humulin 30/70 (cartridge)	01959212	LIL	ACDEFGV
Novolin GE 30/70	02024217	NNO	ACDEFGV
Novolin GE 30/70 (penfill)	02025248	NNO	ACDEFGV

A10AE INSULINES ET ANALOGUES POUR INJECTION, À ACTION LENTE**A10AE04 INSULINE GLARGINE**

Liq Inj 100 U/mL

Basaglar cartridge	02444844	LIL	ACDEFGV
Basaglar KwikPen	02461528	LIL	ACDEFGV
Semglee (autoinjector)	02526441	BGP	ACDEFGV

A10AE05 INSULINE DÉTÉMIR

Liq Inj 100 U/mL

Levemir Penfill	02271842	NNO	(SA)
-----------------	----------	-----	------

A10AE06 INSULIN DEGLUDEC

Liq Inj 100 U/mL

Tresiba Flextouch	02467879	NNO	ACDEFGV
-------------------	----------	-----	---------

Liq Inj 100 U/mL

Tresiba Penfill	02467860	NNO	ACDEFGV
-----------------	----------	-----	---------

A10AE06 INSULIN DEGLUDEC

Liq Inj 200 U/mL

Tresiba Flextouch 02467887 NNO ACDEFGV

A10B MÉDICAMENTS HYPOGLYCÉMIANTS, À L'EXCLUSION DES INSULINES

A10BA BIGUANIDES

A10BA02 METFORMINE

Co. Orl 500 mg

Glucophage 02099233 SAV ACDEFGV

Auro-Metformin 02438275 ARO ACDEFGV

Jamp-Metformin 02380196 JPC ACDEFGV

M-Metformin 02547767 MRA ACDEFGV

Metformin 02353377 SAS ACDEFGV

Metformin FC 02385341 SIV ACDEFGV

Mint-Metformin 02388766 MNT ACDEFGV

pms-Metformin 02223562 PMS ACDEFGV

pmsc-Metformin 02520303 PMS ACDEFGV

Pro-Metformin 02314908 PDL ACDEFGV

PRZ-Metformin 02531895 PRZ ACDEFGV

Sandoz Metformin FC 02246820 SDZ ACDEFGV

Teva-Metformin 02257726 TEV ACDEFGV

Co. Orl 850 mg

Glucophage 02162849 SAV ACDEFGV

Auro-Metformin 02438283 ARO ACDEFGV

Jamp-Metformin 02380218 JPC ACDEFGV

M-Metformin 02547775 MRA ACDEFGV

Mar-Metformin 02378639 MAR ACDEFGV

Metformin 02353385 SAS ACDEFGV

Metformin FC 02385368 SIV ACDEFGV

Mint-Metformin 02388774 MNT ACDEFGV

pms-Metformin 02242589 PMS ACDEFGV

pmsc-Metformin 02520311 PMS ACDEFGV

Pro-Metformin 02314894 PDL ACDEFGV

PRZ-Metformin 02531909 PRZ ACDEFGV

Sandoz Metformin FC 02246821 SDZ ACDEFGV

Teva-Metformin 02257734 TEV ACDEFGV

Co. Orl 1000 mg

M-Metformin 02548275 MRA ACDEFGV

PRZ-Metformin 02534673 PRZ ACDEFGV

A10BB SULFONAMIDES, DÉRIVÉS DE L'URÉE

A10BB01 GLIBENCLAMIDE (GLYBURIDE)

A10BB01 GLIBENCLAMIDE (GLYBURIDE)

Co.	Orl	2,5 mg	Apo-Glyburide	01913654	APX	ACDEFGV
			Glyburide (Disc/non disp Jan 7/26)	02350459	SAS	ACDEFGV
			Teva-Glyburide	01913670	TEV	ACDEFGV
Co.	Orl	5 mg	Apo-Glyburide	01913662	APX	ACDEFGV
			Glyburide	02350467	SAS	ACDEFGV
			Teva-Glyburide	01913689	TEV	ACDEFGV

A10BB09 GLICLAZIDE

Co.	Orl	80 mg	Apo-Gliclazide	02245247	APX	ACDEFGV
			Gliclazide	02287072	SAS	ACDEFGV
			Teva-Gliclazide	02238103	TEV	ACDEFGV

Co.L.P.	Orl	30 mg	Diamicon MR	02242987	SEV	ACDEFGV
			Apo-Gliclazide MR	02297795	APX	ACDEFGV
			Gliclazide MR	02524856	SAS	ACDEFGV
			Jamp-Gliclazide MR	02429764	JPC	ACDEFGV
			Mint-Gliclazide MR	02423286	MNT	ACDEFGV
			Mylan-Gliclazide MR	02438658	MYL	ACDEFGV
			Sandoz Gliclazide MR	02461323	SDZ	ACDEFGV
			Taro-Gliclazide MR	02463571	SUN	ACDEFGV

Co.L.P.	Orl	60 mg	Diamicon MR	02356422	SEV	ACDEFGV
			Apo-Gliclazide MR	02407124	APX	ACDEFGV
			Gliclazide MR	02524864	SAS	ACDEFGV
			Jamp Gliclazide-MR	02429772	JPC	ACDEFGV
			Mint-Gliclazide MR	02423294	MNT	ACDEFGV
			Sandoz Gliclazide MR	02461331	SDZ	ACDEFGV
			Taro-Gliclazide MR	02439328	SUN	ACDEFGV

A10BD ASSOCIATIONS DE MEDICAMENTS ORAUX

A10BD07 METFORMINE ET SITAGLIPTINE

Co.	Orl	500 mg / 50 mg	Janumet	02333856	FRS	ACDEFGV
			Apo-Sitagliptin Malate/Metformin HCl	02509415	APX	ACDEFGV
			Sandoz Sitagliptin-Metformin	02503956	SDZ	ACDEFGV
			Sitagliptin-Metformin	02529157	SIV	ACDEFGV
			Teva-Sitagliptin Malate / Metformin	02520494	TEV	ACDEFGV

A10BD07 METFORMINE ET SITAGLIPTINE

Co.	Orl	850 mg / 50 mg	Janumet	02333864	FRS	ACDEFGV
			Apo-Sitagliptin Malate/Metformin HCl	02509423	APX	ACDEFGV
			Sandoz Sitagliptin-Metformin	02503964	SDZ	ACDEFGV
			Sitagliptin-Metformin	02529165	SIV	ACDEFGV
			Teva-Sitagliptin Malate / Metformin	02520508	TEV	ACDEFGV
Co.	Orl	1 000 mg / 50 mg	Janumet	02333872	FRS	ACDEFGV
			Apo-Sitagliptin Malate/Metformin HCl	02509431	APX	ACDEFGV
			Sandoz Sitagliptin-Metformin	02503972	SDZ	ACDEFGV
			Sitagliptin-Metformin	02529173	SIV	ACDEFGV
			Teva-Sitagliptin Malate / Metformin	02520516	TEV	ACDEFGV
Co.L.P.	Orl	500 mg / 50 mg	Janumet XR	02416786	FRS	ACDEFGV
			Apo-Sitagliptin/Metformin XR	02506270	APX	ACDEFGV
			Sandoz Sitagliptin-Metformin XR	02529106	SDZ	ACDEFGV
Co.L.P.	Orl	1 000 mg / 50 mg	Janumet XR	02416794	FRS	ACDEFGV
			Apo-Sitagliptin/Metformin XR	02506289	APX	ACDEFGV
			Sandoz Sitagliptin-Metformin XR	02529114	SDZ	ACDEFGV
Co.L.P.	Orl	1 000 mg / 100 mg	Janumet XR	02416808	FRS	ACDEFGV
			Apo-Sitagliptin/Metformin XR	02506297	APX	ACDEFGV
			Sandoz Sitagliptin-Metformin XR	02529122	SDZ	ACDEFGV

A10BD10 METFORMINE ET SAXAGLIPTINE

Co.	Orl	500 mg / 2,5 mg	Komboglyze	02389169	AZE	(SA)
Co.	Orl	850 mg / 2,5 mg	Komboglyze	02389177	AZE	(SA)
Co.	Orl	1 000 mg / 2,5 mg	Komboglyze	02389185	AZE	(SA)

A10BD11 METFORMINE ET LINAGLIPTINE

Co.	Orl	500 mg / 2,5 mg	Jentaduetto	02403250	BOE	(SA)
Co.	Orl	850 mg / 2,5 mg	Jentaduetto	02403269	BOE	(SA)
Co.	Orl	1 000 mg / 2,5 mg	Jentaduetto	02403277	BOE	(SA)

A10BD15 METFORMINE ET DAPAGLIFLOZINE

A10BD15 METFORMINE ET DAPAGLIFLOZINE

Co.	Orl	850 mg / 5 mg	XigDuo	02449935	AZE	ACDEFGV
			Apo-Dapagliflozin-Metformin	02536153	APX	ACDEFGV
			Auro-Dapagliflozin/Metformin	02533073	ARO	ACDEFGV
Co.	Orl	1 000 mg / 5 mg	XigDuo	02449943	AZE	ACDEFGV
			Apo-Dapagliflozin-Metformin	02536161	APX	ACDEFGV
			Auro-Dapagliflozin/Metformin	02533081	ARO	ACDEFGV

A10BD20 METFORMINE ET EMPAGLIFLOZINE

Co.	Orl	500 mg / 5 mg	Synjardy	02456575	BOE	(SA)
Co.	Orl	500 mg / 12,5 mg	Synjardy	02456605	BOE	(SA)
Co.	Orl	850 mg / 5 mg	Synjardy	02456583	BOE	(SA)
Co.	Orl	850 mg / 12,5 mg	Synjardy	02456613	BOE	(SA)
Co.	Orl	1000 mg / 5 mg	Synjardy	02456591	BOE	(SA)
Co.	Orl	1000 mg / 12,5 mg	Synjardy	02456621	BOE	(SA)

A10BF INHIBITIEURS D'ALPHA-GLUCOSIDASE**A10BF01 ACARBOSE**

Co.	Orl	50 mg	Mar-Acarbose	02494078	MAR	ACDEFGV
			Mint-Acarbose	02493780	MNT	ACDEFGV
Co.	Orl	100 mg	Mar-Acarbose	02494086	MAR	ACDEFGV
			Mint-Acarbose	02493799	MNT	ACDEFGV

A10BG THIAZOLINEDIONES**A10BG03 PIOGLITAZONE**

Co.	Orl	15 mg	Ach-Pioglitazone	02391600	AHI	ACDEFGV
			Act Pioglitazone	02302861	TEV	ACDEFGV
			Apo-Pioglitazone (Disc/non disp Aug 2/25)	02302942	APX	ACDEFGV
			Jamp-Pioglitazone	02397307	JPC	ACDEFGV
			Mint-Pioglitazone	02326477	MNT	ACDEFGV

A10BG03 PIOGLITAZONE

Co. Orl 30 mg

Ach-Pioglitazone 02339587 AHI ACDEFGV
 Act Pioglitazone 02302888 TEV ACDEFGV
 Apo-Pioglitazone (Disc/non disp Aug 2/25) 02302950 APX ACDEFGV
 Jamp-Pioglitazone 02365529 JPC ACDEFGV
 Mint-Pioglitazone 02326485 MNT ACDEFGV

Co. Orl 45 mg

Ach-Pioglitazone 02339595 AHI ACDEFGV
 Act Pioglitazone 02302896 TEV ACDEFGV
 Apo-Pioglitazone (Disc/non disp Aug 2/25) 02302977 APX ACDEFGV
 Jamp-Pioglitazone 02365537 JPC ACDEFGV
 Mint-Pioglitazone 02326493 MNT ACDEFGV

A10BH INHIBITEURS DE LA DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4 (DPP-4)

A10BH01 SITAGLIPTINE

Co. Orl 25 mg

Januvia 02388839 FRS ACDEFGV
 ACH-Sitagliptin 02512475 AHI ACDEFGV
 Apo-Sitagliptin Malate 02508656 APX ACDEFGV
 Auro-Sitagliptin 02529866 ARO ACDEFGV
 Jamp Sitagliptin 02534134 JPC ACDEFGV
 pms-Sitagliptin 02503840 PMS ACDEFGV
 Sandoz Sitagliptin 02504049 SDZ ACDEFGV
 Sitagliptin 02548550 SAS ACDEFGV
 Sitagliptin 02529033 SIV ACDEFGV
 Taro-Sitagliptin Fumarate 02531631 TAR ACDEFGV
 Teva-Sitagliptin Malate 02522705 TEV ACDEFGV

Co. Orl 50 mg

Januvia 02388847 FRS ACDEFGV
 ACH-Sitagliptin 02512483 AHI ACDEFGV
 Apo-Sitagliptin Malate 02508664 APX ACDEFGV
 Auro-Sitagliptin 02529874 ARO ACDEFGV
 Jamp Sitagliptin 02534142 JPC ACDEFGV
 pms-Sitagliptin 02503859 PMS ACDEFGV
 Sandoz Sitagliptin 02504057 SDZ ACDEFGV
 Sitagliptin 02548569 SAS ACDEFGV
 Sitagliptin 02529041 SIV ACDEFGV
 Taro-Sitagliptin Fumarate 02531658 TAR ACDEFGV
 Teva-Sitagliptin Malate 02522713 TEV ACDEFGV

A10BH01 SITAGLIPTINE

Co. Orl 100 mg

Januvia	02303922	FRS	ACDEFGV
ACH-Sitagliptin	02512491	AHI	ACDEFGV
Apo-Sitagliptin Malate	02508672	APX	ACDEFGV
Auro-Sitagliptin	02529882	ARO	ACDEFGV
Jamp Sitagliptin	02534150	JPC	ACDEFGV
pms-Sitagliptin	02503867	PMS	ACDEFGV
Sandoz Sitagliptin	02504065	SDZ	ACDEFGV
Sitagliptin	02548577	SAS	ACDEFGV
Sitagliptin	02529068	SIV	ACDEFGV
Taro-Sitagliptin Fumarate	02531666	TAR	ACDEFGV
Teva-Sitagliptin Malate	02522721	TEV	ACDEFGV

A10BH03 SAXAGLIPTINE

Co. Orl 2,5 mg

Onglyza	02375842	AZE	(SA)
Apo-Saxagliptin	02507471	APX	(SA)
Sandoz Saxagliptin	02468603	SDZ	(SA)

Co. Orl 5 mg

Onglyza	02333554	AZE	(SA)
Apo-Saxagliptin	02507498	APX	(SA)
Sandoz Saxagliptin	02468611	SDZ	(SA)

A10BH05 LINAGLIPTINE

Co. Orl 5 mg

Trajenta	02370921	BOE	ACDEFGV
----------	----------	-----	---------

A10BJ ANALOGUES DU GLP-1 (GLUCAGON-LIKE PEPTIDE-1)

A10BJ06 SÉMAGLUTIDE

Liq SC 2 mg / 1,5 mL

Ozempic (autoinjector)	02471477	NNO	(SA)
------------------------	----------	-----	------

Liq SC 2 mg / 3 mL

Ozempic (autoinjector)	02540258	NNO	(SA)
------------------------	----------	-----	------

Liq SC 4 mg / 3 mL

Ozempic (autoinjector)	02471469	NNO	(SA)
------------------------	----------	-----	------

A10BK INHIBITEURS DE CO-TRANSPORTER 2 (SGLT2) DE SODIUM-GLUCOSE

A10BK01 DAPAGLIFLOZINE

A10BK01 DAPAGLIFLOZINE

Co. Orl 5 mg

Forxiga	02435462	AZE	ACDEFGV
Apo-Dapagliflozin	02527189	APX	ACDEFGV
Auro-Dapagliflozin	02531402	ARO	ACDEFGV
GLN-Dapagliflozin	02519852	GLM	ACDEFGV
Jamp Dapagliflozin	02531364	JPC	ACDEFGV
M-Dapagliflozin	02535297	MRA	ACDEFGV
pms-Dapagliflozin	02531550	PMS	ACDEFGV
Sandoz Dapagliflozin	02518732	SDZ	ACDEFGV

Co. Orl 10 mg

Forxiga	02435470	AZE	ACDEFGV
Apo-Dapagliflozin	02527197	APX	ACDEFGV
Auro-Dapagliflozin	02531410	ARO	ACDEFGV
GLN-Dapagliflozin	02519860	GLM	ACDEFGV
Jamp Dapagliflozin	02531372	JPC	ACDEFGV
M-Dapagliflozin	02535300	MRA	ACDEFGV
pms-Dapagliflozin	02531569	PMS	ACDEFGV
Sandoz Dapagliflozin	02518740	SDZ	ACDEFGV

A10BK02 CANAGLIFLOZINE

Co. Orl 100 mg

Invokana 02425483 JAN (SA)

Co. Orl 300 mg

Invokana 02425491 JAN (SA)

A10BK03 EMPAGLIFLOZINE

Co. Orl 10 mg

Jardiance 02443937 BOE (SA)

Co. Orl 25 mg

Jardiance 02443945 BOE (SA)

A10BX AUTRES MEDICAMENTS HYPOGLYCEMIANTS, EXCL INSULINES

A10BX02 REPAGLINIDE

Co. Orl 0,5 mg

Gluconorm	02239924	NNO	ACDEFGV
Act Repaglinide	02321475	TEV	ACDEFGV
Auro-Repaglinide	02424258	ARO	ACDEFGV
Jamp-Repaglinide	02354926	JPC	ACDEFGV
Sandoz Repaglinide	02357453	SDZ	ACDEFGV

A10BX02 REPAGLINIDE

Co. Orl 1 mg

Gluconorm	02239925	NNO	ACDEFGV
Act Repaglinide	02321483	TEV	ACDEFGV
Auro-Repaglinide	02424266	ARO	ACDEFGV
Jamp-Repaglinide	02354934	JPC	ACDEFGV
Sandoz Repaglinide	02357461	SDZ	ACDEFGV

Co. Orl 2 mg

Gluconorm	02239926	NNO	ACDEFGV
Act Repaglinide	02321491	TEV	ACDEFGV
Auro-Repaglinide	02424274	ARO	ACDEFGV
Jamp-Repaglinide	02354942	JPC	ACDEFGV
Sandoz Repaglinide	02357488	SDZ	ACDEFGV

A11 VITAMINES**A11C VITAMINE A ET D, Y COMPRIS LES COMBINAISONS DES DEUX****A11CC VITAMINE D ET ANALOGUES****A11CC03 ALFACALCIDOL**

Caps Orl 0,25 mcg

One-Alpha	00474517	XPI	ACDEFGV
Sandoz Alfacalcidol	02533316	SDZ	ACDEFGV

Caps Orl 1 mcg

One-Alpha	00474525	XPI	ACDEFGV
Sandoz Alfacalcidol	02533324	SDZ	ACDEFGV

Liq Orl 2 mcg/mL

One-Alpha	02240329	XPI	ACDEFGV
-----------	----------	-----	---------

A11CC04 CALCITRIOL

Caps Orl 0,25 mcg

Rocaltrol	00481823	SLP	ACDEFGV
Calcitriol-Odan	02431637	ODN	ACDEFGV
pms-Calcitriol	02495899	PMS	ACDEFGV
Taro-Calcitriol	02485710	TAR	ACDEFGV

Caps Orl 0,5 mcg

Rocaltrol	00481815	SLP	ACDEFGV
Calcitriol-Odan	02431645	ODN	ACDEFGV
pms-Calcitriol	02495902	PMS	ACDEFGV
Taro-Calcitriol	02485729	TAR	ACDEFGV

A11CC05 CHOLÉCALCIFÉROL

Co. Orl 1 000 IU

Vitamin D	80000436	JAM	EF-18G
-----------	----------	-----	--------

A11E VITAMINE B-COMPLEXE, COMPRIS COMBINAISONS**A11EB VITAMINE B-COMPLEXE AVEC VITAMINE C**

A11EB99 VITAMINE B-COMPLEXE AVEC VITAMINE C

Co. Orl 100 mg

Replavite 80007498 WNP (SA)

A11H AUTRES PRÉPARATIONS VITAMINIQUES ORDINAIRES

A11HA AUTRES PRÉPARATIONS VITAMINIQUES ORDINAIRES

A11HA03 TOCOPHÉROL (VIT E)

Caps Orl 100 IU

Vitamin E 00189227 EXZ EF-18G

Vitamin E Natural 00122823 JAM EF-18G

Caps Orl 200 IU

Vitamin E 00189235 EXZ EF-18G

Vitamin E Natural 00122831 JAM EF-18G

Caps Orl 400 IU

Vitamin E 00266108 CCM EF-18G

Vitamin E 02040816 CCM EF-18G

Vitamin E Natural 00122858 JAM EF-18G

Vitamin E Natural 00201995 WAM EF-18G

Vitamin E Synthetic 00274259 WAM EF-18G

Gttes Orl 50 IU

Aquasol E 02162075 CLC EF-18G

A12 SUPPLÉMENTS DE MINÉRAUX

A12B POTASSIUM

A12BA POTASSIUM

A12BA01 CHLORURE DE POTASSIUM

Caps.L.L. Orl 600 mg

Jamp-Potassium Chloride ER 80062704 JPC ACDEFGV

Co.L.L. Orl 600 mg

Jamp-K8 80013005 JPC ACDEFGV

M-K8 L.A. 80035346 MRA ACDEFGV

PRZ K8 80108882 PRZ ACDEFGV

Sandoz K 8 02246734 SDZ ACDEFGV

Co.L.L. Orl 1 500 mg

Jamp-K20 80013007 JPC ACDEFGV

M-K20 L.A. 80025624 MRA ACDEFGV

Odan K-20 80004415 ODN ACDEFGV

PRZ-K20 80107649 PRZ ACDEFGV

Sandoz K 20 02242261 SDZ ACDEFGV

Liq Orl 100 mg/mL

Jamp-Potassium Chloride 80024835 JPC ACDEFGV

Odan Potassium Chloride 80046782 ODN ACDEFGV

pms-Potassium Chloride 02238604 PMS ACDEFGV

A12BA02 CITRATE DE POTASSIUM

A12BA02 CITRATE DE POTASSIUM

Co.Eff. Orl 975 mg

K-Lyte 02085992 WLS ACDEFGV

Jamp-K Effervescent 80033602 JPC ACDEFGV

Co.L.P. Orl 540 mg

Urocit-K 01914022 PAL ACDEFGV

Co.L.P. Orl 1 080 mg

Urocit-K 02353997 PAL ACDEFGV

A12C AUTRES SUPPLÉMENTS MINÉRAUX**A12CC MAGNÉSIUM****A12CC99 GLUCOHEPTONATE DE MAGNÉSIUM**

Liq Orl 100 mg/mL

Rougier Magnesium 00026697 TEV ACDEFGV

Jamp Magnesium 80009357 JPC ACDEFGV

A12CD FLUORURE**A12CD01 FLUORURE DE SODIUM**

Co. Orl 2,21 mg

Fluor-a-Day 00575569 PDP EF-18G

Gttes Orl 5,56 mg/mL

Fluor-a-Day 00610100 PDP EF-18G

A16 AUTRE PRODUITS LIÉS AU TRACTUS DIGESTIF ET AU MÉTABOLISME**A16A AUTRE PRODUITS LIÉS AU TRACTUS DIGESTIF ET AU MÉTABOLISME****A16AA DÉRIVÉS ACIDES AMINÉS****A16AA01 LÉVOCARNITINE**

Co. Orl 330 mg

Carnitor 02144328 LBI (SA)

Liq Orl 100 mg/mL

Carnitor 02144336 LBI (SA)

Odan-Levocarnitine 02492105 ODN (SA)

A16AA04 MERCAPTAMINE (CYSTÉAMINE)

Caps.L.R. Orl 25 mg

Procysbi 02464705 HRZ (SA)

Caps.L.R. Orl 75 mg

Procysbi 02464713 HRZ (SA)

A16AB ENZYMES**A16AB07 ALGLUCOSIDASE ALFA**

Pds. IV 50 mg

Myozyme 02284863 GZM (SA)

A16AB10 VELAGLUCERASE ALFA

Pds. IV 400 units

VPRIV 02357119 PAL (SA)

A16AB11 TALIGLUCERASE ALFA

A16AB11	TALIGLUCERASE ALFA							
Pds.	IV	200 units/vial			Elelyso	02425637	PFI	(SA)
A16AB12	ÉLOSULFASE ALFA							
Liq	IV	5 mg / 5 mL			Vimizim	02427184	BMR	(SA)
A16AB13	ASFOTASE ALFA							
Liq	SC	18 mg / 0,45 mL			Strensiq	02444615	ALX	(SA)
Liq	SC	28 mg / 0,7 mL			Strensiq	02444623	ALX	(SA)
Liq	SC	40 mg/mL			Strensiq	02444631	ALX	(SA)
Liq	SC	80 mg / 0,8 mL			Strensiq	02444658	ALX	(SA)
A16AB14	SEBELIPASE ALFA							
Liq	IV	2 mg/mL			Kanuma	02469596	ALX	(SA)
A16AB17	CERLIPONASE ALFA							
Liq	IVR	150 mg / 5 mL			Brineura	02484013	BMR	(SA)

A16AX DIVERS PRODUITS LIÉS AU TRACTUS DIGESTIF ET AU MÉTABOLISME

A16AX03	PHÉNYLBUTYRATE SODIQUE							
Gran	Orl	483 mg/g			Pheburane	02436663	MDU	(SA)
A16AX04	NITISINONE							
Caps	Orl	2 mg			Orfadin	02459698	BVT	(SA)
					MDK-Nitisinone	02457717	MDK	(SA)
Caps	Orl	5 mg			Orfadin	02459701	BVT	(SA)
					MDK-Nitisinone	02457725	MDK	(SA)
Caps	Orl	10 mg			Orfadin	02459728	BVT	(SA)
					MDK-Nitisinone	02457733	MDK	(SA)
Caps	Orl	20 mg			Orfadin	02459736	BVT	(SA)
					MDK-Nitisinone	02470055	MDK	(SA)
A16AX07	SAPROPTÉRINE							
Co.	Orl	100 mg			Kuvan	02350580	BMR	(SA)
Pds.	Orl	100 mg			Kuvan	02482207	BMR	(SA)
					Reddy-Sapropterin	02534533	RCH	(SA)

A16AX07	SAPROPTÉRINE							
Pds.	Orl	500 mg				Kuvan	02482215	BMR (SA)
						Reddy-Sapropterin	02535610	RCH (SA)
A16AX08	TÉDUGLUTIDE							
Pds.	SC	5 mg				Revestive	02445727	TAK (SA)
A16AX09	PHÉNYLBUTYRATE DE GLYCÉROL							
Liq	Orl	1,1 g/mL				Ravicti	02453304	HRZ (SA)
A16AX12	TRIENTINE							
Caps	Orl	250 mg				Mar-Trientine	02504855	MAR (SA)
						Waymade-Trientine	02515067	WMD (SA)
A16AX14	MIGALASTAT							
Caps	Orl	123 mg				Galafold	02468042	AMT (SA)
A16AX16	GIVOSIRAN							
Liq	SC	189 mg/mL				Givlaari	02506343	ALN (SA)
A16AX17	TRIHEPTANOIN							
Liq	Orl	100%				Dojolvi	02512556	UGX (SA)
A16AX18	LUMASIRAN							
Liq	Orl	94,5 mg / 0,5mL				Oxlumo	02525755	ALN (SA)

B SANG ET ORGANES HÉMATOPOÏÉTIQUES

B01 AGENTS ANTITHROMBOTIQUES

B01A AGENTS ANTITHROMBOTIQUES

B01AA ANTAGONISTES DE LA VITAMINE K

B01AA03	WARFARINE							
Co.	Orl	1 mg				Apo-Warfarin	02242924	APX ACDEFGV
						Taro-Warfarin	02242680	TAR ACDEFGV
Co.	Orl	2 mg				Apo-Warfarin	02242925	APX ACDEFGV
						Taro-Warfarin	02242681	TAR ACDEFGV
Co.	Orl	2,5 mg				Apo-Warfarin	02242926	APX ACDEFGV
						Taro-Warfarin	02242682	TAR ACDEFGV
Co.	Orl	3 mg				Apo-Warfarin	02245618	APX ACDEFGV
						Taro-Warfarin	02242683	TAR ACDEFGV

B01AA03	WARFARINE					
Co.	Orl	4 mg	Apo-Warfarin	02242927	APX	ACDEFGV
			Taro-Warfarin	02242684	TAR	ACDEFGV
Co.	Orl	5 mg	Apo-Warfarin	02242928	APX	ACDEFGV
			Taro-Warfarin	02242685	TAR	ACDEFGV
Co.	Orl	6 mg	Taro-Warfarin	02242686	TAR	ACDEFGV
Co.	Orl	10 mg	Apo-Warfarin	02242929	APX	ACDEFGV
			Taro-Warfarin	02242687	TAR	ACDEFGV

B01AB GROUPE DE L'HÉPARINE

B01AB01	HÉPARINE					
Liq	Inj	100 IU/mL	Heparin	00727520	LEO	ACDEFGVW
Liq	Inj	1 000 IU/mL	Heparin Leo Inj	00453811	LEO	ACDEFGVW
			Heparin Sodium Injection USP	02303086	SDZ	ACDEFGVW
Liq	Inj	10 000 IU/mL	Heparin Sodium Injection USP	02303108	SDZ	ACDEFGVW
B01AB04	DALTÉPARINE					
Liq	Inj	2 500 IU / 0,2 mL	Fragmin (prefilled syringe)	02132621	PFI	W (SA)
Liq	Inj	3 500 IU / 0,28 mL	Fragmin (prefilled syringe)	02430789	PFI	W (SA)
Liq	Inj	5 000 IU / 0,2 mL	Fragmin (prefilled syringe)	02132648	PFI	W (SA)
Liq	Inj	7 500 IU / 0,3 mL	Fragmin (prefilled syringe)	02352648	PFI	W (SA)
Liq	Inj	10 000 IU / 0,4 mL	Fragmin (prefilled syringe)	02352656	PFI	W (SA)
Liq	Inj	12 500 IU / 0,5 mL	Fragmin (prefilled syringe)	02352664	PFI	W (SA)
Liq	Inj	15 000 IU / 0,6 mL	Fragmin (prefilled syringe)	02352672	PFI	W (SA)
Liq	Inj	16 500 IU / 0,66 mL	Fragmin (prefilled syringe)	02494582	PFI	W (SA)
Liq	Inj	18 000 IU / 0,72 mL	Fragmin (prefilled syringe)	02352680	PFI	W (SA)
Liq	Inj	25 000 IU/mL	Fragmin (multi-dose vial)	02231171	PFI	W (SA)
B01AB05	ÉNOXAPARINE					

B01AB05		ÉNOXAPARINE						
Liq	Inj	30 mg / 0,3 mL		Elonox (prefilled syringe)	02532247	FKB	ACDEFGVW	
				Inclunox (prefilled syringe)	02507501	SDZ	ACDEFGVW	
				Noromby (prefilled syringe)	02506459	JNO	ACDEFGVW	
				Redesca (prefilled syringe)	02509075	VAL	ACDEFGVW	
Liq	Inj	40 mg / 0,4 mL		Elonox (prefilled syringe)	02532255	FKB	ACDEFGVW	
				Inclunox (prefilled syringe)	02507528	SDZ	ACDEFGVW	
				Noromby (prefilled syringe)	02506467	JNO	ACDEFGVW	
				Redesca (prefilled syringe)	02509083	VAL	ACDEFGVW	
Liq	Inj	60 mg / 0,6 mL		Elonox (prefilled syringe)	02532263	FKB	ACDEFGVW	
				Inclunox (prefilled syringe)	02507536	SDZ	ACDEFGVW	
				Noromby (prefilled syringe)	02506475	JNO	ACDEFGVW	
				Redesca (prefilled syringe)	02509091	VAL	ACDEFGVW	
Liq	Inj	80 mg / 0,8 mL		Elonox (prefilled syringe)	02532271	FKB	ACDEFGVW	
				Inclunox (prefilled syringe)	02507544	SDZ	ACDEFGVW	
				Noromby (prefilled syringe)	02506483	JNO	ACDEFGVW	
				Redesca (prefilled syringe)	02509105	VAL	ACDEFGVW	
Liq	Inj	100 mg/mL		Elonox (prefilled syringe)	02532298	FKB	ACDEFGVW	
				Inclunox (prefilled syringe)	02507552	SDZ	ACDEFGVW	
				Noromby (prefilled syringe)	02506491	JNO	ACDEFGVW	
				Redesca (prefilled syringe)	02509113	VAL	ACDEFGVW	
Liq	Inj	120 mg / 0,8 mL		Elonox HP (prefilled syringe)	02532301	FKB	ACDEFGVW	
				Inclunox HP (prefilled syringe)	02507560	SDZ	ACDEFGVW	
				Noromby HP (prefilled syringe)	02506505	JNO	ACDEFGVW	
				Redesca HP (prefilled syringe)	02509148	VAL	ACDEFGVW	
Liq	Inj	150 mg/mL		Elonox HP (prefilled syringe)	02532328	FKB	ACDEFGVW	
				Inclunox HP (prefilled syringe)	02507579	SDZ	ACDEFGVW	
				Noromby HP (prefilled syringe)	02506513	JNO	ACDEFGVW	
				Redesca HP (prefilled syringe)	02509156	VAL	ACDEFGVW	
Liq	Inj	300 mg / 3 mL		Redesca (multi-dose vial)	02509121	VAL	ACDEFGVW	
B01AB06		NADROPARINE						
Liq	Inj	2 850 IU / 0,3 mL		Fraxiparin (prefilled syringe)	02236913	APN	W (SA)	
Liq	Inj	3 800 IU / 0,4 mL		Fraxiparin (prefilled syringe)	02450623	APN	W (SA)	

B01AB06 NADROPARINE

Liq	Inj	5 700 IU / 0,6 mL	Fraxiparin (prefilled syringe)	02450631	APN	W (SA)
Liq	Inj	9 500 IU/mL	Fraxiparin (prefilled syringe)	02450658	APN	W (SA)
Liq	Inj	11 400 IU / 0,6 mL	Fraxiparin Forte (prefilled syringe)	02450674	APN	W (SA)
Liq	Inj	15 200 IU / 0,8 mL	Fraxiparin Forte (prefilled syringe)	02450666	APN	W (SA)
Liq	Inj	19 000 IU/mL	Fraxiparin Forte (prefilled syringe)	02240114	APN	W (SA)

B01AB10 TINZAPARINE

Liq	Inj	2 500 IU / 0,25 mL	Innohep (prefilled syringe)	02229755	LEO	W (SA)
Liq	Inj	3 500 IU / 0,35 mL	Innohep (prefilled syringe)	02358158	LEO	W (SA)
Liq	Inj	4 500 IU / 0,45 mL	Innohep (prefilled syringe)	02358166	LEO	W (SA)
Liq	Inj	8 000 IU / 0,4 mL	Innohep (prefilled syringe)	02429462	LEO	W (SA)
Liq	Inj	10 000 IU / 0,5 mL	Innohep (prefilled syringe)	02231478	LEO	W (SA)
Liq	Inj	12 000 IU / 0,6 mL	Innohep (prefilled syringe)	02429470	LEO	W (SA)
Liq	Inj	14 000 IU / 0,7 mL	Innohep (prefilled syringe)	02358174	LEO	W (SA)
Liq	Inj	16 000 IU / 0,8 mL	Innohep (prefilled syringe)	02429489	LEO	W (SA)
Liq	Inj	18 000 IU / 0,9 mL	Innohep (prefilled syringe)	02358182	LEO	W (SA)
Liq	Inj	20 000 IU/2 mL	Innohep (multi-dose vial)	02167840	LEO	W (SA)
Liq	Inj	40 000 IU / 2 mL	Innohep (multi-dose vial)	02229515	LEO	W (SA)

B01AC INHIBITEURS D'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE, À L'EXCLUSION DE HÉPARINE**B01AC04 CLOPIDOGREL**

B01AC04 CLOPIDOGREL

Co. Orl 75 mg

Plavix	02238682	SAV	ACDEFV
Apo-Clopidogrel	02252767	APX	ACDEFV
Auro-Clopidogrel	02416387	ARO	ACDEFV
Clopidogrel	02394820	PDL	ACDEFV
Clopidogrel	02400553	SAS	ACDEFV
Clopidogrel	02385813	SIV	ACDEFV
Jamp-Clopidogrel	02415550	JPC	ACDEFV
M-Clopidogrel	02502283	MRA	ACDEFV
Mar-Clopidogrel	02422255	MAR	ACDEFV
Mint-Clopidogrel	02408910	MNT	ACDEFV
NRA-Clopidogrel	02482037	NRA	ACDEFV
pms-Clopidogrel	02348004	PMS	ACDEFV
Taro-Clopidogrel	02379813	SUN	ACDEFV
Teva-Clopidogrel	02293161	TEV	ACDEFV

B01AC05 TICLOPIDINE

Co. Orl 250 mg

Ticlopidine 02237701 AAP ACDEFV

B01AC06 ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE

Co.Ent Orl 81 mg

ASA	02433044	PMS	EV
ASA	02449277	TLI	EV
ASA EC	02244993	PMS	EV
ASA EC	02426811	SAS	EV
Equate daily low-dose EC	02243801	PMS	EV
Exact Coated daily low dose ASA	02243896	PMS	EV
Jamp-ASA EC	02427206	VTH	EV
Praxis ASA	02283700	PMS	EV

B01AC09 ÉPOPROSTÉNOL

Pds. IV 0,5 mg

Caripul 02397447 JAN (SA)

Flolan 02230845 GSK (SA)

Pds. IV 1,5 mg

Caripul 02397455 JAN (SA)

Flolan 02230848 GSK (SA)

B01AC21 TREPROSTINIL

Liq SC 1 mg/mL

Remodulin 02246552 UTC (SA)

Liq SC 2,5 mg/mL

Remodulin 02246553 UTC (SA)

B01AC21	TREPROSTINIL							
Liq	SC	5 mg/mL			Remodulin	02246554	UTC	(SA)
Liq	SC	10 mg/mL			Remodulin	02246555	UTC	(SA)
B01AC24	TICAGRÉLOR							
Co.	Orl	60 mg			Apo-Ticagrelor	02482622	APX	(SA)
					Jamp Ticagrelor	02531798	JPC	(SA)
					M-Ticagrelor	02529750	MRA	(SA)
					Taro-Ticagrelor	02492571	TAR	(SA)
Co.	Orl	90 mg			Brilinta	02368544	AZE	(SA)
					Apo-Ticagrelor	02482630	APX	(SA)
					Jamp Ticagrelor	02531801	JPC	(SA)
					M-Ticagrelor	02529769	MRA	(SA)
					Taro-Ticagrelor	02492598	TAR	(SA)
B01AC27	SÉLEXIPAG							
Co.	Orl	200 mcg			Uptravi	02451158	JAN	(SA)
Co.	Orl	400 mcg			Uptravi	02451166	JAN	(SA)
Co.	Orl	600 mcg			Uptravi	02451174	JAN	(SA)
Co.	Orl	800 mcg			Uptravi	02451182	JAN	(SA)
Co.	Orl	1 000 mcg			Uptravi	02451190	JAN	(SA)
Co.	Orl	1 200 mcg			Uptravi	02451204	JAN	(SA)
Co.	Orl	1 400 mcg			Uptravi	02451212	JAN	(SA)
Co.	Orl	1 600 mcg			Uptravi	02451220	JAN	(SA)
B01AD	ENZYMES							
B01AD02	ALTEPLASE							
Pds.	Isl	2 mg			Cathflo	02245859	HLR	(SA)
B01AE	LES INHIBITEURS DIRECTS DE LA THROMBINE							
B01AE07	DABIGATRAN ETEXILATE							
Caps	Orl	110 mg			Pradaxa	02312441	BOE	(SA)
					Apo-Dabigatran	02468905	APX	(SA)

B01AE07 DABIGATRAN ETEXILATE

Caps Orl 150 mg

Pradaxa 02358808 BOE (SA)
Apo-Dabigatran 02468913 APX (SA)

B01AF INHIBITEURS DU FACTEUR XA DIRECTE

B01AF01 RIVAROXABAN

Co. Orl 2,5 mg

Xarelto 02480808 BAY ACDEFGV
Apo-Rivaroxaban 02541734 APX ACDEFGV
M-Rivaroxaban 02551608 MRA ACDEFGV
pms-Rivaroxaban 02527537 PMS ACDEFGV
Reddy-Rivaroxaban 02524503 RCH ACDEFGV
Rivaroxaban 02547899 SAS ACDEFGV
Rivaroxaban 02541467 SIV ACDEFGV
Sandoz Rivaroxaban 02537877 SDZ ACDEFGV
Taro-Rivaroxaban 02526786 TAR ACDEFGV
Teva-Rivaroxaban 02547295 TEV ACDEFGV

Co. Orl 10 mg

Xarelto 02316986 BAY ACDEFGV
Apo-Rivaroxaban 02470497 APX ACDEFGV
Jamp Rivaroxaban 02516292 JPC ACDEFGV
M-Rivaroxaban 02551616 MRA ACDEFGV
pms-Rivaroxaban 02512041 PMS ACDEFGV
Reddy-Rivaroxaban 02472414 RCH ACDEFGV
Rivaroxaban 02547902 SAS ACDEFGV
Rivaroxaban 02541475 SIV ACDEFGV
Sandoz Rivaroxaban 02482223 SDZ ACDEFGV
Taro-Rivaroxaban 02483807 TAR ACDEFGV
Teva-Rivaroxaban 02507196 TEV ACDEFGV

Co. Orl 15 mg

Xarelto 02378604 BAY ACDEFGV
Apo-Rivaroxaban 02470500 APX ACDEFGV
Jamp Rivaroxaban 02516306 JPC ACDEFGV
M-Rivaroxaban 02551624 MRA ACDEFGV
pms-Rivaroxaban 02512068 PMS ACDEFGV
Reddy-Rivaroxaban 02472430 RCH ACDEFGV
Rivaroxaban 02547910 SAS ACDEFGV
Rivaroxaban 02541483 SIV ACDEFGV
Sandoz Rivaroxaban 02482231 SDZ ACDEFGV
Taro-Rivaroxaban 02483815 TAR ACDEFGV
Teva-Rivaroxaban 02507218 TEV ACDEFGV

B01AF01 RIVAROXABAN

Co. Orl 20 mg

Xarelto	02378612	BAY	ACDEFGV
Apo-Rivaroxaban	02470519	APX	ACDEFGV
Jamp Rivaroxaban	02516314	JPC	ACDEFGV
M-Rivaroxaban	02551632	MRA	ACDEFGV
pms-Rivaroxaban	02512076	PMS	ACDEFGV
Reddy-Rivaroxaban	02472422	RCH	ACDEFGV
Rivaroxaban	02547929	SAS	ACDEFGV
Rivaroxaban	02541491	SIV	ACDEFGV
Sandoz Rivaroxaban	02482258	SDZ	ACDEFGV
Taro-Rivaroxaban	02483823	TAR	ACDEFGV
Teva-Rivaroxaban	02507226	TEV	ACDEFGV

B01AF02 APIXABAN

Co. Orl 2,5 mg

Eliquis	02377233	BRI	ACDEFGV
ACH-Apixaban	02487713	AHI	ACDEFGV
Apixaban	02548879	SAS	ACDEFGV
Apixaban	02530708	SIV	ACDEFGV
Apo-Apixaban	02487381	APX	ACDEFGV
Auro-Apixaban	02486806	ARO	ACDEFGV
Jamp Apixaban	02528924	JPC	ACDEFGV
M-Apixaban	02529009	MRA	ACDEFGV
Mar-Apixaban	02492369	MAR	ACDEFGV
Mint-Apixaban	02495430	MNT	ACDEFGV
Nat-Apixaban	02492814	NAT	ACDEFGV
Sandoz Apixaban	02489228	SDZ	ACDEFGV
Taro-Apixaban	02510464	SUN	ACDEFGV
Teva-Apixaban	02484994	TEV	ACDEFGV

B01AF02 APIXABAN

Co. Orl 5 mg

Eliquis	02397714	BRI	ACDEFGV
ACH-Apixaban	02487721	AHI	ACDEFGV
Apixaban	02548887	SAS	ACDEFGV
Apixaban	02530716	SIV	ACDEFGV
Apo-Apixaban	02487403	APX	ACDEFGV
Auro-Apixaban	02486814	ARO	ACDEFGV
Jamp Apixaban	02528932	JPC	ACDEFGV
M-Apixaban	02529017	MRA	ACDEFGV
Mar-Apixaban	02492377	MAR	ACDEFGV
Mint-Apixaban	02495449	MNT	ACDEFGV
Nat-Apixaban	02492822	NAT	ACDEFGV
Sandoz Apixaban	02489236	SDZ	ACDEFGV
Taro-Apixaban	02510472	SUN	ACDEFGV
Teva-Apixaban	02485001	TEV	ACDEFGV

B01AF03 ÉDOXABAN

Co. Orl 15 mg

Lixiana 02458640 SEV ACDEFGV

Co. Orl 30 mg

Lixiana 02458659 SEV ACDEFGV

Co. Orl 60 mg

Lixiana 02458667 SEV ACDEFGV

B02 ANTIHÉMORRAGIQUES**B02A ANTIFIBRINOLYTIQUES****B02AA ACIDES AMINÉS****B02AA02 ACIDE TRANEXAMIQUE**

Co. Orl 500 mg

Cyklokapron	02064405	PFI	ACDEFGV
GD-Tranexamic Acid	02409097	GMD	ACDEFGV
Mar-Tranexamic Acid	02496232	MAR	ACDEFGV
Tranexamic Acid	02519194	JPC	ACDEFGV
Tranexamic Acid	02401231	STR	ACDEFGV

B02B VITAMINE K ET AUTRES PRODUITS HÉMOSTATIQUES**B02BA VITAMINE K****B02BA01 PHYTOMÉNADIONE**

Liq IM 1 mg / 0,5 mL

Vitamin K 00781878 SDZ ACDEFGVW

Liq IM 10 mg/mL

Vitamin K 00804312 SDZ ACDEFGVW

B03 PRÉPARATIONS ANTIANÉMIQUES

B03A PRÉPARATIONS DE FER**B03AA FER BIVALENT, PRÉPARATIONS ORALES**

B03AA02 FUMARATE FERREUX

Caps Orl 300 mg Palafer 01923420 BSH AEEFGV

Jamp-Fer 80024232 JPC AEEFGV

Sandoz-Fer 02237556 SDZ AEEFGV

Co. Orl 300 mg Ferrous Fumarate 00031089 WAM AEEFGV

Susp Orl 60 mg/mL Palafer 01923439 BSH AEEFGV

B03AA03 GLUCONATE FERREUX

Co. Orl 300 mg Ferrous Gluconate 00031097 JPC AEEFGV

Ferrous Gluconate 00582727 VTH AEEFGV

Novo-Ferrogluc 80000435 NUT AEEFGV

B03AA07 SULFATE FERREUX

Co. Orl 300 mg Ferrous Sulfate 00031100 JPC AEEFGV

Ferrous Sulfate SC 00346918 CCM AEEFGV

pms-Ferrous Sulfate 00586323 PMS AEEFGV

Gttes Orl 125 mg/mL pms-Ferrous Sulfate 00816035 PMS AEEFGV

Liq Orl 75 mg/mL Fer-In-Sol 00762954 MJO AEEFGV

Ferodan 02237385 ODN AEEFGV

Jamp Ferrous Sulfate 80008309 JPC AEEFGV

Liq Orl 150 mg / 5 mL Jamp-Ferrous Sulfate 80008295 JPC AEEFGV

Sir. Orl 150 mg / 5 mL Fer-In-Sol 00017884 MJO AEEFGV

Ferodan 00758469 ODN AEEFGV

B03AC FER TRIVALENT, PRÉPARATIONS PARENTÉRALES

B03AC02 SACCHARURE D'OXYDE DE FER

SUCROSE FERRIQUE

Liq IV 20 mg/mL Venofer 02243716 FRE ACDEFGV

pms-Iron Sucrose 02502917 PMS ACDEFGV

B03AC07 COMPLEXE DE GLUCONATE DE SODIUM FERRIQUE

Liq Inj 12,5 mg/mL Ferlecit 02243333 SAV (SA)

B03AC99 DÉRISOMALTOSE FERRIQUE

B03AC99	DÉRISOMALTOSE FERRIQUE							
	Liq	Inj	100 mg/mL					
								Monoferric 02477777 PFI (SA)
B03B	VITAMINE B12 ET ACIDE FOLIQUE							
B03BA	VITAMINE B12 (CYANOCOBALAMINE ET DÉRIVÉS)							
B03BA01	CYANOCOBALAMINE							
	Liq	Inj	1 000 mcg/mL					
								Cyanocobalamin 01987003 STR ACDEFGV
								Vitamin B12 00521515 SDZ ACDEFGV
B03BB	ACIDE FOLIQUE ET DÉRIVÉS							
B03BB01	ACIDE FOLIQUE							
	Co.	Orl	5 mg					
								Jamp-Folic 02366061 JPC ACDEFGV
								Sandoz-Folic (Disc/non disp Jul 31/25) 02285673 SDZ ACDEFGV
B03X	AUTRES PRÉPARATIONS ANTIANÉMIQUES							
B03XA	AUTRES PRÉPARATIONS ANTIANÉMIQUES							
B03XA01	ÉRYTHROPOÏÉTINE (ÉPOÉTINE ALFA)							
	Liq	Inj	1 000 IU / 0,5 mL					
								Eprex 02231583 JAN W (SA)
	Liq	Inj	2 000 IU / 0,5 mL					
								Eprex 02231584 JAN W (SA)
	Liq	Inj	3 000 IU / 0,3 mL					
								Eprex 02231585 JAN W (SA)
	Liq	Inj	4 000 IU / 0,4 mL					
								Eprex 02231586 JAN W (SA)
	Liq	Inj	5 000 IU / 0,5 mL					
								Eprex 02243400 JAN W (SA)
	Liq	Inj	6 000 IU / 0,6 mL					
								Eprex 02243401 JAN W (SA)
	Liq	Inj	8 000 IU / 0,8 mL					
								Eprex 02243403 JAN W (SA)
	Liq	Inj	10 000 IU/mL					
								Eprex 02231587 JAN W (SA)
	Liq	Inj	20 000 IU / 0,5 mL					
								Eprex 02243239 JAN W (SA)
	Liq	Inj	30 000 IU / 0,75 mL					
								Eprex 02288680 JAN W (SA)
	Liq	Inj	40 000 IU/mL					
								Eprex 02240722 JAN W (SA)
B03XA02	DARBÉPOÉTINE ALFA							
	Liq	Inj	10 mcg / 0,4 mL					
								Aranesp 02392313 AGA W (SA)
	Liq	Inj	20 mcg / 0,5 mL					
								Aranesp 02392321 AGA W (SA)

B03XA02	DARBÉPOÉTINE ALFA					
Liq	Inj	30 mcg / 0,3 mL	Aranesp	02392348	AGA	W (SA)
Liq	Inj	40 mcg / 0,4 mL	Aranesp	02391740	AGA	W (SA)
Liq	Inj	50 mcg / 0,5 mL	Aranesp	02391759	AGA	W (SA)
Liq	Inj	60 mcg / 0,3 mL	Aranesp	02392356	AGA	W (SA)
Liq	Inj	80 mcg / 0,4 mL	Aranesp	02391767	AGA	W (SA)
Liq	Inj	100 mcg / 0,5 mL	Aranesp	02391775	AGA	W (SA)
Liq	Inj	130 mcg / 0,65 mL	Aranesp	02391783	AGA	W (SA)
Liq	Inj	150 mcg / 0,3 mL	Aranesp	02391791	AGA	W (SA)
Liq	Inj	200 mcg / 0,4 mL	Aranesp	02391805	AGA	W (SA)
Liq	Inj	300 mcg / 0,6 mL	Aranesp	02391821	AGA	W (SA)
Liq	Inj	500 mcg / 1 mL	Aranesp	02392364	AGA	W (SA)

B03XA06	LUSPATERCEPT					
Pds.	SC	25 mg	Reblozyl	02505541	BRI	(SA)
Pds.	SC	75 mg	Reblozyl	02505568	BRI	(SA)

B06 AUTRES AGENT HEMATOLOGIQUES

B06A AUTRES AGENT HEMATOLOGIQUES

B06AC MÉDICAMENTS UTILISÉS DANS L'ANGIO- ζ DÈME HÉRÉDITAIRE

B06AC02	ICATIBANT					
Liq	SC	30 mg / 3 mL	Firazyr	02425696	TAK	(SA)
			Icatibant Injection	02547562	JPC	(SA)

B06AC05	LANADÉLUMAB					
Liq	SC	300 mg / 2 mL	Takhzyro	02480948	SHI	(SA)
			Takhzyro	02505614	SHI	(SA)

C SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE

C01 CARDIOTHÉRAPIE

C01A GLUCOSIDES CARDIOTONIQUES

C01AA GLUCOSIDES DIGITALIQUE

C01AA05	DIGOXINE							
Co.	Orl	0,0625 mg		Jamp-Digoxin	02498502	JPC	ACDEFGV	
				pms-Digoxin	02335700	PMS	ACDEFGV	
Co.	Orl	0,125 mg		Jamp-Digoxin	02498510	JPC	ACDEFGV	
				pms-Digoxin	02335719	PMS	ACDEFGV	
Liq	Orl	0,05 mg/mL		pms-Digoxin	02242320	PMS	ACDEFGV	
C01B	ANTIARHYTHMIQUES, CATÉGORIES I ET III							
C01BA	ANTIARHYTHMIQUES, CATÉGORIE IA							
C01BA03	DISOPYRAMIDE							
Caps	Orl	100 mg		Rythmodan	02224801	XPI	ACDEFGV	
C01BB	ANTIARHYTHMIQUES, CATÉGORIE IB							
C01BB02	MEXILÉTINE							
Caps	Orl	100 mg		Mint-Mexiletine	02536846	MNT	ACDEFGV	
				Teva-Mexiletine	02230359	TEV	ACDEFGV	
Caps	Orl	200 mg		Mint-Mexiletine	02536854	MNT	ACDEFGV	
				Teva-Mexiletine	02230360	TEV	ACDEFGV	
C01BC	ANTIARHYTHMIQUES, CATÉGORIE IC							
C01BC03	PROPAFÉNONE							
Co.	Orl	150 mg		Rythmol	00603708	BGP	ACDEFGV	
				Apo-Propafenone	02243324	APX	ACDEFGV	
				Mylan-Propafenone	02457172	MYL	ACDEFGV	
Co.	Orl	300 mg		Rythmol	00603716	BGP	ACDEFGV	
				Apo-Propafenone	02243325	APX	ACDEFGV	
				Mylan-Propafenone	02457164	MYL	ACDEFGV	
C01BC04	FLÉCAÏNIDE							
Co.	Orl	50 mg		Apo-Flecainide	02275538	APX	ACDEFGV	
				Auro-Flecainide	02459957	ARO	ACDEFGV	
				Flecainide	02534800	SAS	ACDEFGV	
				Jamp-Flecainide	02493705	JPC	ACDEFGV	
				Mar-Flecainide	02476177	MAR	ACDEFGV	

C01BC04 FLÉCAÏNIDE

Co. Orl 100 mg

Apo-Flecainide 02275546 APX ACDEFGV

Auro-Flecainide 02459965 ARO ACDEFGV

Flecainide 02534819 SAS ACDEFGV

Jamp-Flecainide 02493713 JPC ACDEFGV

Mar-Flecainide 02476185 MAR ACDEFGV

C01BD ANTIARHYTHMIQUES, CATÉGORIE III**C01BD01 AMIODARONE**

Co. Orl 100 mg

pms-Amiodarone 02292173 PMS ACDEFGV

Co. Orl 200 mg

Amiodarone 02364336 SAS ACDEFGV

Amiodarone 02385465 SIV ACDEFGV

Apo-Amiodarone 02246194 APX ACDEFGV

Jamp Amiodarone 02531844 JPC ACDEFGV

pms-Amiodarone 02242472 PMS ACDEFGV

Sandoz Amiodarone 02243836 SDZ ACDEFGV

Teva-Amiodarone 02239835 TEV ACDEFGV

C01C CARDIOTONIQUES À L'EXCLUSION DES GLYCOSIDES CARDIOTONIQUES**C01CA AGENTS ADRÉNERGIQUES ET DOPAMINERGIQUES****C01CA17 MIDODRINE**

Co. Orl 2,5 mg

Apo-Midodrine 02278677 APX ACDEFGV

Jamp Midodrine 02517701 JPC ACDEFGV

Mar-Midodrine 02473984 MAR ACDEFGV

Midodrine 02533200 SAS ACDEFGV

Co. Orl 5 mg

Apo-Midodrine 02278685 APX ACDEFGV

Jamp Midodrine 02517728 JPC ACDEFGV

Mar-Midodrine 02473992 MAR ACDEFGV

Midodrine 02533219 SAS ACDEFGV

C01CA24 ÉPINEPHRINE

Liq Inj 0,15 mg

Allerject 02382059 VAL ACDEFGV

EpiPen Jr 00578657 MSP ACDEFGV

Liq Inj 0,3 mg

Allerject 02382067 VAL ACDEFGV

Emerade 02458446 BSL ACDEFGV

EpiPen 00509558 MSP ACDEFGV

Liq Inj 0,5 mg

Emerade 02458454 BSL ACDEFGV

C01CA24 ÉPINEPHRINE

Liq Inj 1 mg/mL Adrenalin 00155357 SLP ACDEFGV

C01D VASODILATEURS UTILISÉS POUR LES MALADIES CARDIAQUES

C01DA NITRATES ORGANIQUES

C01DA02 NITROGLYCERINE (TRINITRATE DE GLYCERYLE)

Aém. Slg 0,4 mg Nitrolingual 02231441 SAV ACDEFGV

Mylan-Nitro SL (Disc/non disp May 1/25) 02243588 MYL ACDEFGV

Rho-Nitro 02238998 SDZ ACDEFGV

Co.S.L. Slg 0,3 mg Nitrostat 00037613 BGP ACDEFGV

Co.S.L. Slg 0,6 mg Nitrostat 00037621 BGP ACDEFGV

Pth Trd 0,2 mg/hr Nitro-Dur 01911910 RCH ACDEFV

Trinipatch 02230732 PAL ACDEFV

Mylan-Nitro Patch 02407442 MYL ACDEFV

Pth Trd 0,4 mg/hr Nitro-Dur 01911902 RCH ACDEFV

Trinipatch 02230733 PAL ACDEFV

Mylan-Nitro Patch 02407450 MYL ACDEFV

Pth Trd 0,6 mg/hr Nitro-Dur 01911929 RCH ACDEFV

Trinipatch 02230734 PAL ACDEFV

Mylan-Nitro Patch 02407469 MYL ACDEFV

Pth Trd 0,8 mg/hr Nitro-Dur 02011271 RCH ACDEFV

Mylan-Nitro Patch 02407477 MYL ACDEFV

C01DA08 DINITRATE D'ISOSORBIDE

Co. Orl 10 mg ISDN 00441686 AAP ACDEFGV

Co. Orl 30 mg ISDN 00441694 AAP ACDEFGV

C01DA14 MONONITRATE D'ISOSORBIDE

Co.L.L. Orl 60 mg Imdur 02126559 JNO ACDEFGV

Apo-ISMN 02272830 APX ACDEFGV

pms-ISMN 02301288 PMS ACDEFGV

C01DX AUTRES VASODILATEURS UTILISÉS POUR LES MALADIES CARDIAQUES

C01DX22 VÉRICIGUAT

Co. Orl 2,5 mg Verquvo 02537044 BAY (SA)

C01DX22 VÉRICIGUAT

Co. Orl 5 mg

Verquvo 02537052 BAY (SA)

Co. Orl 10 mg

Verquvo 02537060 BAY (SA)

C01E AUTRES PREPARATIONS CARDIAQUES

C01EB AUTRES PRODUITS CARDIAQUES

C01EB17 IVABRADINE

Co. Orl 5 mg

Lancora 02459973 SEV (SA)

Co. Orl 7,5 mg

Lancora 02459981 SEV (SA)

C01EB24 MAVACAMTEN

Caps Orl 2,5 mg

Camzyos 02532549 BRI (SA)

Caps Orl 5 mg

Camzyos 02532557 BRI (SA)

Caps Orl 10 mg

Camzyos 02532565 BRI (SA)

Caps Orl 15 mg

Camzyos 02532573 BRI (SA)

C02 ANTIHYPERTENSEURS

C02A AGENTS ANTIADRENERGIQUES, AGISSANT CENTRALEMENT

C02AB MÉTHYLDOPA

C02AB02 MÉTHYLDOPA (RACEMIQUE)

Co. Orl 125 mg

Methyldopa 00360252 AAP ACDEFGV

Co. Orl 250 mg

Methyldopa 00360260 AAP ACDEFGV

Co. Orl 500 mg

Methyldopa 00426830 AAP ACDEFGV

C02AC AGONISTES DU RÉCEPTEUR IMIDAZOLINE

C02AC01 CLONIDINE

Co. Orl 0,025 mg

Clonidine 02540061 SIV ACDEFGV

Jamp Clonidine 02528207 JPC ACDEFGV

Mar-Clonidine 02524198 MAR ACDEFGV

Mint-Clonidine 02534738 MNT ACDEFGV

Sandoz Clonidine 02516217 SDZ ACDEFGV

Teva-Clonidine 02304163 TEV ACDEFGV

C02AC01 CLONIDINE

Co. Orl 0,1 mg

Clonidine	02538490	SIV	ACDEFGV
Mint-Clonidine	02462192	MNT	ACDEFGV
Sandoz Clonidine	02515784	SDZ	ACDEFGV
Teva-Clonidine	02046121	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 0,2 mg

Clonidine	02538504	SIV	ACDEFGV
Mint-Clonidine	02462206	MNT	ACDEFGV
Sandoz Clonidine	02515792	SDZ	ACDEFGV
Teva-Clonidine	02046148	TEV	ACDEFGV

C02C AGENTS ANTIADRENERGIQUES, AGISSANT EN PERIPHERIE**C02CA ALPHABLOQUANT DE L'ADRENOCEPTEUR****C02CA01 PRAZOSINE**

Caps Orl 1 mg

Prazosin Hydrochloride (Temporary Benefit) (Disc/non disp Jan 31/26)	09858281	STR	ACDEFGV
---	----------	-----	---------

Caps Orl 2 mg

Prazosin Hydrochloride (Temporary Benefit) (Disc/non disp Jan 31/26)	09858282	STR	ACDEFGV
---	----------	-----	---------

Caps Orl 5 mg

Prazosin Hydrochloride (Temporary Benefit) (Disc/non disp Jan 31/26)	09858283	STR	ACDEFGV
---	----------	-----	---------

Co. Orl 1 mg

Teva-Prazin	01934198	TEV	ACDEFGV
-------------	----------	-----	---------

Co. Orl 2 mg

Teva-Prazin	01934201	TEV	ACDEFGV
-------------	----------	-----	---------

Co. Orl 5 mg

Teva-Prazin	01934228	TEV	ACDEFGV
-------------	----------	-----	---------

C02CA04 DOXAZOSINE

Co. Orl 1 mg

Apo-Doxazosin	02240588	APX	ACDEFGV
Jamp-Doxazosin	02489937	JPC	ACDEFGV
Teva-Doxazosin	02242728	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 2 mg

Apo-Doxazosin	02240589	APX	ACDEFGV
Jamp-Doxazosin	02489945	JPC	ACDEFGV
Teva-Doxazosin	02242729	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 4 mg

Apo-Doxazosin	02240590	APX	ACDEFGV
Jamp-Doxazosin	02489953	JPC	ACDEFGV
Teva-Doxazosin	02242730	TEV	ACDEFGV

C02D MUSCLES LISSES ARTERIOLAIRES, AGENTS AGISSANT SUR LES**C02DB DERIVES DU HYDRAZINOPHTHALAZINE**

C02DB02 HYDRALAZINE

Co. Orl 10 mg

Apo-Hydralazine	00441619	APX	ACDEFGV
Hydralazine	02539802	SAS	ACDEFGV
Jamp-Hydralazine	02457865	JPC	ACDEFGV
Mint-Hydralazine	02468778	MNT	ACDEFGV

Co. Orl 25 mg

Apo-Hydralazine	00441627	APX	ACDEFGV
Hydralazine	02539810	SAS	ACDEFGV
Jamp-Hydralazine	02457873	JPC	ACDEFGV
Mint-Hydralazine	02468786	MNT	ACDEFGV

Co. Orl 50 mg

Apo-Hydralazine	00441635	APX	ACDEFGV
Hydralazine	02539829	SAS	ACDEFGV
Jamp-Hydralazine	02457881	JPC	ACDEFGV
Mint-Hydralazine	02468794	MNT	ACDEFGV

C02DC DÉRIVÉS DU PYRIMIDINE**C02DC01 MINOXIDIL**

Co. Orl 2,5 mg

Loniten 00514497 PFI ACDEFGV

Co. Orl 10 mg

Loniten 00514500 PFI ACDEFGV

C02K AUTRES ANTIHYPERTENSEURS**C02KX ANTIHYPERTENSEURS POUR L'HYPERTENSION PULMONAIRE****C02KX01 BOSENTAN**

Co. Orl 62,5 mg

Tracleer	02244981	JAN	(SA)
Nat-Bosentan	02467984	NAT	(SA)
pms-Bosentan	02383012	PMS	(SA)
Taro-Bosentan	02483130	TAR	(SA)

Co. Orl 125 mg

Tracleer	02244982	JAN	(SA)
Nat-Bosentan	02467992	NAT	(SA)
pms-Bosentan	02383020	PMS	(SA)
Taro-Bosentan	02483149	TAR	(SA)

C02KX02 AMBRISENTAN

Co. Orl 5 mg

Volibris	02307065	GSK	(SA)
Apo-Ambrisentan	02475375	APX	(SA)
Jamp Ambrisentan	02521938	JPC	(SA)
Sandoz Ambrisentan	02526875	SDZ	(SA)

C02KX02 AMBRISENTAN

Co. Orl 10 mg

Volibris	02307073	GSK	(SA)
Apo-Ambrisentan	02475383	APX	(SA)
Jamp Ambrisentan	02521946	JPC	(SA)
Sandoz Ambrisentan	02526883	SDZ	(SA)

C02KX04 MACITENTAN

Co. Orl 10 mg

Opsumit 02415690 JAN (SA)

C02KX05 RIOCIGUAT

Co. Orl 0,5 mg

Adempas	02412764	BAY	(SA)
Sandoz Riociguat	02533545	SDZ	(SA)

Co. Orl 1 mg

Adempas	02412772	BAY	(SA)
Sandoz Riociguat	02533561	SDZ	(SA)

Co. Orl 1,5 mg

Adempas	02412799	BAY	(SA)
Sandoz Riociguat	02533588	SDZ	(SA)

Co. Orl 2 mg

Adempas	02412802	BAY	(SA)
Sandoz Riociguat	02533596	SDZ	(SA)

Co. Orl 2,5 mg

Adempas	02412810	BAY	(SA)
Sandoz Riociguat	02533618	SDZ	(SA)

C02KX99 SILDÉNAFIL

Co. Orl 20 mg

Revatio	02279401	BGP	(SA)
Jamp Sildenafil R	02469669	JPC	(SA)
pms-Sildenafil R	02412179	PMS	(SA)
Teva-Sildenafil R	02319500	TEV	(SA)

C03 DIURÉTIQUES**C03A DIURÉTIQUES DE PLAFOND BAS, THIAZIDES****C03AA THIAZIDES, ORDINAIRE****C03AA03 HYDROCHLOROTHIAZIDE**

Co. Orl 12,5 mg

Apo-Hydro	02327856	APX	ACDEFGV
Mint-Hydrochlorothiazide	02425947	MNT	ACDEFGV

C03AA03 HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.	Orl	25 mg	Apo-Hydro	00326844	APX	ACDEFGV
			Hydrochlorothiazide	02360594	SAS	ACDEFGV
			Mint-Hydrochlorothiazide	02426196	MNT	ACDEFGV
			pms-Hydrochlorothiazide	02247386	PMS	ACDEFGV
			Teva-Hydrochlorothiazide	00021474	TEV	ACDEFGV

Co.	Orl	50 mg	Apo-Hydro	00312800	APX	ACDEFGV
			Hydrochlorothiazide	02360608	SAS	ACDEFGV
			pms-Hydrochlorothiazide	02247387	PMS	ACDEFGV
			Teva-Hydraside	00021482	TEV	ACDEFGV

C03B DIURÉTIQUES DE PLAFOND BAS, À L'EXCLUSION DES THIAZIDES**C03BA SULFONAMIDES, ORDINAIRES****C03BA04 CHLORTHALIDONE**

Co.	Orl	50 mg	Apo-Chlorthalidone	00360279	APX	ACDEFGV
			Jamp Chlorthalidone	02523817	JPC	ACDEFGV

C03BA08 MÉTOLAZONE

Co.	Orl	2,5 mg	Zaroxolyn	00888400	SAV	ACDEFGV
-----	-----	--------	-----------	----------	-----	---------

C03BA11 INDAPAMIDE

Co.	Orl	1,25 mg	Apo-Indapamide	02245246	APX	ACDEFGV
			Mylan-Indapamide	02240067	MYL	ACDEFGV

Co.	Orl	2,5 mg	Apo-Indapamide	02223678	APX	ACDEFGV
			Mylan-Indapamide	02153483	MYL	ACDEFGV

C03C DIURÉTIQUES À PLAFOND ÉLEVÉ**C03CA SULFONAMIDES, ORDINAIRES****C03CA01 FUROSÉMIDE**

Co.	Orl	20 mg	Apo-Furosemide	00396788	APX	ACDEFGVW
			Furosemide	02351420	SAS	ACDEFGVW
			Mint-Furosemide	02466759	MNT	ACDEFGVW
			Teva-Furosemide	00337730	TEV	ACDEFGVW

Co.	Orl	40 mg	Apo-Furosemide	00362166	APX	ACDEFGVW
			Furosemide	02351439	SAS	ACDEFGVW
			Mint-Furosemide	02466767	MNT	ACDEFGVW
			Teva-Furosemide	00337749	TEV	ACDEFGVW

C03CA01		FUROSÉMIDE						
Co.	Orl	80 mg		Apo-Furosemide	00707570	APX	ACDEFGVW	
				Furosemide	02351447	SAS	ACDEFGVW	
				Mint-Furosemide	02466775	MNT	ACDEFGVW	
				Teva-Furosemide	00765953	TEV	ACDEFGVW	
Co.	Orl	500 mg		Lasix Special	02224755	SAV	ACDEFGVW	
Liq	Inj	10 mg/mL		Furosemide	00527033	SDZ	ACDEFGVW	
				Furosemide	02382539	SDZ	ACDEFGVW	
				Furosemide Injection USP	02527502	JPC	ACDEFGVW	
				Furosemide Injection USP	02461404	STR	ACDEFGVW	
Liq	Orl	10 mg/mL		Lasix	02224720	SAV	ACDEFGVW	
C03CA02		BUMÉTANIDE						
Co.	Orl	1 mg		Burinex	00728284	KNI	ACDEFV	
Co.	Orl	5 mg		Burinex	00728276	KNI	ACDEFV	
C03CC		DÉRIVÉS DE L'ACIDE ARYLOXYACÉTIQUE						
C03CC01		ACIDE ÉTHACRYNIQUE						
Co.	Orl	25 mg		Edecrin	02258528	BSL	ACDEFGV	
C03D		MÉDICAMENTS D'ÉPARGNE DE POTASSIUM						
C03DA		ANTAGONISTES DE L'ALDOSTÉRONNE						
C03DA01		SPIRONOLACTONE						
Co.	Orl	25 mg		Aldactone	00028606	PFI	ACDEFGV	
				Jamp Spironolactone	02518821	JPC	ACDEFGV	
				Mint-Spironolactone	02488140	MNT	ACDEFGV	
				Teva-Spironolactone	00613215	TEV	ACDEFGV	
Co.	Orl	100 mg		Aldactone	00285455	PFI	ACDEFGV	
				Jamp Spironolactone	02518848	JPC	ACDEFGV	
				Mint-Spironolactone	02488159	MNT	ACDEFGV	
				Teva-Spiroton	00613223	TEV	ACDEFGV	
C03DA04		ÉPLÉRÉNONE						
Co.	Orl	25 mg		Inspra	02323052	BGP	(SA)	
				Jamp Eplerenone	02543389	JPC	(SA)	
				Mint-Eplerenone	02471442	MNT	(SA)	

C03DA04	ÉPLÉRÉNONE							
Co.	Orl	50 mg		Inspra	02323060	BGP	(SA)	
				Jamp Eplerenone	02543397	JPC	(SA)	
				Mint-Eplerenone	02471450	MNT	(SA)	
C03DA05	FINERENONE							
Co.	Orl	10 mg		Kerendia	02531917	BAY	(SA)	
Co.	Orl	20 mg		Kerendia	02531925	BAY	(SA)	
C03DB	AUTRES MÉDICAMENTS D'ÉPARGNE DE POTASSIUM							
C03DB01	AMILORIDE							
Co.	Orl	5 mg		Midamor	02249510	AAP	ACDEFGV	
C03E	DIURÉTIQUES ET MÉDICAMENTS D'ÉPARGNE DE POTASSIUM EN COMBINAISON							
C03EA	DIURÉTIQUES DE PLAFOND BAS ET MÉDICAMENTS D'ÉPARGNE DE POTASSIUM EN COMBINAISON							
C03EA01	HYDROCHLOROTHIAZIDE ET MÉDICAMENTS D'ÉPARGNE DE POTASSIUM							
	HYDROCHLOROTHIAZIDE / AMILORIDE							
Co.	Orl	50 mg / 5 mg		AA-Amilzide	00784400	AAP	ACDEFGV	
	HYDROCHLOROTHIAZIDE / SPIRONOLACTONE							
Co.	Orl	25 mg / 25 mg		Teva-Spironolactone HCTZ	00613231	TEV	ACDEFGV	
Co.	Orl	50 mg / 50 mg		Teva-Spironolactone HCTZ	00657182	TEV	ACDEFGV	
	HYDROCHLOROTHIAZIDE / TRIAMTÉRÈNE							
Co.	Orl	25 mg / 50 mg		Apo-Triazide	00441775	APX	ACDEFGV	
				Teva-Triamterene/HCTZ	00532657	TEV	ACDEFGV	
C04	VASODILATEURS PÉRIPHÉRIQUES							
C04A	VASODILATEURS PÉRIPHÉRIQUES							
C04AD	DÉRIVÉS DE LA PURINE							
C04AD03	PENTOXIFYLLINE							
Co.L.L.	Orl	400 mg		Jamp Pentoxifylline SR	02543087	JPC	ACDEFGV	
				Pentoxifylline SR	02230090	AAP	ACDEFGV	
C05	VASOPROTECTEURS							
C05A	AGENTS POUR LE TRAITEMENT DES HÉMORROÏDES ET FISSURES ANALES / USAGE TOPIQUE							
C05AA	CORTICOSTÉROÏDES							
C05AA01	HYDROCORTISONE							
	HYDROCORTISONE / CINCHOCAÏNE / FRAMYCÉTINE / ESCULINE							

C05AA01	HYDROCORTISONE		HYDROCORTISONE / CINCHOCAÏNE / FRAMYCÉTINE / ESCULINE			
Ont	Rt	5 mg / 5 mg / 10 mg / 10 mg	Proctol Ointment	02247322	ODN	ACDEFGV
	HYDROCORTISONE / PRAMOXINE					
Aér.	Rt	1% / 1%	Proctofoam HC	00363014	DUI	ACDEFGV
	HYDROCORTISONE / ZINC					
Ont	Rt	0,5% / 0,5%	Anodan HC	02128446	ODN	ACDEFGV
			Jamp-Zinc-HC	02387239	JPC	ACDEFGV
Supp.	Rt	0,5% / 0,5%	Anodan HC	02236399	ODN	ACDEFGV

C05B TRAITEMENT ANTIVARICES

C05BA HÉPARINES OU HÉPARINOÏDS POUR USAGE TOPIQUE

C05BA04	POLYSULFATE DE PENTOSANE					
Caps	Orl	100 mg	Elmiron	02029448	JAN	ACDEFGV

C07 BETA-BLOQUANTS

C07A BETA-BLOQUANTS, ORDINAIRES

C07AA BETA-BLOQUANTS, NON SÉLECTIFS

C07AA03	PINDOLOL					
Co.	Orl	5 mg	Visken	00417270	XPI	ACDEFGV
			Teva-Pindolol	00869007	TEV	ACDEFGV
Co.	Orl	10 mg	Visken	00443174	XPI	ACDEFGV
			Teva-Pindolol	00869015	TEV	ACDEFGV
Co.	Orl	15 mg	Teva-Pindolol	00869023	TEV	ACDEFGV
C07AA05	PROPRANOLOL					
Co.	Orl	10 mg	Teva-Propranolol	00496480	TEV	ACDEFGV
Co.	Orl	20 mg	Teva-Propranolol	00740675	TEV	ACDEFGV
Co.	Orl	40 mg	Teva-Propranolol	00496499	TEV	ACDEFGV
Co.	Orl	80 mg	Teva-Propranolol	00496502	TEV	ACDEFGV
Liq	Orl	3,75 mg/mL	Hemangioli	02457857	PFB	(SA)

C07AA06 TIMOLOL

C07AA06	TIMOLOL						
Co.	Orl	5 mg		Timolol	00755842	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	10 mg		Timolol	00755850	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	20 mg		Timolol	00755869	AAP	ACDEFGV
C07AA07	SOTALOL						
Co.	Orl	80 mg		Apo-Sotalol	02210428	APX	ACDEFGV
				Jamp-Sotalol	02368617	JPC	ACDEFGV
				pms-Sotalol	02238326	PMS	ACDEFGV
Co.	Orl	160 mg		Apo-Sotalol	02167794	APX	ACDEFGV
				Jamp-Sotalol	02368625	JPC	ACDEFGV
				pms-Sotalol	02238327	PMS	ACDEFGV
C07AA12	NADOLOL						
Co.	Orl	40 mg		Apo-Nadolol	00782505	APX	ACDEFGV
				Mint-Nadolol	02496380	MNT	ACDEFGV
Co.	Orl	80 mg		Apo-Nadolol	00782467	APX	ACDEFGV
				Mint-Nadolol	02496399	MNT	ACDEFGV
Co.	Orl	160 mg		Apo-Nadolol	00782475	APX	ACDEFGV
C07AB	BETA-BLOQUANTS, SÉLECTIFS						
C07AB02	MÉTOPROLOL						
Co.	Orl	25 mg		Apo-Metoprolol	02246010	APX	ACDEFGV
				Jamp-Metoprolol-L	02356813	JPC	ACDEFGV
				pms-Metoprolol-L	02248855	PMS	ACDEFGV
Co.	Orl	50 mg		Apo-Metoprolol (uncoated)	00618632	APX	ACDEFGV
				Apo-Metoprolol type "L"	00749354	APX	ACDEFGV
				Jamp-Metoprolol-L	02356821	JPC	ACDEFGV
				Metoprolol	02350394	SAS	ACDEFGV
				Metoprolol-L	02442124	SIV	ACDEFGV
				pms-Metoprolol-L	02230803	PMS	ACDEFGV
				Teva-Metoprolol (coated)	00648035	TEV	ACDEFGV
				Teva-Metoprolol (uncoated)	00842648	TEV	ACDEFGV

C07AB02 MÉTOPROLOL

Co. Orl 100 mg

Apo-Metoprolol (uncoated)	00618640	APX	ACDEFGV
Apo-Metoprolol type "L"	00751170	APX	ACDEFGV
Jamp-Metoprolol-L	02356848	JPC	ACDEFGV
Metoprolol	02350408	SAS	ACDEFGV
Metoprolol-L	02442132	SIV	ACDEFGV
pms-Metoprolol-L	02230804	PMS	ACDEFGV
Teva-Metoprolol (coated)	00648043	TEV	ACDEFGV
Teva-Metoprolol (uncoated)	00842656	TEV	ACDEFGV

Co.L.L. Orl 100 mg

AA-Metoprolol SR 02285169 AAP ACDEFGV

C07AB03 ATÉNOLOL

Co. Orl 25 mg

Atenolol	02541564	SIV	ACDEFGV
Jamp-Atenolol	02367556	JPC	ACDEFGV
Mar-Atenolol	02371979	MAR	ACDEFGV
Mint-Atenolol	02368013	MNT	ACDEFGV
pms-Atenolol	02246581	PMS	ACDEFGV
Taro-Atenolol	02373963	SUN	ACDEFGV
Teva-Atenolol	02266660	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 50 mg

Tenormin	02039532	SLP	ACDEFGV
Apo-Atenol	00773689	APX	ACDEFGV
Atenolol	02466465	SAS	ACDEFGV
Atenolol	02238316	SIV	ACDEFGV
Jamp-Atenolol	02367564	JPC	ACDEFGV
Mar-Atenolol	02371987	MAR	ACDEFGV
Mint-Atenolol	02368021	MNT	ACDEFGV
pms-Atenolol	02237600	PMS	ACDEFGV
Taro-Atenolol	02267985	SUN	ACDEFGV
Teva-Atenolol	02171791	TEV	ACDEFGV

C07AB03 ATÉNOLOL

Co. Orl 100 mg

Tenormin	02039540	SLP	ACDEFGV
Apo-Atenol	00773697	APX	ACDEFGV
Atenolol	02466473	SAS	ACDEFGV
Atenolol	02238318	SIV	ACDEFGV
Jamp-Atenolol	02367572	JPC	ACDEFGV
Mar-Atenolol	02371995	MAR	ACDEFGV
Mint-Atenolol	02368048	MNT	ACDEFGV
pms-Atenolol	02237601	PMS	ACDEFGV
Taro-Atenolol	02267993	SUN	ACDEFGV
Teva-Atenolol	02171805	TEV	ACDEFGV

C07AB04 ACÉBUTOLOL

Co. Orl 100 mg

Apo-Acebutolol	02147602	APX	ACDEFGV
Teva-Acebutolol	02204517	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 200 mg

Apo-Acebutolol	02147610	APX	ACDEFGV
Teva-Acebutolol	02204525	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 400 mg

Apo-Acebutolol	02147629	APX	ACDEFGV
Teva-Acebutolol	02204533	TEV	ACDEFGV

C07AB07 BISOPROLOL

Co. Orl 1,25 mg

Sandoz Bisoprolol	02544245	SDZ	ACDEFGV
-------------------	----------	-----	---------

Co. Orl 2,5 mg

Sandoz Bisoprolol	02544253	SDZ	ACDEFGV
-------------------	----------	-----	---------

Co. Orl 5 mg

Apo-Bisoprolol	02256134	APX	ACDEFGV
Bisoprolol	02391589	SAS	ACDEFGV
Bisoprolol	02495562	SIV	ACDEFGV
Jamp Bisoprolol	02518805	JPC	ACDEFGV
Mint-Bisoprolol	02465612	MNT	ACDEFGV
Sandoz Bisoprolol	02494035	SDZ	ACDEFGV
Teva-Bisoprolol	02267470	TEV	ACDEFGV

C07AB07 BISOPROLOL

Co. Orl 10 mg

Apo-Bisoprolol 02256177 APX ACDEFGV
Bisoprolol 02391597 SAS ACDEFGV
Bisoprolol 02495570 SIV ACDEFGV
Jamp Bisoprolol 02518791 JPC ACDEFGV
Mint-Bisoprolol 02465620 MNT ACDEFGV
Sandoz Bisoprolol 02494043 SDZ ACDEFGV
Teva-Bisoprolol 02267489 TEV ACDEFGV

C07AG ALPHA-BLOQUANTS ET BETA-BLOQUANTS

C07AG01 LABÉTALOL

Co. Orl 100 mg

Trandate 02106272 PAL ACDEFGV
Apo-Labetalol 02243538 APX ACDEFGV
Riva-Labetalol 02489406 RIV ACDEFGV

Co. Orl 200 mg

Trandate 02106280 PAL ACDEFGV
Apo-Labetalol 02243539 APX ACDEFGV
Riva-Labetalol 02489414 RIV ACDEFGV

C07AG02 CARVÉDILOL

Co. Orl 3,125 mg

Apo-Carvedilol 02247933 APX ACDEFGV
Auro-Carvedilol 02418495 ARO ACDEFGV
Carvedilol 02364913 SAS ACDEFGV
Carvedilol 02248752 SIV ACDEFGV
Jamp-Carvedilol 02368897 JPC ACDEFGV
pms-Carvedilol 02245914 PMS ACDEFGV
ratio-Carvedilol 02252309 TEV ACDEFGV

Co. Orl 6,25 mg

Apo-Carvedilol 02247934 APX ACDEFGV
Auro-Carvedilol 02418509 ARO ACDEFGV
Carvedilol 02364921 SAS ACDEFGV
Carvedilol 02248753 SIV ACDEFGV
Jamp-Carvedilol 02368900 JPC ACDEFGV
pms-Carvedilol 02245915 PMS ACDEFGV
ratio-Carvedilol 02252317 TEV ACDEFGV

C07AG02 CARVÉDILOL

Co. Orl 12,5 mg

Apo-Carvedilol 02247935 APX ACDEFGV
 Auro-Carvedilol 02418517 ARO ACDEFGV
 Carvedilol 02364948 SAS ACDEFGV
 Carvedilol 02248754 SIV ACDEFGV
 Jamp-Carvedilol 02368919 JPC ACDEFGV
 pms-Carvedilol 02245916 PMS ACDEFGV
 ratio-Carvedilol 02252325 TEV ACDEFGV

Co. Orl 25 mg

Auro-Carvedilol 02418525 ARO ACDEFGV
 Carvedilol 02364956 SAS ACDEFGV
 Carvedilol 02248755 SIV ACDEFGV
 Jamp-Carvedilol 02368927 JPC ACDEFGV
 pms-Carvedilol 02245917 PMS ACDEFGV
 ratio-Carvedilol 02252333 TEV ACDEFGV

C07C BETA-BLOQUANTS ET AUTRES DIURÉTIQUES**C07CB BETA-BLOQUANTS, SÉLECTIFS, ET AUTRES DIURÉTIQUES**

C07CB03 ATÉNOLOL ET AU DIURÉTIQUES

ATÉNOLOL / CHLORTHALIDONE

Co. Orl 50 mg / 25 mg

AA-Atenidone 02248763 AAP ACDEFGV

Co. Orl 100 mg / 25 mg

AA-Atenidone 02248764 AAP ACDEFGV

C08 ANTAGONISTES DU CALCIUM**C08C ANTAGONISTES DU CALCIUM SÉLECTIFS AVEC PRINCIPALEMENT DES EFFETS VASCULAIRES****C08CA DÉRIVÉS DU DIHYDROPYRIDINE**

C08CA01 AMLODIPINE

Co. Orl 2,5 mg

Amlodipine 02492199 JPC ACDEFGV
 Amlodipine 02326795 PDL ACDEFGV
 Amlodipine 02478587 SAS ACDEFGV
 Amlodipine 02385783 SIV ACDEFGV
 Amlodipine Besylate 02419556 AHI ACDEFGV
 Jamp-Amlodipine 02357186 JPC ACDEFGV
 M-Amlodipine 02468018 MRA ACDEFGV
 Mar-Amlodipine 02371707 MAR ACDEFGV
 NRA-Amlodipine 02476452 NRA ACDEFGV
 pharma-Amlodipine 02469022 PMS ACDEFGV
 pms-Amlodipine 02295148 PMS ACDEFGV
 PRZ-Amlodipine 02522500 PRZ ACDEFGV
 Sandoz Amlodipine 02330474 SDZ ACDEFGV

C08CA01 AMLODIPINE

Co. Orl 5 mg

Norvasc	00878928	BGP	ACDEFGV
Act Amlodipine	02297485	ATV	ACDEFGV
Amlodipine	02429217	JPC	ACDEFGV
Amlodipine	02326809	PDL	ACDEFGV
Amlodipine	02331284	SAS	ACDEFGV
Amlodipine	02385791	SIV	ACDEFGV
Amlodipine Besylate	02419564	AHI	ACDEFGV
Apo-Amlodipine	02273373	APX	ACDEFGV
Auro-Amlodipine	02397072	ARO	ACDEFGV
Jamp-Amlodipine	02357194	JPC	ACDEFGV
M-Amlodipine	02468026	MRA	ACDEFGV
Mar-Amlodipine	02371715	MAR	ACDEFGV
Mint-Amlodipine	02362651	MNT	ACDEFGV
Mylan-Amlodipine	02272113	MYL	ACDEFGV
NRA-Amlodipine	02476460	NRA	ACDEFGV
pms-Amlodipine	02284065	PMS	ACDEFGV
PRZ-Amlodipine	02522519	PRZ	ACDEFGV
Ran-Amlodipine	02321858	RAN	ACDEFGV
Sandoz Amlodipine	02284383	SDZ	ACDEFGV
Septa-Amlodipine	02357712	SPT	ACDEFGV

C08CA01 AMLODIPINE

Co.	Orl	10 mg	Norvasc	00878936	BGP	ACDEFGV
			Act Amlodipine	02297493	ATV	ACDEFGV
			Amlodipine	02429225	JPC	ACDEFGV
			Amlodipine	02326817	PDL	ACDEFGV
			Amlodipine	02331292	SAS	ACDEFGV
			Amlodipine	02385805	SIV	ACDEFGV
			Amlodipine Besylate	02419572	AHI	ACDEFGV
			Apo-Amlodipine	02273381	APX	ACDEFGV
			Auro-Amlodipine	02397080	ARO	ACDEFGV
			Jamp-Amlodipine	02357208	JPC	ACDEFGV
			M-Amlodipine	02468034	MRA	ACDEFGV
			Mar-Amlodipine	02371723	MAR	ACDEFGV
			Mint-Amlodipine	02362678	MNT	ACDEFGV
			Mylan-Amlodipine	02272121	MYL	ACDEFGV
			NRA-Amlodipine	02476479	NRA	ACDEFGV
			pms-Amlodipine	02284073	PMS	ACDEFGV
			PRZ-Amlodipine	02522527	PRZ	ACDEFGV
			Ran-Amlodipine	02321866	RAN	ACDEFGV
			Sandoz Amlodipine	02284391	SDZ	ACDEFGV
			Septa-Amlodipine	02357720	SPT	ACDEFGV
Liq	Orl	1 mg/mL	pdp-Amlodipine	02484706	PDP	(SA)

C08CA02 FÉLODIPINE

Co.L.P.	Orl	2,5 mg	Plendil	02057778	GLE	ACDEFGV
			Apo-Felodipine	02452367	APX	ACDEFGV
Co.L.P.	Orl	5 mg	Plendil	00851779	GLE	ACDEFGV
			Apo-Felodipine	02452375	APX	ACDEFGV
			Sandoz Felodipine	02280264	SDZ	ACDEFGV
Co.L.P.	Orl	10 mg	Plendil	00851787	GLE	ACDEFGV
			Apo-Felodipine	02452383	APX	ACDEFGV
			Sandoz Felodipine	02280272	SDZ	ACDEFGV

C08CA05 NIFÉDIPINE

Caps	Orl	5 mg	Nifedipine	00725110	AAP	ACDEFGV
Caps	Orl	10 mg	Nifedipine	00755907	AAP	ACDEFGV

C08CA05	NIFÉDIPINE							
Co.L.P.	Orl	30 mg		Adalat XL	02155907	TEV	ACDEFGV	
				Mylan-Nifedipine Extended Release	02349167	MYL	ACDEFGV	
Co.L.P.	Orl	60 mg		Mylan-Nifedipine Extended Release	02321149	MYL	ACDEFGV	

C08CA06	NIMODIPINE							
Co.	Orl	30 mg		Nimotop	02325926	LXO	ACDEFGV	

C08D ANTAGONISTES DU CALCIUM SÉLECTIFS AVEC EFFETS CARDIAQUES DIRECTS

C08DA DÉRIVÉS DU PHÉNYLALKYLAMINE

C08DA01	VÉRAPAMIL							
Co.	Orl	80 mg		Apo-Verap	00782483	APX	ACDEFGVW	
Co.	Orl	120 mg		Apo-Verap	00782491	APX	ACDEFGVW	
				Mylan-Verapamil (Disc/non disp Apr 11/25)	02237922	MYL	ACDEFGVW	
Co.L.L.	Orl	120 mg		Isoptin SR	01907123	BGP	ACDEFGVW	
				Apo-Verapamil SR	02246893	APX	ACDEFGVW	
				Mylan-Verapamil SR	02210347	MYL	ACDEFGVW	
Co.L.L.	Orl	180 mg		Isoptin SR	01934317	BGP	ACDEFGVW	
				Apo-Verap SR	02246894	APX	ACDEFGVW	
				Mylan-Verapamil SR	02450488	MYL	ACDEFGVW	
Co.L.L.	Orl	240 mg		Isoptin SR	00742554	BGP	ACDEFGVW	
				Mylan-Verapamil SR	02450496	MYL	ACDEFGVW	

C08DB DÉRIVÉS DU BENZOTHIAZÉPINE

C08DB01	DILTIAZEM							
Caps.L.C.	Orl	120 mg		Cardizem CD	02097249	BSL	ACDEFGV	
				Act Diltiazem CD	02370611	TEV	ACDEFGV	
				Apo-Diltiaz CD	02230997	APX	ACDEFGV	
				Diltiazem CD	02400421	SAS	ACDEFGV	
				Diltiazem CD	02445999	SIV	ACDEFGV	
				Jamp Diltiazem CD	02528037	JPC	ACDEFGV	
				M-Diltiazem CD	02546086	MRA	ACDEFGV	
				Mar-Diltiazem CD	02484064	MAR	ACDEFGV	
				Teva-Diltiazem CD	02242538	TEV	ACDEFGV	

C08DB01 DILTIAZEM

Caps.L.C. Orl 180 mg

Cardizem CD 02097257 BSL ACDEFGV
 Apo-Diltiaz CD 02230998 APX ACDEFGV
 Diltiazem CD 02400448 SAS ACDEFGV
 Diltiazem CD 02446006 SIV ACDEFGV
 Jamp Diltiazem CD 02528045 JPC ACDEFGV
 M-Diltiazem CD 02546094 MRA ACDEFGV
 Mar-Diltiazem CD 02484072 MAR ACDEFGV
 Teva-Diltiazem CD 02242539 TEV ACDEFGV

Caps.L.C. Orl 240 mg

Cardizem CD 02097265 BSL ACDEFGV
 Apo-Diltiaz CD 02230999 APX ACDEFGV
 Diltiazem CD 02400456 SAS ACDEFGV
 Diltiazem CD 02446014 SIV ACDEFGV
 Jamp Diltiazem CD 02528053 JPC ACDEFGV
 M-Diltiazem CD 02546108 MRA ACDEFGV
 Mar-Diltiazem CD 02484080 MAR ACDEFGV
 Teva-Diltiazem CD 02242540 TEV ACDEFGV

Caps.L.C. Orl 300 mg

Cardizem CD 02097273 BSL ACDEFGV
 Act Diltiazem CD 02370654 TEV ACDEFGV
 Apo-Diltiaz CD 02229526 APX ACDEFGV
 Diltiazem CD 02400464 SAS ACDEFGV
 Diltiazem CD 02446022 SIV ACDEFGV
 Jamp Diltiazem CD 02528061 JPC ACDEFGV
 M-Diltiazem CD 02546116 MRA ACDEFGV
 Mar-Diltiazem CD 02484099 MAR ACDEFGV
 Teva-Diltiazem CD 02242541 TEV ACDEFGV

Caps.L.P. Orl 120 mg

Tiazac 02231150 BSL ACDEFGV
 Diltiazem T 02516101 SAS ACDEFGV
 Jamp-Diltiazem T 02495376 JPC ACDEFGV
 M-Diltiazem T 02546434 MRA ACDEFGV
 Mar-Diltiazem T 02465353 MAR ACDEFGV
 Teva-Diltiazem ER 02271605 BSL ACDEFGV
 Teva-Diltiazem T 02370441 TEV ACDEFGV

C08DB01 DILTIAZEM

Caps.L.P. Orl 180 mg

Tiazac	02231151	BSL	ACDEFGV
Diltiazem T	02516128	SAS	ACDEFGV
Jamp-Diltiazem T	02495384	JPC	ACDEFGV
M-Diltiazem T	02546442	MRA	ACDEFGV
Mar-Diltiazem T	02465361	MAR	ACDEFGV
Teva-Diltiazem ER	02271613	BSL	ACDEFGV
Teva-Diltiazem T	02370492	TEV	ACDEFGV

Caps.L.P. Orl 240 mg

Tiazac	02231152	BSL	ACDEFGV
Diltiazem T	02516136	SAS	ACDEFGV
Jamp-Diltiazem T	02495392	JPC	ACDEFGV
M-Diltiazem T	02546450	MRA	ACDEFGV
Mar-Diltiazem T	02465388	MAR	ACDEFGV
Teva-Diltiazem ER	02271621	BSL	ACDEFGV
Teva-Diltiazem T	02370506	TEV	ACDEFGV

Caps.L.P. Orl 300 mg

Tiazac	02231154	BSL	ACDEFGV
Diltiazem T	02516144	SAS	ACDEFGV
Jamp-Diltiazem T	02495406	JPC	ACDEFGV
M-Diltiazem T	02546469	MRA	ACDEFGV
Mar-Diltiazem T	02465396	MAR	ACDEFGV
Teva-Diltiazem ER	02271648	BSL	ACDEFGV

Caps.L.P. Orl 360 mg

Tiazac	02231155	BSL	ACDEFGV
Diltiazem T	02516152	SAS	ACDEFGV
Jamp-Diltiazem T	02495414	JPC	ACDEFGV
M-Diltiazem T	02546477	MRA	ACDEFGV
Mar-Diltiazem T	02465418	MAR	ACDEFGV
Teva-Diltiazem ER	02271656	BSL	ACDEFGV
Teva-Diltiazem T	02370522	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 30 mg

AA-Diltiaz 00771376 AAP ACDEFGV

Co. Orl 60 mg

AA-Diltiaz	00771384	AAP	ACDEFGV
Teva-Diltiazem	00862932	TEV	ACDEFGV

Co.L.P. Orl 120 mg

Tiazac XC 02256738 BSL ACDEFGV

Co.L.P. Orl 180 mg

Tiazac XC	02256746	BSL	ACDEFGV
Teva-Diltiazem XC	02429322	TEV	ACDEFGV

C08DB01	DILTIAZEM						
Co.L.P.	Orl	240 mg		Tiazac XC	02256754	BSL	ACDEFGV
				Teva-Diltiazem XC	02429330	TEV	ACDEFGV
Co.L.P.	Orl	300 mg		Tiazac XC	02256762	BSL	ACDEFGV
				Teva-Diltiazem XC	02429349	TEV	ACDEFGV
Co.L.P.	Orl	360 mg		Tiazac XC	02256770	BSL	ACDEFGV
				Teva-Diltiazem XC	02429357	TEV	ACDEFGV

C09 AGENTS AGISSANT SUR LE SYSTÈME RÉNINE-ANGIOTENSINE

C09A INHIBITEUR DE L'ENZYME CONVERTISSANT L'ANGIOTENSINE, ORDINAIRE

C09AA INHIBITEUR DE L'ENZYME CONVERTISSANT L'ANGIOTENSINE, ORDINAIRE

C09AA01	CAPTOPRIL						
Co.	Orl	12,5 mg		Teva-Captopril	01942964	TEV	ACDEFGV
Co.	Orl	25 mg		Teva-Captopril	01942972	TEV	ACDEFGV
Co.	Orl	50 mg		Teva-Captopril	01942980	TEV	ACDEFGV
Co.	Orl	100 mg		Teva-Captopril	01942999	TEV	ACDEFGV
C09AA02	ÉNALAPRIL						
Co.	Orl	2,5 mg		Act Enalapril	02291878	TEV	ACDEFGV
				Apo-Enalapril	02020025	APX	ACDEFGV
				Enalapril	02400650	SAS	ACDEFGV
				Enalapril	02442957	SIV	ACDEFGV
				Jamp-Enalapril	02474786	JPC	ACDEFGV
				Mar-Enalapril	02459450	MAR	ACDEFGV
				Sandoz Enalapril	02299933	SDZ	ACDEFGV
				Taro-Enalapril	02352230	SUN	ACDEFGV
Co.	Orl	5 mg		Vasotec	00708879	ORG	ACDEFGV
				Act Enalapril	02291886	TEV	ACDEFGV
				Apo-Enalapril	02019884	APX	ACDEFGV
				Enalapril	02400669	SAS	ACDEFGV
				Enalapril	02442965	SIV	ACDEFGV
				Jamp-Enalapril	02474794	JPC	ACDEFGV
				Mar-Enalapril	02459469	MAR	ACDEFGV
				Sandoz Enalapril	02299941	SDZ	ACDEFGV
				Taro-Enalapril	02352249	SUN	ACDEFGV

C09AA02 ÉNALAPRIL

Co. Orl 10 mg

Vasotec	00670901	ORG	ACDEFGV
Act Enalapril	02291894	TEV	ACDEFGV
Apo-Enalapril	02019892	APX	ACDEFGV
Enalapril	02400677	SAS	ACDEFGV
Enalapril	02442973	SIV	ACDEFGV
Jamp-Enalapril	02474808	JPC	ACDEFGV
Mar-Enalapril	02444771	MAR	ACDEFGV
Sandoz Enalapril	02299968	SDZ	ACDEFGV
Taro-Enalapril	02352257	SUN	ACDEFGV

Co. Orl 20 mg

Vasotec	00670928	ORG	ACDEFGV
Act Enalapril	02291908	TEV	ACDEFGV
Apo-Enalapril	02019906	APX	ACDEFGV
Enalapril	02400685	SAS	ACDEFGV
Enalapril	02442981	SIV	ACDEFGV
Jamp-Enalapril	02474816	JPC	ACDEFGV
Mar-Enalapril	02444798	MAR	ACDEFGV
Sandoz Enalapril	02299976	SDZ	ACDEFGV
Taro-Enalapril	02352265	SUN	ACDEFGV

C09AA03 LISINOPRIL

Co. Orl 5 mg

Zestril	02049333	SLP	ACDEFGV
Apo-Lisinopril	02217481	APX	ACDEFGV
Auro-Lisinopril	02394472	ARO	ACDEFGV
Lisinopril	02525186	SAS	ACDEFGV
Lisinopril	02386232	SIV	ACDEFGV
Teva-Lisinopril Z	02285118	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 10 mg

Zestril	02049376	SLP	ACDEFGV
Apo-Lisinopril	02217503	APX	ACDEFGV
Auro-Lisinopril	02394480	ARO	ACDEFGV
Lisinopril	02525194	SAS	ACDEFGV
Lisinopril	02386240	SIV	ACDEFGV
Teva-Lisinopril Z	02285126	TEV	ACDEFGV

C09AA03 LISINOPRIL

Co. Orl 20 mg

Zestril	02049384	SLP	ACDEFGV
Apo-Lisinopril	02217511	APX	ACDEFGV
Auro-Lisinopril	02394499	ARO	ACDEFGV
Lisinopril	02525208	SAS	ACDEFGV
Lisinopril	02386259	SIV	ACDEFGV
Teva-Lisinopril Z	02285134	TEV	ACDEFGV

C09AA04 PERINDOPRIL

Co. Orl 2 mg

Coversyl	02123274	SEV	ACDEFGV
Apo-Perindopril	02289261	APX	ACDEFGV
Auro-Perindopril	02459817	ARO	ACDEFGV
Jamp Perindopril Erbumine	02527200	JPC	ACDEFGV
Jamp-Perindopril	02477009	JPC	ACDEFGV
M-Perindopril Erbumine	02482924	MRA	ACDEFGV
Mar-Perindopril	02474824	MAR	ACDEFGV
Mint-Perindopril	02476762	MNT	ACDEFGV
NRA-Perindopril	02489015	NRA	ACDEFGV
Perindopril Erbumine	02481634	SAS	ACDEFGV
Perindopril Erbumine	02479877	SIV	ACDEFGV
pms-Perindopril	02470675	PMS	ACDEFGV
Sandoz Perindopril	02470225	SDZ	ACDEFGV
Teva-Perindopril	02464985	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 4 mg

Coversyl	02123282	SEV	ACDEFGV
Apo-Perindopril	02289288	APX	ACDEFGV
Auro-Perindopril	02459825	ARO	ACDEFGV
Jamp Perindopril Erbumine	02527219	JPC	ACDEFGV
Jamp-Perindopril	02477017	JPC	ACDEFGV
M-Perindopril Erbumine	02482932	MRA	ACDEFGV
Mar-Perindopril	02474832	MAR	ACDEFGV
Mint-Perindopril	02476770	MNT	ACDEFGV
NRA-Perindopril	02489023	NRA	ACDEFGV
Perindopril Erbumine	02481642	SAS	ACDEFGV
Perindopril Erbumine	02479885	SIV	ACDEFGV
pms-Perindopril	02470683	PMS	ACDEFGV
Sandoz Perindopril	02470233	SDZ	ACDEFGV
Teva-Perindopril	02464993	TEV	ACDEFGV

C09AA04 PERINDOPRIL

Co. Orl 8 mg

Coversyl	02246624	SEV	ACDEFGV
Apo-Perindopril	02289296	APX	ACDEFGV
Auro-Perindopril	02459833	ARO	ACDEFGV
Jamp Perindopril Erbumine	02527227	JPC	ACDEFGV
Jamp-Perindopril	02477025	JPC	ACDEFGV
M-Perindopril Erbumine	02482940	MRA	ACDEFGV
Mar-Perindopril	02474840	MAR	ACDEFGV
Mint-Perindopril	02476789	MNT	ACDEFGV
NRA-Perindopril	02489031	NRA	ACDEFGV
Perindopril Erbumine	02481650	SAS	ACDEFGV
Perindopril Erbumine	02479893	SIV	ACDEFGV
pms-Perindopril	02470691	PMS	ACDEFGV
Sandoz Perindopril	02470241	SDZ	ACDEFGV
Teva-Perindopril	02465000	TEV	ACDEFGV

C09AA05 RAMIPRIL

Caps Orl 1,25 mg

Altace	02221829	BSL	ACDEFGV
Apo-Ramipril	02251515	APX	ACDEFGV
Auro-Ramipril	02387387	ARO	ACDEFGV
Mar-Ramipril	02420457	MAR	ACDEFGV
pharma-Ramipril	02469057	PMS	ACDEFGV
Pro-Ramipril	02310023	PDL	ACDEFGV
Ramipril	02308363	SIV	ACDEFGV
Taro-Ramipril	02310503	SUN	ACDEFGV

Caps Orl 2,5 mg

Altace	02221837	BSL	ACDEFGV
Apo-Ramipril	02251531	APX	ACDEFGV
Auro-Ramipril	02387395	ARO	ACDEFGV
Jamp-Ramipril	02331128	JPC	ACDEFGV
Mar-Ramipril	02420465	MAR	ACDEFGV
Mint-Ramipril	02421305	MNT	ACDEFGV
NRA-Ramipril	02486172	NRA	ACDEFGV
pharma-Ramipril	02469065	PMS	ACDEFGV
Pro-Ramipril	02310066	PDL	ACDEFGV
Ramipril	02374846	SAS	ACDEFGV
Ramipril	02287927	SIV	ACDEFGV
Taro-Ramipril	02310511	SUN	ACDEFGV
Teva-Ramipril	02247945	TEV	ACDEFGV

C09AA05 RAMIPRIL

Caps Orl 5 mg

Altace	02221845	BSL	ACDEFGV
Apo-Ramipril	02251574	APX	ACDEFGV
Auro-Ramipril	02387409	ARO	ACDEFGV
Jamp-Ramipril	02331136	JPC	ACDEFGV
Mar-Ramipril	02420473	MAR	ACDEFGV
Mint-Ramipril	02421313	MNT	ACDEFGV
NRA-Ramipril	02486180	NRA	ACDEFGV
pharma-Ramipril	02469073	PMS	ACDEFGV
Pro-Ramipril	02310074	PDL	ACDEFGV
Ramipril	02374854	SAS	ACDEFGV
Ramipril	02287935	SIV	ACDEFGV
Taro-Ramipril	02310538	SUN	ACDEFGV
Teva-Ramipril	02247946	TEV	ACDEFGV

Caps Orl 10 mg

Altace	02221853	BSL	ACDEFGV
Apo-Ramipril	02251582	APX	ACDEFGV
Auro-Ramipril	02387417	ARO	ACDEFGV
Jamp-Ramipril	02331144	JPC	ACDEFGV
Mar-Ramipril	02420481	MAR	ACDEFGV
Mint-Ramipril	02421321	MNT	ACDEFGV
NRA-Ramipril	02486199	NRA	ACDEFGV
pharma-Ramipril	02469081	PMS	ACDEFGV
Pro-Ramipril	02310104	PDL	ACDEFGV
Ramipril	02374862	SAS	ACDEFGV
Ramipril	02287943	SIV	ACDEFGV
Taro-Ramipril	02310546	SUN	ACDEFGV
Teva-Ramipril	02247947	TEV	ACDEFGV

Caps Orl 15 mg

Apo-Ramipril	02325381	APX	ACDEFGV
--------------	----------	-----	---------

C09AA06 QUINAPRIL

Co. Orl 5 mg

Apo-Quinapril	02248499	APX	ACDEFGV
pms-Quinapril	02340550	PMS	ACDEFGV

Co. Orl 10 mg

Apo-Quinapril	02248500	APX	ACDEFGV
Jamp Quinapril	02517450	JPC	ACDEFGV
pms-Quinapril	02340569	PMS	ACDEFGV

Co. Orl 20 mg

Jamp Quinapril	02517469	JPC	ACDEFGV
pms-Quinapril	02340577	PMS	ACDEFGV

C09AA06	QUINAPRIL							
Co.	Orl	40 mg		Jamp Quinapril	02517477	JPC	ACDEFGV	
				pms-Quinapril	02340585	PMS	ACDEFGV	
C09AA07	BÉNAZÉPRIL							
Co.	Orl	5 mg		Benazepril	02290332	AAP	ACDEFGV	
Co.	Orl	10 mg		Benazepril	02290340	AAP	ACDEFGV	
Co.	Orl	20 mg		Benazepril	02273918	AAP	ACDEFGV	
C09AA08	CILAZAPRIL							
Co.	Orl	1 mg		Mylan-Cilazapril	02283778	MYL	ACDEFGV	
Co.	Orl	2,5 mg		Inhibace	01911473	MSD	ACDEFGV	
				Apo-Cilazapril	02291142	APX	ACDEFGV	
				Mylan-Cilazapril	02283786	MYL	ACDEFGV	
Co.	Orl	5 mg		Inhibace	01911481	MSD	ACDEFGV	
				Apo-Cilazapril	02291150	APX	ACDEFGV	
				Mylan-Cilazapril	02283794	MYL	ACDEFGV	
C09AA09	FOSINOPRIL							
Co.	Orl	10 mg		Apo-Fosinopril	02266008	APX	ACDEFGV	
				Fosinopril	02459388	SAS	ACDEFGV	
				Jamp-Fosinopril	02331004	JPC	ACDEFGV	
				Ran-Fosinopril	02294524	RAN	ACDEFGV	
				Teva-Fosinopril	02247802	TEV	ACDEFGV	
Co.	Orl	20 mg		Apo-Fosinopril	02266016	APX	ACDEFGV	
				Fosinopril	02459396	SAS	ACDEFGV	
				Jamp-Fosinopril	02331012	JPC	ACDEFGV	
				Ran-Fosinopril	02294532	RAN	ACDEFGV	
				Teva-Fosinopril	02247803	TEV	ACDEFGV	
C09AA10	TRANDOLAPRIL							
Caps	Orl	0,5 mg		Mavik	02231457	BGP	ACDEFGV	
				Auro-Trandolapril	02471868	ARO	ACDEFGV	
				pms-Trandolapril	02357755	PMS	ACDEFGV	
				Sandoz Trandolapril	02325721	SDZ	ACDEFGV	

C09AA10 TRANDOLAPRIL

Caps Orl 1 mg

Mavik	02231459	BGP	ACDEFGV
Auro-Trandolapril	02471876	ARO	ACDEFGV
pms-Trandolapril	02357763	PMS	ACDEFGV
Sandoz Trandolapril	02325748	SDZ	ACDEFGV
Trandolapril	02525046	SAS	ACDEFGV
Trandolapril	02526565	SIV	ACDEFGV

Caps Orl 2 mg

Mavik	02231460	BGP	ACDEFGV
Auro-Trandolapril	02471884	ARO	ACDEFGV
pms-Trandolapril	02357771	PMS	ACDEFGV
Sandoz Trandolapril	02325756	SDZ	ACDEFGV
Trandolapril	02525054	SAS	ACDEFGV
Trandolapril	02526573	SIV	ACDEFGV

Caps Orl 4 mg

Mavik	02239267	BGP	ACDEFGV
Auro-Trandolapril	02471892	ARO	ACDEFGV
pms-Trandolapril	02357798	PMS	ACDEFGV
Sandoz Trandolapril	02325764	SDZ	ACDEFGV
Trandolapril	02525070	SAS	ACDEFGV
Trandolapril	02526581	SIV	ACDEFGV

C09B INHIBITEUR DE L'ENZYME CONVERTISSANT L'ANGIOTENSINE, COMBINAISONS

C09BA INHIBITEUR DE L'ENZYME CONVERTISSANT L'ANGIOTENSINE, ET DIURÉTIQUES

C09BA02 ÉNALAPRIL ET DIURÉTIQUES

ÉNALAPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co. Orl 5 mg / 12,5 mg

Enalapril/HCTZ 02352923 AAP ACDEFGV

Co. Orl 10 mg / 25 mg

Vaseretic 00657298 ORG ACDEFGV
Enalapril/HCTZ 02352931 AAP ACDEFGV

C09BA03 LISINOPRIL ET DIURÉTIQUES

LISINOPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co. Orl 10 mg / 12,5 mg

Zestoretic 02103729 SLP ACDEFGV
Lisinopril HCTZ (Type Z) 02362945 SAS ACDEFGV
Sandoz Lisinopril HCT 02302365 SDZ ACDEFGV
Teva-Lisinopril HCTZ (Type Z) 02301768 TEV ACDEFGV

C09BA03		LISINOPRIL ET DIURÉTIQUES							
		LISINOPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE							
Co.	Orl	20 mg / 12,5 mg		Zestoretic	02045737	SLP	ACDEFGV		
				Lisinopril HCTZ (Type Z)	02362953	SAS	ACDEFGV		
				Sandoz Lisinopril HCT	02302373	SDZ	ACDEFGV		
				Teva-Lisinopril HCTZ (Type Z)	02301776	TEV	ACDEFGV		
Co.	Orl	20 mg / 25 mg		Zestoretic	02045729	SLP	ACDEFGV		
				Lisinopril HCTZ (Type Z)	02362961	SAS	ACDEFGV		
				Sandoz Lisinopril HCT	02302381	SDZ	ACDEFGV		
				Teva-Lisinopril HCTZ (Type P)	02302152	TEV	ACDEFGV		
				Teva-Lisinopril HCTZ (Type Z)	02301784	TEV	ACDEFGV		
C09BA04		PERINDOPRIL ET DIURÉTIQUES							
		PERINDOPRIL / INDAPAMIDE							
Co.	Orl	4 mg / 1,25 mg		Coversyl Plus	02246569	SEV	ACDEFGV		
				Apo-Perindopril-Indapamide	02297574	APX	ACDEFGV		
				Perindopril Erbumine/Indapamide	02479834	SIV	ACDEFGV		
				Perindopril/Indapamide	02519720	SAS	ACDEFGV		
				pms-Perindopril-Indapamide	02538008	PMS	ACDEFGV		
				Sandoz Perindopril/Indapamide	02470438	SDZ	ACDEFGV		
				Teva-Perindopril/Indapamide	02464020	TEV	ACDEFGV		
Co.	Orl	8 mg / 2,5 mg		Coversyl Plus HD	02321653	SEV	ACDEFGV		
				Apo-Perindopril-Indapamide	02453061	APX	ACDEFGV		
				Perindopril Erbumine/Indapamide	02479842	SIV	ACDEFGV		
				Perindopril/Indapamide	02519739	SAS	ACDEFGV		
				pms-Perindopril-Indapamide	02537982	PMS	ACDEFGV		
				Sandoz Perindopril/Indapamide	02470446	SDZ	ACDEFGV		
				Teva-Perindopril/Indapamide	02464039	TEV	ACDEFGV		
C09BA05		RAMIPRIL ET DIURÉTIQUES							
		RAMIPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE							
Co.	Orl	2,5 mg / 12,5 mg		Taro-Ramipril HCTZ	02449439	SUN	ACDEFGV		
Co.	Orl	5 mg / 12,5 mg		Taro-Ramipril HCTZ	02449447	SUN	ACDEFGV		
Co.	Orl	5 mg / 25 mg		Taro-Ramipril HCTZ	02449463	SUN	ACDEFGV		
Co.	Orl	10 mg / 12,5 mg		pms-Ramipril-HCTZ	02342154	PMS	ACDEFGV		
				Taro-Ramipril HCTZ	02449455	SUN	ACDEFGV		

C09BA05 RAMIPRIL ET DIURÉTIQUES
RAMIPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.	Orl	10 mg / 25 mg	pms-Ramipril-HCTZ	02342170	PMS	ACDEFGV
			Taro-Ramipril HCTZ	02449471	SUN	ACDEFGV

C09BA06 QUINAPRIL ET DIURÉTIQUES
QUINAPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.	Orl	10 mg / 12,5 mg	Apo-Quinapril/HCTZ	02408767	APX	ACDEFGV
			Auro-Quinapril HCTZ	02473291	ARO	ACDEFGV

Co.	Orl	20 mg / 12,5 mg	Apo-Quinapril/HCTZ	02408775	APX	ACDEFGV
			Auro-Quinapril HCTZ	02473305	ARO	ACDEFGV

Co.	Orl	20 mg / 25 mg	Apo-Quinapril/HCTZ	02408783	APX	ACDEFGV
			Auro-Quinapril HCTZ	02473321	ARO	ACDEFGV

C09BA08 CILAZAPRIL ET DIURÉTIQUES
CILAZAPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.	Orl	5 mg / 12,5 mg	Inhibace Plus	02181479	XPI	ACDEFGV
			Apo-Cilazapril/HCTZ	02284987	APX	ACDEFGV
			Teva-Cilazapril/HCTZ	02313731	TEV	ACDEFGV

C09C ANTAGONISTES DE L'ANGIOTENSINE II, ORDINAIRE

C09CA ANTAGONISTES DE L'ANGIOTENSINE II, ORDINAIRE

C09CA01 LOSARTAN

Co.	Orl	25 mg	Cozaar	02182815	ORG	ACDEFGV
			Apo-Losartan	02379058	APX	ACDEFGV
			Auro-Losartan	02403323	ARO	ACDEFGV
			Jamp-Losartan	02398834	JPC	ACDEFGV
			Losartan	02388863	SAS	ACDEFGV
			Losartan	02388790	SIV	ACDEFGV
			Mint-Losartan	02405733	MNT	ACDEFGV
			pms-Losartan	02309750	PMS	ACDEFGV
			Sandoz Losartan	02313332	SDZ	ACDEFGV
			Septa-Losartan	02424967	SPT	ACDEFGV
			Teva-Losartan	02380838	TEV	ACDEFGV

C09CA01 LOSARTAN

Co. Orl 50 mg

Cozaar	02182874	ORG	ACDEFGV
Apo-Losartan	02353504	APX	ACDEFGV
Auro-Losartan	02403331	ARO	ACDEFGV
Jamp-Losartan	02398842	JPC	ACDEFGV
Losartan	02388871	SAS	ACDEFGV
Losartan	02388804	SIV	ACDEFGV
Mint-Losartan	02405741	MNT	ACDEFGV
pms-Losartan	02309769	PMS	ACDEFGV
Sandoz Losartan	02313340	SDZ	ACDEFGV
Septa-Losartan	02424975	SPT	ACDEFGV
Teva-Losartan	02357968	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 100 mg

Cozaar	02182882	ORG	ACDEFGV
Apo-Losartan	02353512	APX	ACDEFGV
Auro-Losartan	02403358	ARO	ACDEFGV
Jamp-Losartan	02398850	JPC	ACDEFGV
Losartan	02388898	SAS	ACDEFGV
Losartan	02388812	SIV	ACDEFGV
Mint-Losartan	02405768	MNT	ACDEFGV
pms-Losartan	02309777	PMS	ACDEFGV
Sandoz Losartan	02313359	SDZ	ACDEFGV
Septa-Losartan	02424983	SPT	ACDEFGV
Teva-Losartan	02357976	TEV	ACDEFGV

C09CA03 VALSARTAN

Co. Orl 40 mg

Diovan	02270528	NVR	ACDEFGV
Auro-Valsartan	02414201	ARO	ACDEFGV
Sandoz Valsartan	02356740	SDZ	ACDEFGV
Taro-Valsartan	02363062	SUN	ACDEFGV
Teva-Valsartan	02356643	TEV	ACDEFGV
Valsartan	02366940	SAS	ACDEFGV
Valsartan	02384523	SIV	ACDEFGV

C09CA03 VALSARTAN

Co. Orl 80 mg

Diovan	02244781	NVR	ACDEFGV
Auro-Valsartan	02414228	ARO	ACDEFGV
M-Valsartan	02524538	MRA	ACDEFGV
Sandoz Valsartan	02356759	SDZ	ACDEFGV
Taro-Valsartan	02363100	SUN	ACDEFGV
Teva-Valsartan	02356651	TEV	ACDEFGV
Valsartan	02366959	SAS	ACDEFGV
Valsartan	02384531	SIV	ACDEFGV

Co. Orl 160 mg

Diovan	02244782	NVR	ACDEFGV
Auro-Valsartan	02414236	ARO	ACDEFGV
M-Valsartan	02524546	MRA	ACDEFGV
Sandoz Valsartan	02356767	SDZ	ACDEFGV
Taro-Valsartan	02363119	SUN	ACDEFGV
Teva-Valsartan	02356678	TEV	ACDEFGV
Valsartan	02366967	SAS	ACDEFGV
Valsartan	02384558	SIV	ACDEFGV

Co. Orl 320 mg

Diovan	02289504	NVR	ACDEFGV
Auro-Valsartan	02414244	ARO	ACDEFGV
Sandoz Valsartan	02356775	SDZ	ACDEFGV
Teva-Valsartan	02356686	TEV	ACDEFGV
Valsartan	02366975	SAS	ACDEFGV
Valsartan	02384566	SIV	ACDEFGV

C09CA04 IRBESARTAN

Co. Orl 75 mg

Avapro	02237923	SAV	ACDEFGV
Auro-Irbesartan	02406098	ARO	ACDEFGV
Irbesartan	02365197	PDL	ACDEFGV
Irbesartan	02372347	SAS	ACDEFGV
Irbesartan	02385287	SIV	ACDEFGV
M-Irbesartan	02524813	MRA	ACDEFGV
Mint-Irbesartan	02422980	MNT	ACDEFGV
pms-Irbesartan	02317060	PMS	ACDEFGV
Sandoz Irbesartan	02328461	SDZ	ACDEFGV
Taro-Irbesartan	02406810	SUN	ACDEFGV
Teva-Irbesartan	02316390	TEV	ACDEFGV

C09CA04 IRBESARTAN

Co. Orl 150 mg

Avapro	02237924	SAV	ACDEFGV
Auro-Irbesartan	02406101	ARO	ACDEFGV
Irbesartan	02365200	PDL	ACDEFGV
Irbesartan	02372371	SAS	ACDEFGV
Irbesartan	02385295	SIV	ACDEFGV
Jamp Irbesartan	02545233	JPC	ACDEFGV
M-Irbesartan	02524821	MRA	ACDEFGV
Mint-Irbesartan	02422999	MNT	ACDEFGV
pms-Irbesartan	02317079	PMS	ACDEFGV
Sandoz Irbesartan	02328488	SDZ	ACDEFGV
Taro-Irbesartan	02406829	SUN	ACDEFGV
Teva-Irbesartan	02316404	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 300 mg

Avapro	02237925	SAV	ACDEFGV
Auro-Irbesartan	02406128	ARO	ACDEFGV
Irbesartan	02365219	PDL	ACDEFGV
Irbesartan	02372398	SAS	ACDEFGV
Irbesartan	02385309	SIV	ACDEFGV
Jamp Irbesartan	02545241	JPC	ACDEFGV
M-Irbesartan	02524848	MRA	ACDEFGV
Mint-Irbesartan	02423006	MNT	ACDEFGV
pms-Irbesartan	02317087	PMS	ACDEFGV
Sandoz Irbesartan	02328496	SDZ	ACDEFGV
Taro-Irbesartan	02406837	SUN	ACDEFGV
Teva-Irbesartan	02316412	TEV	ACDEFGV

C09CA06 CANDÉSARTAN

Co. Orl 4 mg

Atacand	02239090	XPI	ACDEFGV
Apo-Candesartan	02365340	APX	ACDEFGV
Apo-Candesartan Tablets	02541289	APX	ACDEFGV
Auro-Candesartan	02445786	ARO	ACDEFGV
Candesartan	02388901	SAS	ACDEFGV
Candesartan	02528258	SIV	ACDEFGV
Candesartan Cilexetil	02379260	AHI	ACDEFGV
Mint-Candesartan	02476908	MNT	ACDEFGV
NRA-Candesartan	02527006	NRA	ACDEFGV
pms-Candesartan	02391171	PMS	ACDEFGV
Sandoz Candesartan	02326957	SDZ	ACDEFGV
Taro-Candesartan	02380684	SUN	ACDEFGV

C09CA06 CANDÉSARTAN

Co. Orl 8 mg

Atacand	02239091	XPI	ACDEFGV
Apo-Candesartan	02365359	APX	ACDEFGV
Apo-Candesartan Tablets	02541297	APX	ACDEFGV
Auro-Candesartan	02445794	ARO	ACDEFGV
Candesartan	02388928	SAS	ACDEFGV
Candesartan	02388707	SIV	ACDEFGV
Candesartan Cilexetil	02379279	AHI	ACDEFGV
Jamp-Candesartan	02386518	JPC	ACDEFGV
Mint-Candesartan	02476916	MNT	ACDEFGV
NRA-Candesartan	02527014	NRA	ACDEFGV
pms-Candesartan	02391198	PMS	ACDEFGV
Sandoz Candesartan	02326965	SDZ	ACDEFGV
Taro-Candesartan	02380692	SUN	ACDEFGV
Teva-Candesartan	02366312	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 16 mg

Atacand	02239092	XPI	ACDEFGV
Apo-Candesartan	02365367	APX	ACDEFGV
Apo-Candesartan Tablets	02541300	APX	ACDEFGV
Auro-Candesartan	02445808	ARO	ACDEFGV
Candesartan	02388936	SAS	ACDEFGV
Candesartan	02388715	SIV	ACDEFGV
Candesartan Cilexetil	02379287	AHI	ACDEFGV
Jamp-Candesartan	02386526	JPC	ACDEFGV
Mint-Candesartan	02476924	MNT	ACDEFGV
NRA-Candesartan	02527022	NRA	ACDEFGV
pms-Candesartan	02391201	PMS	ACDEFGV
Sandoz Candesartan	02326973	SDZ	ACDEFGV
Taro-Candesartan	02380706	SUN	ACDEFGV
Teva-Candesartan	02366320	TEV	ACDEFGV

C09CA06 CANDÉSARTAN

Co. Orl 32 mg

Atacand	02311658	XPI	ACDEFGV
Apo-Candesartan	02399105	APX	ACDEFGV
Apo-Candesartan Tablets	02541319	APX	ACDEFGV
Auro-Candesartan	02445816	ARO	ACDEFGV
Candesartan	02435845	SAS	ACDEFGV
Candesartan	02528266	SIV	ACDEFGV
Candesartan Cilexetil	02379295	AHI	ACDEFGV
Jamp-Candesartan	02386534	JPC	ACDEFGV
Mint-Candesartan	02476932	MNT	ACDEFGV
NRA-Candesartan	02527030	NRA	ACDEFGV
pms-Candesartan	02391228	PMS	ACDEFGV
Sandoz Candesartan	02417340	SDZ	ACDEFGV
Taro-Candesartan	02380714	SUN	ACDEFGV
Teva-Candesartan	02366339	TEV	ACDEFGV

C09CA07 TELMISARTAN

Co. Orl 40 mg

Micardis	02240769	BOE	ACDEFGV
Auro-Telmisartan	02453568	ARO	ACDEFGV
Jamp Telmisartan	02386755	JPC	ACDEFGV
Mint-Telmisartan	02486369	MNT	ACDEFGV
NRA-Telmisartan	02503794	NRA	ACDEFGV
pms-Telmisartan	02499622	PMS	ACDEFGV
Sandoz Telmisartan	02375958	SDZ	ACDEFGV
Telmisartan	02407485	AHI	ACDEFGV
Telmisartan	02388944	SAS	ACDEFGV
Telmisartan	02390345	SIV	ACDEFGV
Teva-Telmisartan	02320177	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 80 mg

Micardis	02240770	BOE	ACDEFGV
Auro-Telmisartan	02453576	ARO	ACDEFGV
Jamp Telmisartan	02386763	JPC	ACDEFGV
Mint-Telmisartan	02486377	MNT	ACDEFGV
NRA-Telmisartan	02503808	NRA	ACDEFGV
pms-Telmisartan	02499630	PMS	ACDEFGV
Sandoz Telmisartan	02375966	SDZ	ACDEFGV
Telmisartan	02407493	AHI	ACDEFGV
Telmisartan	02388952	SAS	ACDEFGV
Telmisartan	02390353	SIV	ACDEFGV
Teva-Telmisartan	02320185	TEV	ACDEFGV

C09CA08 OLMÉSARTAN MÉDOXOMIL

Co. Orl 20 mg

Olmetec	02318660	ORG	ACDEFGV
Ach-Olmesartan	02456311	AHI	ACDEFGV
Apo-Olmesartan	02453452	APX	ACDEFGV
Auro-Olmesartan	02443864	ARO	ACDEFGV
GLN-Olmesartan	02469812	GLM	ACDEFGV
Jamp-Olmesartan	02461641	JPC	ACDEFGV
NRA-Olmesartan	02499258	NRA	ACDEFGV
Olmesartan	02481057	SAS	ACDEFGV
pms-Olmesartan	02461307	PMS	ACDEFGV
Sandoz Olmesartan	02443414	SDZ	ACDEFGV
Teva-Olmesartan	02442191	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 40 mg

Olmetec	02318679	ORG	ACDEFGV
Ach-Olmesartan	02456338	AHI	ACDEFGV
Apo-Olmesartan	02453460	APX	ACDEFGV
Auro-Olmesartan	02443872	ARO	ACDEFGV
GLN-Olmesartan	02469820	GLM	ACDEFGV
Jamp-Olmesartan	02461668	JPC	ACDEFGV
NRA-Olmesartan	02499266	NRA	ACDEFGV
Olmesartan	02481065	SAS	ACDEFGV
pms-Olmesartan	02461315	PMS	ACDEFGV
Sandoz Olmesartan	02443422	SDZ	ACDEFGV
Teva-Olmesartan	02442205	TEV	ACDEFGV

C09D ANTAGONISTES DE L'ANGIOTENSINE II, EN COMBINAISON**C09DA ANTAGONISTES DE L'ANGIOTENSINE II ET DIURÉTIQUES**

C09DA01 LOSARTAN ET DIURÉTIQUES

LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co. Orl 50 mg / 12,5 mg

Hyzaar	02230047	ORG	ACDEFGV
Auro-Losartan HCT	02423642	ARO	ACDEFGV
Losartan HCT	02388960	SIV	ACDEFGV
Losartan/HCTZ	02427648	SAS	ACDEFGV
Mint-Losartan/HCTZ	02389657	MNT	ACDEFGV
pms-Losartan-HCTZ	02392224	PMS	ACDEFGV
Sandoz Losartan HCT	02313375	SDZ	ACDEFGV
Teva-Losartan HCTZ	02358263	TEV	ACDEFGV

C09DA01 LOSARTAN ET DIURÉTIQUES
 LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.	Orl	100 mg / 12,5 mg	Hyzaar	02297841	ORG	ACDEFGV
			Auro-Losartan HCT	02423650	ARO	ACDEFGV
			Losartan HCT	02388979	SIV	ACDEFGV
			Losartan/HCTZ	02427656	SAS	ACDEFGV
			Mint-Losartan/HCTZ	02389665	MNT	ACDEFGV
			pms-Losartan-HCTZ	02392232	PMS	ACDEFGV
			Sandoz Losartan HCT	02362449	SDZ	ACDEFGV
			Teva-Losartan HCTZ	02377144	TEV	ACDEFGV

Co.	Orl	100 mg / 25 mg	Hyzaar DS	02241007	ORG	ACDEFGV
			Auro-Losartan HCT	02423669	ARO	ACDEFGV
			Losartan HCT	02388987	SIV	ACDEFGV
			Losartan/HCTZ	02427664	SAS	ACDEFGV
			Mint-Losartan/HCTZ DS	02389673	MNT	ACDEFGV
			pms-Losartan-HCTZ	02392240	PMS	ACDEFGV
			Sandoz Losartan HCT	02313383	SDZ	ACDEFGV
			Teva-Losartan HCTZ	02377152	TEV	ACDEFGV

C09DA03 VALSARTAN ET DIURÉTIQUES
 VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.	Orl	80 mg / 12,5 mg	Diovan HCT	02241900	NVR	ACDEFGV
			Auro-Valsartan HCT	02408112	ARO	ACDEFGV
			Sandoz Valsartan HCT	02356694	SDZ	ACDEFGV
			Teva-Valsartan/ HCTZ	02356996	TEV	ACDEFGV
			Valsartan HCT	02384736	SIV	ACDEFGV
			Valsartan/HCTZ	02367009	SAS	ACDEFGV

Co.	Orl	160 mg / 12,5 mg	Diovan HCT	02241901	NVR	ACDEFGV
			Auro-Valsartan HCT	02408120	ARO	ACDEFGV
			Sandoz Valsartan HCT	02356708	SDZ	ACDEFGV
			Teva-Valsartan/ HCTZ	02357003	TEV	ACDEFGV
			Valsartan HCT	02384744	SIV	ACDEFGV
			Valsartan/HCTZ	02367017	SAS	ACDEFGV

C09DA03 VALSARTAN ET DIURÉTIQUES
 VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.	Orl 160 mg / 25 mg	Diovan HCT	02246955	NVR	ACDEFGV
		Auro-Valsartan HCT	02408139	ARO	ACDEFGV
		Sandoz Valsartan HCT	02356716	SDZ	ACDEFGV
		Teva-Valsartan/ HCTZ	02357011	TEV	ACDEFGV
		Valsartan HCT	02384752	SIV	ACDEFGV
		Valsartan/HCTZ	02367025	SAS	ACDEFGV

Co.	Orl 320 mg / 12,5 mg	Diovan HCT	02308908	NVR	ACDEFGV
		Auro-Valsartan HCT	02408147	ARO	ACDEFGV
		Sandoz Valsartan HCT	02356724	SDZ	ACDEFGV
		Teva-Valsartan/ HCTZ	02357038	TEV	ACDEFGV
		Valsartan HCT	02384760	SIV	ACDEFGV
		Valsartan/HCTZ	02367033	SAS	ACDEFGV

Co.	Orl 320 mg / 25 mg	Diovan HCT	02308916	NVR	ACDEFGV
		Auro-Valsartan HCT	02408155	ARO	ACDEFGV
		Sandoz Valsartan HCT	02356732	SDZ	ACDEFGV
		Teva-Valsartan/ HCTZ	02357046	TEV	ACDEFGV
		Valsartan/HCTZ	02367041	SAS	ACDEFGV

C09DA04 IRBESARTAN ET DIURÉTIQUES
 IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.	Orl 150 mg / 12,5 mg	Avalide	02241818	SAV	ACDEFGV
		Auro-Irbesartan HCT	02447878	ARO	ACDEFGV
		Irbesartan HCT	02385317	SIV	ACDEFGV
		Irbesartan/HCTZ	02372886	SAS	ACDEFGV
		pms-Irbesartan HCTZ	02328518	PMS	ACDEFGV
		Sandoz Irbesartan HCT	02337428	SDZ	ACDEFGV
		Teva-Irbesartan HCTZ	02330512	TEV	ACDEFGV

Co.	Orl 300 mg / 12,5 mg	Avalide	02241819	SAV	ACDEFGV
		Auro-Irbesartan HCT	02447886	ARO	ACDEFGV
		Irbesartan HCT	02385325	SIV	ACDEFGV
		Irbesartan/HCTZ	02372894	SAS	ACDEFGV
		pms-Irbesartan HCTZ	02328526	PMS	ACDEFGV
		Sandoz Irbesartan HCT	02337436	SDZ	ACDEFGV
		Teva-Irbesartan HCTZ	02330520	TEV	ACDEFGV

C09DA04 IRBESARTAN ET DIURÉTIQUES
 IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.	Orl	300 mg / 25 mg	Auro-Irbesartan HCT	02447894	ARO	ACDEFGV
			Irbesartan HCT	02385333	SIV	ACDEFGV
			Irbesartan/HCTZ	02372908	SAS	ACDEFGV
			pms-Irbesartan HCTZ	02328534	PMS	ACDEFGV
			Sandoz Irbesartan HCT	02337444	SDZ	ACDEFGV
			Teva-Irbesartan HCTZ	02330539	TEV	ACDEFGV

C09DA06 CANDÉSARTAN ET DIURÉTIQUES
 CANDÉSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.	Orl	16 mg / 12,5 mg	Atacand Plus	02244021	XPI	ACDEFGV
			Auro-Candesartan HCT	02421038	ARO	ACDEFGV
			Candesartan HCT	02394812	SIV	ACDEFGV
			Candesartan/HCTZ	02394804	SAS	ACDEFGV
			Jamp-Candesartan HCT	02473240	JPC	ACDEFGV
			NRA-Candesartan HCTZ	02531240	NRA	ACDEFGV
			pms-Candesartan-HCTZ	02391295	PMS	ACDEFGV
			Sandoz Candesartan Plus	02327902	SDZ	ACDEFGV
			Teva-Candesartan/HCTZ	02395541	TEV	ACDEFGV

Co.	Orl	32 mg / 12,5 mg	Atacand Plus	02332922	XPI	ACDEFGV
			Auro-Candesartan HCT	02421046	ARO	ACDEFGV
			Candesartan/HCTZ	02536064	SAS	ACDEFGV
			Jamp-Candesartan HCT	02473259	JPC	ACDEFGV
			NRA-Candesartan HCTZ	02531259	NRA	ACDEFGV
			Sandoz Candesartan Plus	02420732	SDZ	ACDEFGV
			Teva-Candesartan/HCTZ	02395568	TEV	ACDEFGV

Co.	Orl	32 mg / 25 mg	Atacand Plus	02332957	XPI	ACDEFGV
			Auro-Candesartan HCT	02421054	ARO	ACDEFGV
			Jamp-Candesartan HCT	02473267	JPC	ACDEFGV
			NRA-Candesartan HCTZ	02531267	NRA	ACDEFGV
			Sandoz Candesartan Plus	02420740	SDZ	ACDEFGV

C09DA07 TELMISARTAN ET DIURÉTIQUES
 TELMISARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE

C09DA07 TELMISARTAN ET DIURÉTIQUES
 TELMISARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.	Orl	80 mg / 12,5 mg	Micardis Plus	02244344	BOE	ACDEFGV
			ACH-Telmisartan HCTZ	02419114	AHI	ACDEFGV
			Auro-Telmisartan HCTZ	02456389	ARO	ACDEFGV
			Jamp Telmisartan-HCT	02389940	JPC	ACDEFGV
			NRA-Telmisartan HCTZ	02504146	NRA	ACDEFGV
			Sandoz Telmisartan HCT	02393557	SDZ	ACDEFGV
			Telmisartan HCTZ	02390302	SIV	ACDEFGV
			Telmisartan/HCTZ	02395355	SAS	ACDEFGV
			Teva-Telmisartan HCTZ	02330288	TEV	ACDEFGV

Co.	Orl	80 mg / 25 mg	Micardis Plus	02318709	BOE	ACDEFGV
			ACH-Telmisartan HCTZ	02419122	AHI	ACDEFGV
			Auro-Telmisartan HCTZ	02456397	ARO	ACDEFGV
			Jamp Telmisartan-HCT	02389959	JPC	ACDEFGV
			NRA-Telmisartan HCTZ	02504138	NRA	ACDEFGV
			Sandoz Telmisartan HCT	02393565	SDZ	ACDEFGV
			Telmisartan HCTZ	02390310	SIV	ACDEFGV
			Telmisartan/HCTZ	02395363	SAS	ACDEFGV
			Teva-Telmisartan HCTZ	02379252	TEV	ACDEFGV

C09DA08 OLMÉSARTAN ET DIURÉTIQUES
 OLMÉSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.	Orl	20 mg / 12,5 mg	Olmetec Plus	02319616	ORG	ACDEFGV
			ACH-Olmesartan HCTZ	02468948	AHI	ACDEFGV
			Act Olmesartan HCT	02443112	TEV	ACDEFGV
			Apo-Olmesartan/HCTZ	02453606	APX	ACDEFGV
			Auro-Olmesartan HCTZ	02476487	ARO	ACDEFGV
			GLN-Olmesartan HCTZ	02475707	GLM	ACDEFGV
			NRA-Olmesartan HCTZ	02508273	NRA	ACDEFGV
			Olmesartan/HCTZ	02509601	SAS	ACDEFGV
			PRZ-Olmesartan/HCTZ	02526468	PRZ	ACDEFGV

C09DA08 OLMÉSARTAN ET DIURÉTIQUES
OLMÉSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.	Orl	40 mg / 12,5 mg	Olmetec Plus	02319624	ORG	ACDEFGV
			ACH-Olmesartan HCTZ	02468956	AHI	ACDEFGV
			Act Olmesartan HCT	02443120	TEV	ACDEFGV
			Apo-Olmesartan/HCTZ	02453614	APX	ACDEFGV
			Auro-Olmesartan HCTZ	02476495	ARO	ACDEFGV
			GLN-Olmesartan HCTZ	02475715	GLM	ACDEFGV
			NRA-Olmesartan HCTZ	02508281	NRA	ACDEFGV
			Olmesartan/HCTZ	02509636	SAS	ACDEFGV
			PRZ-Olmesartan/HCTZ	02526476	PRZ	ACDEFGV

Co.	Orl	40 mg / 25 mg	Olmetec Plus	02319632	ORG	ACDEFGV
			ACH-Olmesartan HCTZ	02468964	AHI	ACDEFGV
			Act Olmesartan HCT	02443139	TEV	ACDEFGV
			Apo-Olmesartan/HCTZ	02453622	APX	ACDEFGV
			Auro-Olmesartan HCTZ	02476509	ARO	ACDEFGV
			GLN-Olmesartan HCTZ	02475723	GLM	ACDEFGV
			NRA-Olmesartan HCTZ	02508303	NRA	ACDEFGV
			Olmesartan/HCTZ	02509628	SAS	ACDEFGV
			PRZ-Olmesartan/HCTZ	02526484	PRZ	ACDEFGV

C09DB ANTAGONISTES DE L'ANGIOTENSINE II ET ANTAGONISTES DU CALCIUM

C09DB04 TELMISARTAN ET AMLODIPINE

Co.	Orl	40 mg / 5 mg	Twynsta	02371022	BOE	ACDEFGV
Co.	Orl	40 mg / 10 mg	Twynsta	02371030	BOE	ACDEFGV
Co.	Orl	80 mg / 5 mg	Twynsta	02371049	BOE	ACDEFGV
Co.	Orl	80 mg / 10 mg	Twynsta	02371057	BOE	ACDEFGV

C09DX ANTAGONISTES DE L'ANGIOTENSINE II, AUTRE EN COMBINAISON

C09DX04 VALSARTAN ET SACUBITRIL

Co.	Orl	26 mg / 24 mg	Entresto	02446928	NVR	(SA)
Co.	Orl	51 mg / 49 mg	Entresto	02446936	NVR	(SA)
Co.	Orl	103 mg / 97 mg	Entresto	02446944	NVR	(SA)

C10 AGENTS RÉDUISANT LES LIPIDES SÉRIQUES

C10A AGENTS RÉDUISANT LES LIPIDES SÉRIQUES, ORDINAIRES

C10AA INHIBITEURS DU HMG COA-REDUCTASE

C10AA01 SIMVASTATINE

Co. Orl 5 mg

Apo-Simvastatin 02247011 APX ACDEFGV
 Auro-Simvastatin 02405148 ARO ACDEFGV
 Jamp-Simvastatin 02375591 JPC ACDEFGV
 Mint-Simvastatin 02372932 MNT ACDEFGV
 pharma-Simvastatin 02469979 PMS ACDEFGV
 Simvastatin 02284723 SAS ACDEFGV
 Simvastatin 02386291 SIV ACDEFGV
 Taro-Simvastatin 02329131 SUN ACDEFGV
 Teva-Simvastatin 02250144 TEV ACDEFGV

Co. Orl 10 mg

Zocor 00884332 ORG ACDEFGV
 Apo-Simvastatin 02247012 APX ACDEFGV
 Auro-Simvastatin 02405156 ARO ACDEFGV
 Jamp-Simvastatin 02375605 JPC ACDEFGV
 Mar-Simvastatin 02375044 MAR ACDEFGV
 Mint-Simvastatin 02372940 MNT ACDEFGV
 pharma-Simvastatin 02469987 PMS ACDEFGV
 Simvastatin 02284731 SAS ACDEFGV
 Simvastatin 02386305 SIV ACDEFGV
 Simvastatin-10 02247221 PDL ACDEFGV
 Taro-Simvastatin 02329158 SUN ACDEFGV
 Teva-Simvastatin 02250152 TEV ACDEFGV

Co. Orl 20 mg

Zocor 00884340 ORG ACDEFGV
 Apo-Simvastatin 02247013 APX ACDEFGV
 Auro-Simvastatin 02405164 ARO ACDEFGV
 Jamp-Simvastatin 02375613 JPC ACDEFGV
 Mar-Simvastatin 02375052 MAR ACDEFGV
 Mint-Simvastatin 02372959 MNT ACDEFGV
 pharma-Simvastatin 02469995 PMS ACDEFGV
 Simvastatin 02284758 SAS ACDEFGV
 Simvastatin 02386313 SIV ACDEFGV
 Simvastatin-20 02247222 PDL ACDEFGV
 Taro-Simvastatin 02329166 SUN ACDEFGV
 Teva-Simvastatin 02250160 TEV ACDEFGV

C10AA01 SIMVASTATINE

Co. Orl 40 mg

Zocor 00884359 ORG ACDEFGV
 Apo-Simvastatin 02247014 APX ACDEFGV
 Auro-Simvastatin 02405172 ARO ACDEFGV
 Jamp-Simvastatin 02375621 JPC ACDEFGV
 Mar-Simvastatin 02375060 MAR ACDEFGV
 Mint-Simvastatin 02372967 MNT ACDEFGV
 pharma-Simvastatin 02470004 PMS ACDEFGV
 Simvastatin 02284766 SAS ACDEFGV
 Simvastatin 02386321 SIV ACDEFGV
 Simvastatin-40 02247223 PDL ACDEFGV
 Taro-Simvastatin 02329174 SUN ACDEFGV
 Teva-Simvastatin 02250179 TEV ACDEFGV

Co. Orl 80 mg

Apo-Simvastatin 02247015 APX ACDEFGV
 Auro-Simvastatin 02405180 ARO ACDEFGV
 Jamp-Simvastatin 02375648 JPC ACDEFGV
 Mint-Simvastatin 02372975 MNT ACDEFGV
 pharma-Simvastatin 02470012 PMS ACDEFGV
 Simvastatin 02284774 SAS ACDEFGV
 Simvastatin 02386348 SIV ACDEFGV
 Simvastatin-80 02247224 PDL ACDEFGV
 Taro-Simvastatin 02329182 SUN ACDEFGV
 Teva-Simvastatin 02250187 TEV ACDEFGV

C10AA02 LOVASTATINE

Co. Orl 20 mg

Lovastatin 02220172 AAP ACDEFGV

Co. Orl 40 mg

Lovastatin 02220180 AAP ACDEFGV

C10AA03 PRAVASTATINE

C10AA03 PRAVASTATINE

Co. Orl 10 mg

Ach-Pravastatin	02440644	AHI	ACDEFGV
Apo-Pravastatin	02243506	APX	ACDEFGV
Auro-Pravastatin	02458977	ARO	ACDEFGV
Jamp-Pravastatin	02330954	JPC	ACDEFGV
M-Pravastatin	02476274	MRA	ACDEFGV
Mar-Pravastatin	02432048	MAR	ACDEFGV
Mint-Pravastatin	02317451	MNT	ACDEFGV
pms-Pravastatin	02247655	PMS	ACDEFGV
Pravastatin	02356546	SAS	ACDEFGV
Pravastatin	02389703	SIV	ACDEFGV
Pravastatin-10	02243824	PDL	ACDEFGV
Sandoz Pravastatin	02468700	SDZ	ACDEFGV
Taro-Pravastatin	02284421	SUN	ACDEFGV
Teva-Pravastatin	02247008	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 20 mg

Ach-Pravastatin	02440652	AHI	ACDEFGV
Apo-Pravastatin	02243507	APX	ACDEFGV
Auro-Pravastatin	02458985	ARO	ACDEFGV
Jamp-Pravastatin	02330962	JPC	ACDEFGV
M-Pravastatin	02476282	MRA	ACDEFGV
Mar-Pravastatin	02432056	MAR	ACDEFGV
Mint-Pravastatin	02317478	MNT	ACDEFGV
pms-Pravastatin	02247656	PMS	ACDEFGV
Pravastatin	02356554	SAS	ACDEFGV
Pravastatin	02389738	SIV	ACDEFGV
Pravastatin-20	02243825	PDL	ACDEFGV
Sandoz Pravastatin	02468719	SDZ	ACDEFGV
Taro-Pravastatin	02284448	SUN	ACDEFGV
Teva-Pravastatin	02247009	TEV	ACDEFGV

C10AA03 PRAVASTATINE

Co. Orl 40 mg

Ach-Pravastatin 02440660 AHI ACDEFGV
Apo-Pravastatin 02243508 APX ACDEFGV
Auro-Pravastatin 02458993 ARO ACDEFGV
Jamp-Pravastatin 02330970 JPC ACDEFGV
M-Pravastatin 02476290 MRA ACDEFGV
Mar-Pravastatin 02432064 MAR ACDEFGV
Mint-Pravastatin 02317486 MNT ACDEFGV
pms-Pravastatin 02247657 PMS ACDEFGV
Pravastatin 02356562 SAS ACDEFGV
Pravastatin 02389746 SIV ACDEFGV
Pravastatin-40 02243826 PDL ACDEFGV
Sandoz Pravastatin 02468727 SDZ ACDEFGV
Taro-Pravastatin 02284456 SUN ACDEFGV
Teva-Pravastatin 02247010 TEV ACDEFGV

C10AA04 FLUVASTATINE

Caps Orl 20 mg

Teva-Fluvastatin 02299224 TEV ACDEFGV

Caps Orl 40 mg

Teva-Fluvastatin 02299232 TEV ACDEFGV

C10AA05 ATORVASTATINE

C10AA05 ATORVASTATINE

Co. Orl 10 mg

Lipitor	02230711	BGP	ACDEFGV
ACH-Atorvastatin Calcium	02457741	AHI	ACDEFGV
Apo-Atorvastatin	02295261	APX	ACDEFGV
Atorvastatin	02346486	PDL	ACDEFGV
Atorvastatin	02475022	RIV	ACDEFGV
Atorvastatin	02348705	SAS	ACDEFGV
Atorvastatin	02411350	SIV	ACDEFGV
Auro-Atorvastatin	02407256	ARO	ACDEFGV
Jamp Atorvastatin Calcium	02504197	JPC	ACDEFGV
Jamp-Atorvastatin	02391058	JPC	ACDEFGV
M-Atorvastatin	02471167	MRA	ACDEFGV
Mar-Atorvastatin	02454017	MAR	ACDEFGV
Mint-Atorvastatin	02479508	MNT	ACDEFGV
Mylan-Atorvastatin	02392933	MYL	ACDEFGV
NRA-Atorvastatin	02476517	NRA	ACDEFGV
pms-Atorvastatin	02477149	PMS	ACDEFGV
pmsc-Atorvastatin	02507234	PMS	ACDEFGV
PRZ-Atorvastatin	02521555	PRZ	ACDEFGV
Reddy-Atorvastatin	02417936	RCH	ACDEFGV
Sandoz Atorvastatin	02324946	SDZ	ACDEFGV
Taro-Atorvastatin	02313707	TAR	ACDEFGV
Teva-Atorvastatin	02310899	TEV	ACDEFGV

C10AA05 ATORVASTATINE

Co. Orl 20 mg

Lipitor	02230713	BGP	ACDEFGV
ACH-Atorvastatin Calcium	02457768	AHI	ACDEFGV
Apo-Atorvastatin	02295288	APX	ACDEFGV
Atorvastatin	02346494	PDL	ACDEFGV
Atorvastatin	02475030	RIV	ACDEFGV
Atorvastatin	02348713	SAS	ACDEFGV
Atorvastatin	02411369	SIV	ACDEFGV
Auro-Atorvastatin	02407264	ARO	ACDEFGV
Jamp Atorvastatin Calcium	02504200	JPC	ACDEFGV
Jamp-Atorvastatin	02391066	JPC	ACDEFGV
M-Atorvastatin	02471175	MRA	ACDEFGV
Mar-Atorvastatin	02454025	MAR	ACDEFGV
Mint-Atorvastatin	02479516	MNT	ACDEFGV
Mylan-Atorvastatin	02392941	MYL	ACDEFGV
NRA-Atorvastatin	02476525	NRA	ACDEFGV
pms-Atorvastatin	02477157	PMS	ACDEFGV
pmsc-Atorvastatin	02507242	PMS	ACDEFGV
PRZ-Atorvastatin	02521563	PRZ	ACDEFGV
Reddy-Atorvastatin	02417944	RCH	ACDEFGV
Sandoz Atorvastatin	02324954	SDZ	ACDEFGV
Taro-Atorvastatin	02313715	TAR	ACDEFGV
Teva-Atorvastatin	02310902	TEV	ACDEFGV

C10AA05 ATORVASTATINE

Co. Orl 40 mg

Lipitor	02230714	BGP	ACDEFGV
ACH-Atorvastatin Calcium	02457776	AHI	ACDEFGV
Apo-Atorvastatin	02295296	APX	ACDEFGV
Atorvastatin	02346508	PDL	ACDEFGV
Atorvastatin	02475049	RIV	ACDEFGV
Atorvastatin	02348721	SAS	ACDEFGV
Atorvastatin	02411377	SIV	ACDEFGV
Auro-Atorvastatin	02407272	ARO	ACDEFGV
Jamp Atorvastatin Calcium	02504219	JPC	ACDEFGV
Jamp-Atorvastatin	02391074	JPC	ACDEFGV
M-Atorvastatin	02471183	MRA	ACDEFGV
Mar-Atorvastatin	02454033	MAR	ACDEFGV
Mint-Atorvastatin	02479524	MNT	ACDEFGV
Mylan-Atorvastatin	02392968	MYL	ACDEFGV
NRA-Atorvastatin	02476533	NRA	ACDEFGV
pms-Atorvastatin	02477165	PMS	ACDEFGV
pmsc-Atorvastatin	02507250	PMS	ACDEFGV
PRZ-Atorvastatin	02521571	PRZ	ACDEFGV
Reddy-Atorvastatin	02417952	RCH	ACDEFGV
Sandoz Atorvastatin	02324962	SDZ	ACDEFGV
Taro-Atorvastatin	02313723	TAR	ACDEFGV
Teva-Atorvastatin	02310910	TEV	ACDEFGV

C10AA05 ATORVASTATINE

Co. Orl 80 mg

Lipitor	02243097	BGP	ACDEFGV
ACH-Atorvastatin Calcium	02457784	AHI	ACDEFGV
Apo-Atorvastatin	02295318	APX	ACDEFGV
Atorvastatin	02346516	PDL	ACDEFGV
Atorvastatin	02475057	RIV	ACDEFGV
Atorvastatin	02348748	SAS	ACDEFGV
Atorvastatin	02411385	SIV	ACDEFGV
Auro-Atorvastatin	02407280	ARO	ACDEFGV
Jamp Atorvastatin Calcium	02504235	JPC	ACDEFGV
Jamp-Atorvastatin	02391082	JPC	ACDEFGV
M-Atorvastatin	02471191	MRA	ACDEFGV
Mar-Atorvastatin	02454041	MAR	ACDEFGV
Mint-Atorvastatin	02479532	MNT	ACDEFGV
Mylan-Atorvastatin	02392976	MYL	ACDEFGV
NRA-Atorvastatin	02476541	NRA	ACDEFGV
pms-Atorvastatin	02477173	PMS	ACDEFGV
pmsc-Atorvastatin	02507269	PMS	ACDEFGV
PRZ-Atorvastatin	02521598	PRZ	ACDEFGV
Reddy-Atorvastatin	02417960	RCH	ACDEFGV
Sandoz Atorvastatin	02324970	SDZ	ACDEFGV
Taro-Atorvastatin	02313758	TAR	ACDEFGV
Teva-Atorvastatin	02310929	TEV	ACDEFGV

C10AA07 ROSUVASTATINE

C10AA07 ROSUVASTATINE

Co. Orl 5 mg

Crestor	02265540	AZE	ACDEFGV
ACH-Rosuvastatin	02438917	AHI	ACDEFGV
Apo-Rosuvastatin	02337975	APX	ACDEFGV
Auro-Rosuvastatin	02442574	ARO	ACDEFGV
Jamp Rosuvastatin Calcium	02498332	JPC	ACDEFGV
M-Rosuvastatin	02496534	MRA	ACDEFGV
Mar-Rosuvastatin	02413051	MAR	ACDEFGV
Mint-Rosuvastatin	02397781	MNT	ACDEFGV
NRA-Rosuvastatin	02477483	NRA	ACDEFGV
pms-Rosuvastatin	02378523	PMS	ACDEFGV
PRZ-Rosuvastatin	02505576	PRZ	ACDEFGV
Rosuvastatin	02381176	PDL	ACDEFGV
Rosuvastatin	02405628	SAS	ACDEFGV
Rosuvastatin	02411628	SIV	ACDEFGV
Sandoz Rosuvastatin	02338726	SDZ	ACDEFGV
Taro-Rosuvastatin	02382644	SUN	ACDEFGV
Teva-Rosuvastatin	02354608	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 10 mg

Crestor	02247162	AZE	ACDEFGV
ACH-Rosuvastatin	02438925	AHI	ACDEFGV
Apo-Rosuvastatin	02337983	APX	ACDEFGV
Auro-Rosuvastatin	02442582	ARO	ACDEFGV
Jamp Rosuvastatin Calcium	02498340	JPC	ACDEFGV
M-Rosuvastatin	02496542	MRA	ACDEFGV
Mar-Rosuvastatin	02413078	MAR	ACDEFGV
Mint-Rosuvastatin	02397803	MNT	ACDEFGV
NRA-Rosuvastatin	02477491	NRA	ACDEFGV
pms-Rosuvastatin	02378531	PMS	ACDEFGV
PRZ-Rosuvastatin	02505584	PRZ	ACDEFGV
Rosuvastatin	02381184	PDL	ACDEFGV
Rosuvastatin	02405636	SAS	ACDEFGV
Rosuvastatin	02411636	SIV	ACDEFGV
Sandoz Rosuvastatin	02338734	SDZ	ACDEFGV
Taro-Rosuvastatin	02382652	SUN	ACDEFGV
Teva-Rosuvastatin	02354616	TEV	ACDEFGV

C10AA07 ROSUVASTATINE

Co. Orl 20 mg

Crestor	02247163	AZE	ACDEFGV
ACH-Rosuvastatin	02438933	AHI	ACDEFGV
Apo-Rosuvastatin	02337991	APX	ACDEFGV
Auro-Rosuvastatin	02442590	ARO	ACDEFGV
Jamp Rosuvastatin Calcium	02498359	JPC	ACDEFGV
M-Rosuvastatin	02496550	MRA	ACDEFGV
Mar-Rosuvastatin	02413086	MAR	ACDEFGV
Mint-Rosuvastatin	02397811	MNT	ACDEFGV
NRA-Rosuvastatin	02477505	NRA	ACDEFGV
pms-Rosuvastatin	02378558	PMS	ACDEFGV
PRZ-Rosuvastatin	02505592	PRZ	ACDEFGV
Rosuvastatin	02381192	PDL	ACDEFGV
Rosuvastatin	02405644	SAS	ACDEFGV
Rosuvastatin	02411644	SIV	ACDEFGV
Sandoz Rosuvastatin	02338742	SDZ	ACDEFGV
Taro-Rosuvastatin	02382660	SUN	ACDEFGV
Teva-Rosuvastatin	02354624	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 40 mg

Crestor	02247164	AZE	ACDEFGV
ACH-Rosuvastatin	02438941	AHI	ACDEFGV
Apo-Rosuvastatin	02338009	APX	ACDEFGV
Auro-Rosuvastatin	02442604	ARO	ACDEFGV
Jamp Rosuvastatin Calcium	02498367	JPC	ACDEFGV
M-Rosuvastatin	02496569	MRA	ACDEFGV
Mar-Rosuvastatin	02413108	MAR	ACDEFGV
Mint-Rosuvastatin	02397838	MNT	ACDEFGV
NRA-Rosuvastatin	02477513	NRA	ACDEFGV
pms-Rosuvastatin	02378566	PMS	ACDEFGV
PRZ-Rosuvastatin	02505606	PRZ	ACDEFGV
Rosuvastatin	02381206	PDL	ACDEFGV
Rosuvastatin	02405652	SAS	ACDEFGV
Rosuvastatin	02411652	SIV	ACDEFGV
Sandoz Rosuvastatin	02338750	SDZ	ACDEFGV
Taro-Rosuvastatin	02382679	SUN	ACDEFGV
Teva-Rosuvastatin	02354632	TEV	ACDEFGV

C10AB FIBRATES

C10AB04 GEMFIBROZIL

Co. Orl 600 mg

Teva-Gemfibrozil 02142074 TEV ACDEFGV

C10AB05 FÉNOFIBRATE

Caps	Orl	67 mg	AA-Feno Micro	02243180	AAP	ACDEFGV
Caps	Orl	200 mg	AA-Feno-Micro	02239864	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	48 mg	Lipidil EZ	02269074	BGP	ACDEFGV
			Sandoz Fenofibrate E	02390698	SDZ	ACDEFGV
Co.	Orl	100 mg	AA-Feno-Super	02246859	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	145 mg	Lipidil EZ	02269082	BGP	ACDEFGV
			Sandoz Fenofibrate E	02390701	SDZ	ACDEFGV
			Taro-Fenofibrate E	02454696	SUN	ACDEFGV
Co.	Orl	160 mg	Lipidil Supra	02241602	BGP	ACDEFGV
			AA-Feno-Super	02246860	AAP	ACDEFGV

C10AC SEQUESTRANTS DE L'ACIDE BILIAIRE**C10AC01 CHOLESTYRAMINE**

Pds.	Orl	4 g	Cholestyramine-Odan	02455609	ODN	ACDEFGV
			Jamp-Cholestyramine	02478595	JPC	ACDEFGV
			Olestyr	02210320	PMS	ACDEFGV

C10AC02 COLESTIPOL

Co.	Orl	1 mg	Colestid	02132680	PFI	ACDEFGV
Pds.	Orl	5 g	Colestid	00642975	PFI	ACDEFGV

C10AC04 COLÉSÉVÉLAM

Co.	Orl	625 mg	Lodalís	02373955	BSL	ACDEFGV
			Apo-Colesevelam	02494051	APX	ACDEFGV
			Colesevelam (Temporary Benefit) (Disc/non disp Jun 30/25)	09858334	GLM	ACDEFGV
Pds.	Orl	3,75 g	Lodalís (Disc/non disp Apr 30/25)	02432463	BSL	ACDEFGV

C10AX AUTRE AGENTS RÉDUISANT LES LIPIDES SÉRIQUES**C10AX06 TRIGLYCÉRIDES OMÉGA 3 INCLUANT AUTRES ESTERS ET ACIDES****ICOSAPENT ÉTHYL**

Caps	Orl	1 g	Vascepa	02495244	HLS	(SA)
------	-----	-----	---------	----------	-----	------

C10AX09 ÉZÉTIMIBE

C10AX09 ÉZÉTIMIBE

Co. Orl 10 mg

Ezetrol	02247521	ORG	ACDEFGV
ACH-Ezetimibe	02425610	AHI	ACDEFGV
Apo-Ezetimibe	02427826	APX	ACDEFGV
Auro-Ezetimibe	02469286	ARO	ACDEFGV
Ezetimibe	02422549	PDL	ACDEFGV
Ezetimibe	02431300	SAS	ACDEFGV
Ezetimibe	02429659	SIV	ACDEFGV
GLN-Ezetimibe	02460750	GLM	ACDEFGV
Jamp-Ezetimibe	02423235	JPC	ACDEFGV
M-Ezetimibe	02467437	MRA	ACDEFGV
Mar-Ezetimibe	02422662	MAR	ACDEFGV
Mint-Ezetimibe	02423243	MNT	ACDEFGV
NRA-Ezetimibe	02481669	NRA	ACDEFGV
pms-Ezetimibe	02416409	PMS	ACDEFGV
Sandoz Ezetimibe	02416778	SDZ	ACDEFGV
Taro-Ezetimibe	02419548	SUN	ACDEFGV
Teva-Ezetimibe	02354101	TEV	ACDEFGV

C10AX13 ÉVOLOCUMAB

Liq SC 140 mg/mL

Repatha (autoinjector) 02446057 AGA (SA)

C10AX14 ALIROCUMAB

Liq SC 75 mg/mL

Praluent (autoinjector) 02453819 SAV (SA)

Liq SC 150 mg/mL

Praluent (autoinjector) 02453835 SAV (SA)

Liq SC 300 mg / 2 mL

Praluent (autoinjector) 02547732 SAV (SA)

D DERMATOLOGIE**D01 ANTIFONGIQUES À USAGE DERMATOLOGIQUE****D01A ANTIFONGIQUES POUR USAGE TOPIQUE****D01AA ANTIBIOTIQUES**

D01AA01 NYSTATINE

Cr. Top 100 000 IU

Nyaderm 00716871 TAR ACDEFGV

D01AC DÉRIVÉS DE L'IMIDAZOLE ET TRIAZOLE

D01AC01 CLOTRIMAZOLE

Cr. Top 1%

Clotrimaderm 00812382 TAR ACDEFGV

D01AC02 MICONAZOLE

D01AC02	MICONAZOLE							
Cr.	Top	2%				Micatin	02085852	WLS ACDEFGV
						Monistat Derm	02126567	INP ACDEFGV
D01AC08	KÉTOCONAZOLE							
Cr.	Top	2%				Ketoderm	02245662	TPH ACDEFGV
D01AC20	IMIDAZOLES ET TRIAZOLES EN ASSOCIATION AVEC DES CORTICOSTÉROÏDES							
	CLOTRIMAZOLE / BÉTAMÉTHASONE							
Cr.	Top	1% / 0,05%				Lotriderm	00611174	ORG ACDEFGV
						Taro-Clotrimazole/Betamethasone Dipropionate	02496410	TAR ACDEFGV
D01AE	AUTRES ANTIFONGIQUES POUR USAGE TOPIQUE							
D01AE14	CICLOPIROX							
Cr.	Top	1%				Loprox	02221802	BSL ACDEFGV
Lot	Top	1%				Loprox	02221810	BSL ACDEFGV
D01AE15	TERBINAFINE							
Cr.	Top	1%				Lamisil	02031094	NVR ACDEFGV
VAP	Top	1%				Lamisil	02238703	NVR ACDEFGV
D01B	ANTIFONGIQUES, PREPARATIONS SYSTEMIQUES							
D01BA	ANTIFONGIQUES POUR USAGE SYSTEMIQUE							
D01BA02	TERBINAFINE							
Co.	Orl	250 mg				Lamisil	02031116	NVR ACDEFGV
						Act Terbinafine	02254727	TEV ACDEFGV
						Apo-Terbinafine	02239893	APX ACDEFGV
						Auro-Terbinafine	02320134	ARO ACDEFGV
						pms-Terbinafine	02294273	PMS ACDEFGV
						Terbinafine	02353121	SAS ACDEFGV
						Terbinafine	02385279	SIV ACDEFGV
D04	ANTIPRURIGINEUX, Y COMPRIS LES ANTIHISTAMINIQUES, ANESTHESIQUES, ETC.							
D04A	ANTIPRURIGINEUX, Y COMPRIS LES ANTIHISTAMINIQUES, ANESTHESIQUES, ETC.							
D04AB	ANESTHESIQUES POUR USAGE TOPIQUES							
D04AB01	LIDOCAÏNE							
Gel	Top	2%				Lidodan Jelly	02143879	ODN ACDEFGV
						Xylocaine Jelly	00001694	APN ACDEFGV
						Xylocaine Jelly	00385484	APN ACDEFGV

D04AB01	LIDOCAÏNE								
Ont	Top	5%	Xylocaine Ointment 5%	00001961	APN	ACDEFGV			
D05	TRAITEMENT DU PSORIASIS								
D05A	TRAITEMENT DU PSORIASIS, POUR USAGE TOPIQUE								
D05AA	GOUDRONS								
D05AA99	GOUDRONS								
Liq	Top	20%	Odans LCD	00358495	ODN	ACDEFGV			
D05AX	AUTRES TRAITEMENT DU PSORIASIS, POUR USAGE TOPIQUE								
D05AX02	CALCIPOTRIOL								
Ont	Top	50 mcg	Dovonex	01976133	LEO	ACDEFV			
D05AX05	TAZAROTÈNE								
	HALOBETASOL PROPIONATE / TAZAROTENE								
Lot	Top	0,01% / 0,045%	Duobrii	02499967	BSL	ACDEFGV			
Lot	Top	0,045%	Arazlo	02517868	BSL	ACDEFGV			
D05AX52	CALCIPOTRIOL, EN COMBINAISON								
	CALCIPOTRIOL / BÉTAMÉTHASONE								
Aér.	Top	50 mcg 0,5 mg	Enstilar	02457393	LEO	ACDEFGV			
Gel	Top	50 mcg / 0,5 mg	Dovobet	02319012	LEO	ACDEFGV			
			Taro-Calcipotriol/Betamethasone Gel	02525178	TAR	ACDEFGV			
Ont	Top	50 mcg / 0,5 mg	Dovobet	02244126	LEO	ACDEFGV			
			Teva-Betamethasone/Calcipotriol	02427419	TEV	ACDEFGV			
D05B	TRAITEMENT DU PSORIASIS, POUR USAGE SYSTÉMIQUE								
D05BB	RÉTINOÏDES POUR LE TRAITEMENT DU PSORIASIS								
D05BB02	ACITRÉTINE								
Caps	Orl	10 mg	Soriatane	02070847	ALL	ACDEFGV			
			Mint-Acitrelin	02468840	MNT	ACDEFGV			
			Taro-Acitrelin	02466074	TAR	ACDEFGV			
Caps	Orl	25 mg	Soriatane	02070863	ALL	ACDEFGV			
			Mint-Acitrelin	02468859	MNT	ACDEFGV			
			Taro-Acitrelin	02466082	TAR	ACDEFGV			
D06	ANTIBIOTIQUES ET AGENTS CHIMIOTHÉRAPEUTIQUES ET DERMATOLOGIQUES								
D06A	ANTIBIOTIQUES POUR USAGE TOPIQUE								

D06AX AUTRES ANTIBIOTIQUES POUR USAGE TOPIQUE**D06AX01 ACIDE FUSIDIQUE**

Cr.	Top	2%	Fucidin	00586668	LEO	ACDEFGV
			Taro-Fucidic Acid	02528096	TAR	ACDEFGV

Ont	Top	2%	Fucidin	00586676	LEO	ACDEFGV
-----	-----	----	---------	----------	-----	---------

D06AX09 MUPIROCINE

Ont	Top	2%	Taro-Mupirocin	02279983	TAR	ACDEFGV
-----	-----	----	----------------	----------	-----	---------

D06B AGENTS CHIMIOTHÉRAPEUTIQUES POUR USAGE TOPIQUE**D06BA SULFONAMIDES****D06BA01 SULFADIAZINE D'ARGENT**

Cr.	Top	1%	Flamazine	00323098	SNE	ACDEFGVW
-----	-----	----	-----------	----------	-----	----------

D06BB ANTIVIRAUX**D06BB10 IMIQUIMOD**

Cr.	Top	5%	Aldara P	02239505	BSL	(SA)
-----	-----	----	----------	----------	-----	------

Taro-Imiquimod Pump	02482983	TAR	(SA)
---------------------	----------	-----	------

D06BX AUTRES AGENTS DE CHIMOTHÉRAPIE**D06BX01 MÉTRONIDAZOLE**

Cr.	Top	1%	Noritate	02156091	BSL	ACDEFGV
-----	-----	----	----------	----------	-----	---------

Gel	Top	1%	Metrogel	02297809	GAC	ACDEFGV
-----	-----	----	----------	----------	-----	---------

D07 CORTICOSTÉROÏDES, PRÉPARATIONS DERMATOLOGIQUES**D07A CORTICOSTÉROÏDES, ORDINAIRES****D07AA CORTICOSTÉROÏDES, FAIBLES (GROUPE I)****D07AA02 HYDROCORTISONE****ACÉTATE D'HYDROCORTISONE**

Cr.	Top	0,5%	Cortate	80021088	WLS	AEFGV
-----	-----	------	---------	----------	-----	-------

Hydrosone	00564281	TEV	AEFGV
-----------	----------	-----	-------

Cr.	Top	1%	Hyderm	00716839	TAR	ACDEFGV
-----	-----	----	--------	----------	-----	---------

Jamp-Hydrocortisone	80057189	JPC	ACDEFGV
---------------------	----------	-----	---------

Jamp-Hydrocortisone Acetate	80057178	JPC	ACDEFGV
-----------------------------	----------	-----	---------

Sandoz Hydrocortisone	02412926	SDZ	ACDEFGV
-----------------------	----------	-----	---------

Lot	Top	1%	Jamp-Hydrocortisone	80057191	JPC	ACDEFGV
-----	-----	----	---------------------	----------	-----	---------

Ont	Top	1%	Cortoderm	00716693	TAR	ACDEFGV
-----	-----	----	-----------	----------	-----	---------

D07AA02 HYDROCORTISONE
HYDROCORTISONE/D'URÉE

Cr.	Top	1%	Dermaflex HC	00681989	EDO	ACDEFGV
			Jamp-Hydrocortisone Acetate-Urea	80061501	JPC	ACDEFGV
			M-HC 1% Urea 10%	80073645	MRA	ACDEFGV

Lot	Top	1%	Dermaflex HC	00681997	EDO	ACDEFGV
-----	-----	----	--------------	----------	-----	---------

VALÉRATE D'HYDROCORTISONE

Cr.	Top	0,2%	Hydroval	02242984	TPH	ACDEFGV
-----	-----	------	----------	----------	-----	---------

Ont	Top	0,2%	Hydroval	02242985	TPH	ACDEFGV
-----	-----	------	----------	----------	-----	---------

D07AB CORTICOSTÉROÏDES, MOYENNEMENT PUISSANT (GROUPE II)

D07AB01 CLOBÉTASONE

Cr.	Top	0,05%	Spectro Eczemacare	02214415	GCH	AEFGV
-----	-----	-------	--------------------	----------	-----	-------

D07AB08 DÉSONIDE

Cr.	Top	0,05%	pdp-Desonide	02229315	PDP	ACDEFGV
-----	-----	-------	--------------	----------	-----	---------

Ont	Top	0,05%	pdp-Desonide	02229323	PDP	ACDEFGV
-----	-----	-------	--------------	----------	-----	---------

D07AB09 TRIAMCINOLONE

Cr.	Top	0,1%	Aristocort R	02194058	BSL	ACDEFGV
-----	-----	------	--------------	----------	-----	---------

Cr.	Top	0,5%	Aristocort C	02194066	BSL	ACDEFGV
-----	-----	------	--------------	----------	-----	---------

Ont	Top	0,1%	Aristocort R	02194031	BSL	ACDEFGV
-----	-----	------	--------------	----------	-----	---------

D07AC CORTICOSTÉROÏDES, PUISSANT (GROUPE III)

D07AC01 BÉTAMÉTHASONE

DIPROPIONATE DE BÉTAMÉTHASONE

Cr.	Top	0,05%	Diprosone	00323071	ORG	ACDEFGV
-----	-----	-------	-----------	----------	-----	---------

			Teva-Topilene	00849650	TEV	ACDEFGV
--	--	--	---------------	----------	-----	---------

			Teva-Topisone	00804991	TEV	ACDEFGV
--	--	--	---------------	----------	-----	---------

Lot	Top	0,05%	Diprosone	00417246	ORG	ACDEFGV
-----	-----	-------	-----------	----------	-----	---------

			Teva-Topilene	01927914	TEV	ACDEFGV
--	--	--	---------------	----------	-----	---------

			Teva-Topisone	00809187	TEV	ACDEFGV
--	--	--	---------------	----------	-----	---------

D07AC01	BÉTAMÉTHASONE						
	DIPROPIONATE DE BÉTAMÉTHASONE						
Ont	Top	0,05%	Diprolene Glycol	00629367	ORG	ACDEFGV	
			Diprosone	00344923	ORG	ACDEFGV	
			Teva-Topilene Glycol	00849669	TEV	ACDEFGV	
			Teva-Topisone	00805009	TEV	ACDEFGV	
	VALÉRATE DE BÉTAMÉTHASONE						
Cr.	Top	0,05%	Celestoderm V/2	02357860	BSL	ACDEFGV	
			Betaderm	00716618	TAR	ACDEFGV	
			Teva-Ectosone Mild	00535427	TEV	ACDEFGV	
Cr.	Top	0,1%	Betaderm	00716626	TAR	ACDEFGV	
			Teva-Ectosone	00535435	TEV	ACDEFGV	
Lot	Top	0,05%	Teva-Ectosone Mild	00653209	TEV	ACDEFGV	
Lot	Top	0,1%	Betaderm	00716634	TAR	ACDEFGV	
			Teva-Ectosone	00750050	TEV	ACDEFGV	
			Teva-Ectosone Scalp	00653217	TEV	ACDEFGV	
Ont	Top	0,05%	Celestoderm V/2	02357879	BSL	ACDEFGV	
			Betaderm	00716642	TAR	ACDEFGV	
Ont	Top	0,1%	Celestoderm V	02357852	BSL	ACDEFGV	
			Betaderm	00716650	TAR	ACDEFGV	
D07AC03	DÉSOXIMÉTASONE						
Cr.	Top	0,05%	Topicort Mild	02221918	BSL	ACDEFGV	
Cr.	Top	0,25%	Topicort	02221896	BSL	ACDEFGV	
Gel	Top	0,05%	Topicort	02221926	BSL	ACDEFGV	
Ont	Top	0,25%	Topicort	02221934	BSL	ACDEFGV	
D07AC04	FLUOCINOLONE						
Liq	Top	0,01%	Derma-Smoothe	00873292	HLZ	ACDEFGV	
D07AC08	FLUOCINONIDE						

D07AC08 FLUOCINONIDE

Cr. Top 0,05%

Lidemol 02163152 BSL ACDEFGV

Lidex 02161923 BSL ACDEFGV

Lyderm 00716863 TPH ACDEFGV

Gel Top 0,05%

Lidex Gel 02161974 BSL ACDEFGV

Lyderm 02236997 TPH ACDEFGV

Ont Top 0,05%

Lidex 02161966 BSL ACDEFGV

Lyderm 02236996 TPH ACDEFGV

D07AC11 AMCINONIDE

Cr. Top 0,1%

Taro-Amcinonide 02246714 TAR ACDEFGV

D07AC13 MOMÉTASONE

Cr. Top 0,1%

Elocom 00851744 ORG ACDEFGV

Taro-Mometasone 02367157 TAR ACDEFGV

Lot Top 0,1%

Elocom 00871095 ORG ACDEFGV

Taro-Mometasone 02266385 TAR ACDEFGV

Ont Top 0,1%

Elocom 00851736 ORG ACDEFGV

Teva-Mometasone 02248130 TEV ACDEFGV

D07AC21 ULOBETASOL
HALOBÉTASOL

Lot Top 0,01%

Bryhali 02506262 BSL ACDEFGV

D07AD CORTICOSTÉROÏDES, TRÈS PUISSANT (GROUPE IV)

D07AD01 CLOBÉTASOL

Cr. Top 0,05%

Dermovate 02213265 TPH ACDEFGV

Mylan-Clobetasol 02024187 MYL ACDEFGV

ratio-Clobetasol 01910272 TEV ACDEFGV

Taro-Clobetasol Cream 02245523 TAR ACDEFGV

Lot Top 0,05%

Dermovate 02213281 TPH ACDEFGV

Mylan-Clobetasol Propionate 02216213 MYL ACDEFGV

ratio-Clobetasol 01910299 TEV ACDEFGV

Taro-Clobetasol Topical Sol'n 02245522 TAR ACDEFGV

D07AD01	CLOBÉTASOL							
Ont	Top	0,05%		Dermovate	02213273	TPH	ACDEFGV	
				Mylan-Clobetasol	02026767	MYL	ACDEFGV	
				ratio-Clobetasol	01910280	TEV	ACDEFGV	
				Taro-Clobetasol Ointment	02245524	TAR	ACDEFGV	
D07C	CORTICOSTÉROÏDES, EN COMBINAISON AVEC DES ANTIBIOTIQUES							
D07CA	CORTICOSTÉROÏDES, FAIBLES, EN COMBINAISON AVEC DES ANTIBIOTIQUES							
D07CA01	HYDROCORTISONE ET ANTIBIOTIQUES							
	HYDROCORTISONE / ACIDE FUSIDIQUE							
Cr.	Top	1% / 2%		Fucidin H	02238578	LEO	ACDEFGV	
	HYDROCORTISONE / CLIOQUINOL							
Cr.	Top	1% / 3%		Vioform HC	00074500	PAL	ACDEFGV	
D07CB	CORTICOSTÉROÏDES, MOYENNEMENT PUISSANTS, EN COMBINAISON AVEC DES ANTIBIOTIQUES							
D07CB01	TRIAMCINOLONE ET ANTIBIOTIQUES							
	TRIAMCINOLONE / NÉOMYCINE / NYSTATINE / GRAMICIDINE							
Cr.	Top	1 mg / 2,5 mg / 100 000 IU / 0,25 mg		Viaderm K-C	00717002	TAR	ACDEFGV	
Ont	Top	1 mg / 2,5 mg / 100 000 IU / 0,25 mg		Viaderm K-C	00717029	TAR	ACDEFGV	
D07CB05	FLUMETASONE ET ANTIBIOTIQUES							
	FLUMÉTASONE / CLIOQUINOL							
Cr.	Top	0,02% / 3%		Locacorten-Vioform	00074462	PAL	ACDEFGV	
D07CC	CORTICOSTÉROÏDES, PUISSANT, EN COMBINAISON AVEC DES ANTIBIOTIQUES							
D07CC01	BÉTAMETHASONE ET ANTIBIOTIQUES							
	BÉTAMETHASONE / GENTAMICINE							
Cr.	Top	0,1% / 0,1%		Valisone G	00177016	BSL	ACDEFGV	
D07X	CORTICOSTÉROÏDES, AUTRES COMBINAISONS							
D07XA	CORTICOSTÉROÏDES, FAIBLES, AUTRES COMBINAISONS							
D07XA01	HYDROCORTISONE							
	HYDROCORTISONE / PRAMOXINE							
Cr.	Top	1% / 1%		Pramox HC	00770957	DPT	ACDEFGV	
D07XC	CORTICOSTÉROÏDES, PUISSANTS, AUTRES COMBINAISONS							
D07XC01	BÉTAMÉTHASONE							
	BÉTAMÉTHASONE / ACIDE SALICYLIQUE							
Lot	Top	0,5 mg / 20 mg		ratio-Topisallic	02245688	TEV	ACDEFGV	

D07XC01	BÉTAMÉTHASONE						
	BÉTAMÉTHASONE / ACIDE SALICYLIQUE						
Ont	Top	0,5 mg / 30 mg		Diprosalic	00578436	ORG	ACDEFGV
D10	PRÉPARATIONS CONTRE L'ACNÉ						
D10A	PRÉPARATIONS TOPIQUES CONTRE L'ACNÉ						
D10AD	RÉTINOÏDES POUR USAGE TOPIQUE CONTRE L'ACNÉ						
D10AD01	TRÉTINOÏNE						
Cr.	Top	0,05%		Retin-A	00443794	BSL	CDEFG
Gel	Top	0,01%		Vitamin A Acid	01926462	BSL	CDEFG
Gel	Top	0,025%		Retin-A	00443816	BSL	CDEFG
				Vitamin A Acid (Disc/non disp Apr 30/25)	01926470	BSL	CDEFG
Gel	Top	0,05%		Vitamin A Acid (Disc/non disp Apr 30/25)	01926489	BSL	CDEFG
D10AF	ANTI-INFECTIEUX POUR LE TRAITEMENT DE L'ACNÉE						
D10AF01	CLINDAMYCINE						
Liq	Top	1%		Taro-Clindamycin	02266938	TAR	ACDEFGV
D10AX	AUTRES PRÉPARATIONS CONTRE L'ACNÉ POUR USAGE TOPIQUE						
D10AX03	ACIDE AZÉLAÏQUE						
Gel	Top	15%		Finacea	02270811	LEO	ACDEFGV
D10B	PRÉPARATIONS CONTRE L'ACNÉ POUR USAGE SYSTÉMIQUE						
D10BA	RÉTINOÏDES POUR LE TRAITEMENT DE L'ACNÉ						
D10BA01	ISOTRÉTINOÏNE						
Caps	Orl	10 mg		Accutane Roche	00582344	HLR	ACDEFGV
				Epuris	02396971	CIP	ACDEFGV
				Clarus	02257955	MYL	ACDEFGV
Caps	Orl	20 mg		Epuris	02396998	CIP	ACDEFGV
Caps	Orl	30 mg		Epuris	02397005	CIP	ACDEFGV
Caps	Orl	40 mg		Accutane Roche	00582352	HLR	ACDEFGV
				Epuris	02397013	CIP	ACDEFGV
				Clarus	02257963	MYL	ACDEFGV
D11	AUTRES PRÉPARATIONS DERMATOLOGIQUES						
D11A	AUTRES PRÉPARATIONS DERMATOLOGIQUES						

D11AH AUTRES PREPARATIONS DERMATOLOGIQUES**D11AH01 TACROLIMUS**

Ont Top 0,03% Protopic 02244149 LEO (SA)

Ont Top 0,1% Protopic 02244148 LEO (SA)

D11AH05 DUPILUMAB

Liq SC 200 mg / 1,14 mL Dupixent (autoinjector) 02524252 SAV (SA)

Dupixent (prefilled syringe) 02492504 SAV (SA)

Liq SC 300 mg / 2 mL Dupixent (autoinjector) 02510049 SAV (SA)

Dupixent (prefilled syringe) 02470365 SAV (SA)

D11AH08 ABROCITINIB

Co. Orl 50 mg Cibinqo 02528363 PFI (SA)

Co. Orl 100 mg Cibinqo 02528371 PFI (SA)

Co. Orl 200 mg Cibinqo 02528398 PFI (SA)

G SYSTÈME GÉNITO-URINAIRE ET HORMONES SEXUELLES**G01 ANTI-INFECTIEUX ET ANTISEPTIQUES GYNÉCOLOGIQUES****G01A ANTI-INFECTIEUX ET ANTISEPTIQUES, SAUF LES ASSOCIATIONS AVEC DES CORTICOSTÉROÏDES****G01AA ANTIBIOTIQUES****G01AA01 NYSTATINE**

Cr. Vag 25 000 IU Nyaderm 00716901 TAR ACDEFGV

G01AA10 CLINDAMYCINE

Cr. Vag 20 mg/g Dalacin Vaginal Cream 02060604 PAL ACDEFGV

G01AF DÉRIVÉS DE L'IMIDAZOLE**G01AF01 MÉTRONIDAZOLE**

Cr. Vag 10% Flagyl (Disc/non disp Nov 26/25) 01926861 SAV ACDEFGV

Gel Vag 0,75% Nidagel 02125226 BSL ACDEFGV

G01AF02 CLOTRIMAZOLE

Cr. Vag 1% Canesten 02150891 BAY ACDEFGV

Cr. Vag 2% Canesten 3 02150905 BAY ACDEFGV

G01AF02	CLOTRIMAZOLE							
Cr.	Vag	500 mg/1%		Canesten 1 Comfortab	02264102	BAY	ACDEFGV	
				Canesten 3 Comfortab Combi-Pak	02264099	BAY	ACDEFGV	
G01AF04	MICONAZOLE							
Cr.	Vag	1 200 mg / 2%		Monistat 3 Dual Pak	02126249	INP	ACDEFGV	
Supp.	Vag	400 mg		Monistat-3	02126605	INP	ACDEFGV	
G01AG	DÉRIVÉS DU TRIAZOLE							
G01AG02	TERCONAZOLE							
Cr.	Vag	0,4%		Taro-Terconazole	02247651	TAR	ACDEFGV	
G02	AUTRES AGENTS GYNÉCOLOGIQUES							
G02B	CONTRACEPTIFS TOPIQUES							
G02BA	CONTRACEPTIFS INTRA-UTÉRINS							
G02BA03	DIU EN PLASTIQUE AVEC LA PROGESTÉRONNE LÉVONORGESTREL							
Ins	Vag	19,5 mg		Kyleena	02459523	BAY	CDEFGV	
Ins	Vag	52 mg		Mirena	02243005	BAY	ACDEFGV	
G02BB	CONTRACEPTIFS INTRAVAGINAUX							
G02BB01	ANNEAU VAGINAL AVEC PROGESTOGÈNE ET OESTROGÈNE ÉTHINYLOESTRADIOL / ÉTONOGESTREL							
Ins	Vag	2,6 mg / 11,4 mg		NuvaRing	02253186	ORG	CDEFG	
				Haloette	02520028	SLP	CDEFG	
G02C	AUTRES AGENTS GYNÉCOLOGIQUES							
G02CB	INHIBITEURS DE LA PROLACTINE							
G02CB01	BROMOCRIPTINE							
Caps	Orl	5 mg		Bromocriptine	02230454	AAP	ACDEFGV	
Co.	Orl	2,5 mg		Bromocriptine	02087324	AAP	ACDEFGV	
G02CB03	CABERGOLINE							
Co.	Orl	0,5 mg		Dostinex	02242471	PAL	ACDEFGV	
				Apo-Cabergoline	02455897	APX	ACDEFGV	
G03	HORMONES SEXUELLES ET MODULATEURS DE L'APPAREIL GÉNITAL							
G03A	CONTRACEPTIFS HORMONAUX, SYSTÉMIQUES							
G03AA	PROGESTOGÈNES ET OESTROGÈNES, COMBINAISONS FIXES							

G03AA05		NORÉTHISTERONE (NORÉTHINDRONE) ET ÉTHINYLOESTRADIOL			
Co.	Orl	0,5 mg / 0,035 mg	Brevicon (21)	02187086	PFI CDEFGV
			Brevicon (28)	02187094	PFI CDEFGV
Co.	Orl	1 mg / 0,035 mg	Brevicon 1/35 (21)	02189054	PFI CDEFGV
			Brevicon 1/35 (28)	02189062	PFI CDEFGV
			Select 1/35 (21)	02197502	PFI CDEFGV
			Select 1/35 (28)	02199297	PFI CDEFGV
G03AA07		LÉVONORGESTREL ET ÉTHINYLOESTRADIOL			
Co.	Orl	0,1 mg / 0,02 mg	Alesse (21)	02236974	PFI CDEFGV
			Alesse (28)	02236975	PFI CDEFGV
			Alysena (21)	02387875	APX CDEFGV
			Alysena (28)	02387883	APX CDEFGV
			Audrina (21)	02532174	JPC CDEFGV
			Audrina (28)	02532182	JPC CDEFGV
			Aviane (21)	02298538	TEV CDEFGV
			Aviane (28)	02298546	TEV CDEFGV
Co.	Orl	0,15 mg / 0,03 mg	Min-Ovral (21)	02042320	PFI CDEFGV
			Min-Ovral (28)	02042339	PFI CDEFGV
			Ovima (21)	02387085	APX CDEFGV
			Ovima (28)	02387093	APX CDEFGV
			Portia (21)	02295946	TEV CDEFGV
			Portia (28)	02295954	TEV CDEFGV
G03AA09		DÉSOGESTREL ET ÉTHINYLOESTRADIOL			
Co.	Orl	0,1 mg, 0,125 mg, 0,15 mg / 0,025 mg	Linessa (21)	02272903	APN CDEFGV
			Linessa (28)	02257238	APN CDEFGV
Co.	Orl	0,15 mg / 0,03 mg	Marvelon (21)	02042487	ORG CDEFGV
			Marvelon (28)	02042479	ORG CDEFGV
			Apri (21)	02317192	TEV CDEFGV
			Apri (28)	02317206	TEV CDEFGV
			Freya (21)	02396491	MYL CDEFGV
			Freya (28)	02396610	MYL CDEFGV
			Mirvala (21)	02410249	APX CDEFGV
			Mirvala (28)	02410257	APX CDEFGV
G03AA12		DROSPIRÉNONE ET ÉTHINYLOESTRADIOL			

G03AA12 DROSPIRÉNONE ET ÉTHINYLOESTRADIOL

Co.	Orl	3 mg / 0,02 mg	Yaz	02321157	BAY	CDEFGV
			Drospirenone and Ethinyl Estradiol	02462060	GLM	CDEFGV
			Mya	02415380	APX	CDEFGV
Co.	Orl	3 mg / 0,03 mg	Yasmin (21)	02261723	BAY	CDEFGV
			Yasmin (28)	02261731	BAY	CDEFGV
			Drospirenone and Ethinyl Estradiol-21	02421437	GLM	CDEFGV
			Drospirenone and Ethinyl Estradiol-28	02421445	GLM	CDEFGV
			Zamine (21)	02410788	APX	CDEFGV
			Zamine (28)	02410796	APX	CDEFGV

G03AB PROGESTOGÈNES ET OESTROGÈNES, PRÉPARATION SÉQUENTIELLE**G03AB03 LÉVONORGESTREL ET ÉTHINYLOESTRADIOL**

Co.	Orl	0,05 mg / 0,03 mg, 0,075 mg / 0,04 mg, 0,125 mg / 0,03 mg	Triquilar (21)	00707600	BAY	CDEFGV
			Triquilar (28)	00707503	BAY	CDEFGV

G03AB04 NORÉTHISTERONE (NORÉTHINDRONE) ET ÉTHINYLOESTRADIOL

Co.	Orl	0,5 mg / 0,035 mg, 1 mg / 0,035 mg	Synphasic (21)	02187108	PFI	CDEFGV
			Synphasic (28)	02187116	PFI	CDEFGV

G03AB09 NORGÉSTIMATE ET ÉTHINYLOESTRADIOL

Co.	Orl	0,18 mg, 0,215 mg, 0,25 mg / 0,035 mg	Tri-Cira (21)	02508087	APX	CDEFGV
			Tri-Cira (28)	02508095	APX	CDEFGV
			Tri-Jordyna (21)	02486296	GLM	CDEFGV
			Tri-Jordyna (28)	02486318	GLM	CDEFGV
Co.	Orl	0,215 mg, 0,18 mg, 0,025 mg / 0,025 mg	Tricira LO (21)	02401967	APX	CDEFGV
			Tricira LO (28)	02401975	APX	CDEFGV

G03AC PROGESTOGÈNES**G03AC01 NORÉTHISTERONE (NORÉTHINDRONE)**

Co.	Orl	0,35 mg	Jencycla (28)	02441306	LUP	CDEFGV
			Movisse (28)	02410303	MYL	CDEFGV

G03AC06 MÉDROXYPROGESTÉRONNE

Susp	Inj	150 mg/mL	Depo-Provera	02523493	PFI	CDEFGV
------	-----	-----------	--------------	----------	-----	--------

G03AC08 ÉTONOGESTREL

Imp	SC	68 mg	Nexplanon	02499509	ORG	CDEFGV
-----	----	-------	-----------	----------	-----	--------

G03AC10 DROSPIRÉNONE

G03AC10 DROSPIRÉNONE

Co. Orl 4 mg

Slynd 02522802 DUI CDEFGV

G03AD CONTRACEPTIFS D'URGENCE

G03AD01 LÉVONORGESTREL

Co. Orl 1,5 mg

Plan B 02293854 PAL CDEFGV

Backup Plan Onestep 02433532 APX CDEFGV

Contingency One 02425009 MYL CDEFGV

G03B ANDROGÈNES

G03BA DÉRIVÉS DU 3-OXOANDROSTÈNE (4)

G03BA03 TESTOSTÉRONE

TESTOSTÉRONE

Gel Top 2,5 g

AndroGel Packets 02245345 BGP (SA)

Taro-Testosterone Gel 02463792 TAR (SA)

Gel Top 5 g

AndroGel Packets 02245346 BGP (SA)

Testim 02280248 PAL (SA)

Taro-Testosterone Gel 02463806 TAR (SA)

Liq IM 100 mg/mL

Depo-Testosterone 00030783 PFI ACDEFGV

Taro-Testosterone 02496003 TAR ACDEFGV

Liq Inj 200 mg/mL

Delatestryl (Disc/non disp Apr 30/25) 00029246 BSL ACDEFGV

UNDÉCANOATE DE TESTOSTÉRONE

Caps Orl 40 mg

pms-Testosterone 02322498 PMS (SA)

Taro-Testosterone 02421186 TAR (SA)

G03C OESTROGÈNES

G03CA OESTROGÈNES NATURELS ET SEMI-SYNTHÉTIQUES, ORDINAIRES

G03CA03 ESTRADIOL

Co. Orl 0,5 mg

Estrace 02225190 PMS ACDEFGV

Lupin-Estradiol 02449048 LUP ACDEFGV

Co. Orl 1 mg

Estrace 02148587 PMS ACDEFGV

Lupin-Estradiol 02449056 LUP ACDEFGV

Co. Orl 2 mg

Estrace 02148595 PMS ACDEFGV

Lupin-Estradiol 02449064 LUP ACDEFGV

Co. Vag 10 mcg

Vagifem 10 02325462 NNO ACDEFGV

G03CA03	ESTRADIOL						
Gel	Trd	0,06%	Estrogel	02238704	ORG	ACDEFGV	
Gel	Trd	0,25 mg	Divigel	02424924	SLP	ACDEFGV	
Gel	Trd	0,5 mg	Divigel	02424835	SLP	ACDEFGV	
Gel	Trd	1 mg	Divigel	02424843	SLP	ACDEFGV	
Ins	Vag	2 mg	Estring	02168898	PAL	ACDEFGV	
Ins	Vag	4 mcg	Imvexxy	02503689	KNI	ACDEFV	
Ins	Vag	10 mcg	Imvexxy	02503697	KNI	ACDEFV	
Pth	Trd	25 mcg	Climara 25	02247499	BAY	ACDEFGV	
			Estradot	02245676	SDZ	ACDEFGV	
Pth	Trd	37,5 mcg	Estradot	02243999	SDZ	ACDEFGV	
Pth	Trd	50 mcg	Climara 50	02231509	BAY	ACDEFGV	
			Estradot	02244000	SDZ	ACDEFGV	
			Sandoz Estradiol Derm Srd	02246967	SDZ	ACDEFGV	
Pth	Trd	75 mcg	Climara 75	02247500	BAY	ACDEFGV	
			Estradot	02244001	SDZ	ACDEFGV	
			Sandoz Estradiol Derm Srd	02246968	SDZ	ACDEFGV	
Pth	Trd	100 mcg	Estradot	02244002	SDZ	ACDEFGV	
			Sandoz Estradiol Derm Srd	02246969	SDZ	ACDEFGV	
G03CA07	ESTRONE						
Cr.	Vag	1 mg	Estragyn	00727369	SLP	ACDEFGV	
G03CA57	OESTROGÈNES CONJUGUÉS						
Co.	Orl	0,3 mg	Premarin	02414678	PFI	ACDEFGV	
Co.	Orl	0,625 mg	Premarin	02414686	PFI	ACDEFGV	
Co.	Orl	1,25 mg	Premarin	02414694	PFI	ACDEFGV	
Cr.	Vag	0,625 mg	Premarin	02043440	PFI	ACDEFGV	

G03D PROGESTOGÈNES**G03DA DÉRIVÉS DU PREGNEN (4)**

G03DA02 MÉDROXYPROGESTÉRONNE

Co. Orl 2,5 mg Provera 00708917 PFI ACDEFGV

AA-Medroxy 02244726 AAP ACDEFGV

Teva-Medroxyprogesterone 02221284 TEV ACDEFGV

Co. Orl 5 mg Provera 00030937 PFI ACDEFGV

AA-Medroxy 02244727 AAP ACDEFGV

Teva-Medroxyprogesterone 02221292 TEV ACDEFGV

Co. Orl 10 mg Provera 00729973 PFI ACDEFGV

AA-Medroxy 02277298 AAP ACDEFGV

Teva-Medroxyprogesterone 02221306 TEV ACDEFGV

Co. Orl 100 mg AA-Medroxy 02267640 AAP ACDEFGV

G03DA04 PROGESTÉRONNE

Caps Orl 100 mg Prometrium 02166704 ORG ACDEFGV

Auro-Progesterone 02493578 ARO ACDEFGV

pms-Progesterone 02476576 PMS ACDEFGV

Progesterone 02516187 SAS ACDEFGV

Reddy-Progesterone 02463113 RCH ACDEFGV

Teva-Progesterone 02439913 TEV ACDEFGV

G03DB DÉRIVATIFS DE LA PREGNADIENE

G03DB08 DIÉNOGEST

Co. Orl 2 mg Visanne 02374900 BAY (SA)

Aspen-Dienogest 02493055 APN (SA)

Jamp Dienogest 02498189 JPC (SA)

M-Dienogest 02543613 MRA (SA)

G03DC DÉRIVATIFS DE L'ESTRÈNE

G03DC02 NORÉTHISTERONE (NORÉTHINDRONE)

Co. Orl 5 mg Norlutate 00023760 SLP (SA)

G03F PROGESTATIFS ET OESTROGÈNES EN COMBINAISONS**G03FA PROGESTATIFS ET OESTROGÈNES FIXÉ DES COMBINAISONS**

G03FA01 NORÉTHISTERONE (NORÉTHINDRONE) ET ESTRADIOL

Pth Trd 140 mcg / 50 mcg Estalis 02241835 SDZ ACDEFGV

G03FA01	NORÉTHISTERONE (NORÉTHINDRONE) ET ESTRADIOL								
Pth	Trd	250 mcg / 50 mcg			Estalis	02241837	SDZ	ACDEFGV	
G03FA04	PROGESTERONE ET ESTROGEN								
Caps	Orl	1 mg / 100 mg			Bijuva	02505223	KNI	ACDEFV	
G03H	ANTIANDROGÈNES								
G03HA	ANTIANDROGÈNES, ORDINAIRES								
G03HA01	CYPROTÉRONE								
Co.	Orl	50 mg			Androcur	00704431	PMS	ACDEFV	
					Med-Cyproterone	02390760	GMP	ACDEFV	
G03HB	ANTIANDROGENES ET OESTROGENES								
G03HB01	CYPROTÉRONE ET OESTROGÈNE								
Co.	Orl	2 mg / 0,035 mg			Diane-35	02233542	BAY	CDEFGV	
					Cléo-35	02436736	ATS	CDEFGV	
					Cyestra-35	02290308	PAL	CDEFGV	
					Taro-Cyproterone/Ethinyl Estradiol	02425017	SUN	CDEFGV	
					Teva-Cyproterone/Ethinyl Estradiol	02309556	TEV	CDEFGV	
G03X	AUTRES HORMONES SEXUELLES ET MODULATEURS DE L'APPAREIL GÉNITAL								
G03XA	ANTIGONADOTROPHINES ET AGENTS SIMILAIRES								
G03XA01	DANAZOL								
Caps	Orl	50 mg			Cyclomen	02018144	SAV	ACDEFV	
Caps	Orl	100 mg			Cyclomen	02018152	SAV	ACDEFV	
Caps	Orl	200 mg			Cyclomen	02018160	SAV	ACDEFV	
G03XB	MODULATEURS DES RÉCEPTEURS DE LA PROGESTÉRONE								
G03XB51	MIFÉPRISTONE, EN COMBINASON MIFÉPRISTONE / MISOPROSTOL								
Co.	Orl	200 mg / 200 mcg			Mifegymiso	02444038	LIN	CJ	
G03XC	AUTRES HORMONES SEXUELS								
G03XC01	RALOXIFÈNE								
Co.	Orl	60 mg			Evista	02239028	LIL	ACDEFV	
					Act Raloxifene	02358840	TEV	ACDEFV	
					Apo-Raloxifene	02279215	APX	ACDEFV	
					Jamp Raloxifene	02540681	JPC	ACDEFV	
G04	MÉDICAMENTS UROLOGIQUES								

G04B MÉDICAMENTS UROLOGIQUES**G04BD MÉDICAMENTS POUR LA FRÉQUENCE URINAIRE ET INCONTINENCE**

G04BD04 OXYBUTYNINE

Co. Orl 5 mg

Apo-Oxybutynin 02163543 APX ACDEFGV

Novo-Oxybutynin 02230394 TEV ACDEFGV

Oxybutynin 02350238 SAS ACDEFGV

pms-Oxybutynin 02240550 PMS ACDEFGV

Sir. Orl 1 mg

pms-Oxybutynin 02223376 PMS ACDEFGV

G04BD06 PROPIVÉRINE

Co. Orl 5 mg

Mictoryl Pediatric 02460289 DUI (SA)

G04BD07 TOLTÉRODINE

Caps.L.P. Orl 2 mg

Detrol LA 02244612 BGP ACDEFGV

Sandoz Tolterodine LA 02413140 SDZ ACDEFGV

Teva-Tolterodine LA 02412195 TEV ACDEFGV

Caps.L.P. Orl 4 mg

Detrol LA 02244613 BGP ACDEFGV

Sandoz Tolterodine LA 02413159 SDZ ACDEFGV

Teva-Tolterodine LA 02412209 TEV ACDEFGV

Co. Orl 1 mg

Detrol 02239064 BGP ACDEFGV

Jamp Tolterodine 02496836 JPC ACDEFGV

Mint-Tolterodine 02423308 MNT ACDEFGV

Teva-Tolterodine 02299593 TEV ACDEFGV

Co. Orl 2 mg

Detrol 02239065 BGP ACDEFGV

Jamp Tolterodine 02496844 JPC ACDEFGV

Mint-Tolterodine 02423316 MNT ACDEFGV

Teva-Tolterodine 02299607 TEV ACDEFGV

G04BD08 SOLIFÉNACINE

G04BD08 SOLIFÉNACINE

Co. Orl 5 mg

Vesicare	02277263	ASL	ACDEFGV
ACH-Solifenacin Succinate	02439344	AHI	ACDEFGV
Auro-Solifenacin	02446375	ARO	ACDEFGV
Jamp Solifenacin Succinate	02428911	JPC	ACDEFGV
Jamp-Solifenacin	02424339	JPC	ACDEFGV
M-Solifenacin Succinate	02529696	MRA	ACDEFGV
pms-Solifenacin	02417723	PMS	ACDEFGV
PRZ-Solifenacin	02493039	PRZ	ACDEFGV
Sandoz Solifenacin	02399032	SDZ	ACDEFGV
Solifenacin	02458241	SAS	ACDEFGV
Taro-Solifenacin	02437988	SUN	ACDEFGV
Teva-Solifenacin	02397900	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 10 mg

Vesicare	02277271	ASL	ACDEFGV
ACH-Solifenacin Succinate	02439352	AHI	ACDEFGV
Auro-Solifenacin	02446383	ARO	ACDEFGV
Jamp Solifenacin Succinate	02428938	JPC	ACDEFGV
Jamp-Solifenacin	02424347	JPC	ACDEFGV
M-Solifenacin Succinate	02529718	MRA	ACDEFGV
pms-Solifenacin	02417731	PMS	ACDEFGV
PRZ-Solifenacin	02493047	PRZ	ACDEFGV
Sandoz Solifenacin	02399040	SDZ	ACDEFGV
Solifenacin	02458268	SAS	ACDEFGV
Taro-Solifenacin	02437996	SUN	ACDEFGV
Teva-Solifenacin	02397919	TEV	ACDEFGV

G04BD09 TROSPIUM

Co. Orl 20 mg

Trosec	02275066	SNV	ACDEFGV
Jamp Trospium	02506661	JPC	ACDEFGV
Mar-Trospium	02488353	MAR	ACDEFGV

G04BD10 DARIFÉNACINE

Co.L.P. Orl 7,5 mg

Enablex	02273217	SLP	ACDEFGV
Apo-Darifenacin	02452510	APX	ACDEFGV
Jamp Darifenacin	02491869	JPC	ACDEFGV

Co.L.P. Orl 15 mg

Enablex	02273225	SLP	ACDEFGV
Apo-Darifenacin	02452529	APX	ACDEFGV
Jamp Darifenacin	02491877	JPC	ACDEFGV

G04BD11 FÉSOTÉRODINE

Co.L.P. Orl 4 mg

Toviaz 02380021 PFI (SA)

Sandoz Fesoterodine Fumarate 02521768 SDZ (SA)

Co.L.P. Orl 8 mg

Toviaz 02380048 PFI (SA)

Sandoz Fesoterodine Fumarate 02521776 SDZ (SA)

G04BD12 MIRABEGRON

Co.L.P. Orl 25 mg

Myrbetriq 02402874 ASL (SA)

Co.L.P. Orl 50 mg

Myrbetriq 02402882 ASL (SA)

G04BX AUTRES MÉDICAMENTS UROLOGIQUES**G04BX13 SULFOXYDE DE DIMÉTHYLE**

Liq ITV 500 mg/g

Rimso-50 00493392 MYL ACDEFGV

G04C MÉDICAMENTS UTILISÉS POUR LE TRAITEMENT DE L'HYPERTROPHIE BÉNIGNE DE LA PROSTATE**G04CA ANTAGONISTES DE L'ALPHA-ADRÉNORÉCEPTEUR****G04CA01 ALFUZOSINE**

Co.L.P. Orl 10 mg

Xatral 02245565 SAV ACDEFGV

Alfuzosin 02519844 SAS ACDEFGV

Alfuzosin 02447576 SIV ACDEFGV

Apo-Alfuzosin 02315866 APX ACDEFGV

Auro-Alfuzosin 02443201 ARO ACDEFGV

Sandoz Alfuzosin 02304678 SDZ ACDEFGV

G04CA02 TAMSULOSINE

Caps.L.L. Orl 0,4 mg

Sandoz Tamsulosin 02319217 SDZ ACDEFV

Co.L.P. Orl 0,4 mg

Apo-Tamsulosin CR 02362406 APX ACDEFV

Auro-Tamsulosin CR 02545179 ARO ACDEFV

Sandoz Tamsulosin CR 02340208 SDZ ACDEFV

Tamsulosin CR 02427117 SAS ACDEFV

Tamsulosin CR 02429667 SIV ACDEFV

Teva-Tamsulosin CR 02368242 TEV ACDEFV

G04CA03 TÉRAZOSINE

Co. Orl 1 mg

Apo-Terazosin 02234502 APX ACDEFV

pms-Terazosin 02243518 PMS ACDEFV

Co. Orl 2 mg

Apo-Terazosin 02234503 APX ACDEFV

pms-Terazosin 02243519 PMS ACDEFV

G04CA03 TÉRAZOSINE

Co. Orl 5 mg

Apo-Terazosin	02234504	APX	ACDEFV
pms-Terazosin	02243520	PMS	ACDEFV
Teva-Terazosin	02230807	TEV	ACDEFV

Co. Orl 10 mg

Apo-Terazosin	02234505	APX	ACDEFV
pms-Terazosin	02243521	PMS	ACDEFV

G04CA04 SILODOSINE

Caps. Orl 4 mg

Auro-Silodosin	02478501	ARO	(SA)
Jamp Silodosin	02539519	JPC	(SA)
pms-Silodosin	02517779	PMS	(SA)
Sandoz Silodosin	02475421	SDZ	(SA)

Caps. Orl 8 mg

Auro-Silodosin	02478528	ARO	(SA)
Jamp Silodosin	02539527	JPC	(SA)
pms-Silodosin	02517787	PMS	(SA)
Sandoz Silodosin	02475448	SDZ	(SA)

G04CB INHIBITEURS DE LA TESTOSTÉRONE-5-ALPHA RÉDUCTASE**G04CB01 FINASTÉRIDE**

Co. Orl 5 mg

Proscar	02010909	ORG	ACDEFGV
Apo-Finasteride	02365383	APX	ACDEFGV
Auro-Finasteride	02405814	ARO	ACDEFGV
Finasteride	02355043	AHI	ACDEFGV
Finasteride	02445077	SAS	ACDEFGV
Finasteride	02447541	SIV	ACDEFGV
Jamp-Finasteride	02357224	JPC	ACDEFGV
M-Finasteride	02522489	MRA	ACDEFGV
Mint-Finasteride	02389878	MNT	ACDEFGV
pms-Finasteride	02310112	PMS	ACDEFGV
Riva-Finasteride	02455013	RIV	ACDEFGV
Sandoz Finasteride	02322579	SDZ	ACDEFGV
Teva-Finasteride	02348500	TEV	ACDEFGV

G04CB02 DUTASTÉRIDE

G04CB02 DUTASTÉRIDE

Caps Orl 0,5 mg

Avodart	02247813	GSK	ACDEFGV
Apo-Dutasteride	02404206	APX	ACDEFGV
Auro-Dutasteride	02469308	ARO	ACDEFGV
Dutasteride	02443058	SAS	ACDEFGV
Dutasteride	02429012	SIV	ACDEFGV
Jamp-Dutasteride	02484870	JPC	ACDEFGV
Med-Dutasteride	02416298	GMP	ACDEFGV
Mint-Dutasteride	02428873	MNT	ACDEFGV
pms-Dutasteride	02393220	PMS	ACDEFGV
Priva-Dutasteride	02490587	NRA	ACDEFGV
Sandoz Dutasteride	02424444	SDZ	ACDEFGV
Teva-Dutasteride	02408287	TEV	ACDEFGV

H PRÉPARATIONS SYSTÉMIQUES HORMONALES, À L'EXCLUSION DES HORMONES SEXUELLES**H01 HORMONES HYPOPHYSAIRES ET HYPOTHALAMIQUES****H01A HORMONES DU LOBE ANTEHYPOPHYSAIRE****H01AC SOMATROPINE ET AGONISTES DE LA SOMATROPINE**

H01AC01 SOMATROPINE

Cart Inj 6 mg

Humatrope 02243077 LIL T (SA)

Cart Inj 12 mg

Humatrope 02243078 LIL T (SA)

Cart Inj 24 mg

Humatrope 02243079 LIL T (SA)

Liq Inj 5 mg / 1,5 mL

Norditropin Nordiflex 02334852 NNO T (SA)

Omnitrope 02325063 SDZ T (SA)

Liq Inj 5 mg / 2 mL

Nutropin AQ NuSpin 02399091 HLR T (SA)

Liq Inj 6 mg

Saizen 02350122 EMD T (SA)

Liq Inj 10 mg / 1,5 mL

Norditropin Nordiflex 02334860 NNO T (SA)

Omnitrope 02325071 SDZ T (SA)

Liq Inj 10 mg / 2 mL

Nutropin AQ NuSpin 02376393 HLR T (SA)

Liq Inj 12 mg

Saizen 02350130 EMD T (SA)

Liq Inj 15 mg / 1,5 mL

Norditropin Nordiflex 02334879 NNO T (SA)

Omnitrope 02459647 SDZ T (SA)

H01AC01	SOMATROPINE						
Liq	Inj	20 mg		Saizen	02350149	EMD	T (SA)
Liq	Inj	20 mg / 2 mL		Nutropin AQ NuSpin	02399083	HLR	T (SA)
Liq	SC	5 mg / 1,5 mL		Norditropin FlexPro	02529181	NNO	(SA)
Liq	SC	10 mg / 1,5 mL		Norditropin FlexPro	02529203	NNO	(SA)
Liq	SC	15 mg / 1,5 mL		Norditropin FlexPro	02529211	NNO	(SA)
Pds.	Inj	5 mg		Saizen	02237971	EMD	T (SA)
Pds.	SC	0,6 mg		Genotropin MiniQuick	02401762	PFI	T (SA)
Pds.	SC	0,8 mg		Genotropin MiniQuick	02401770	PFI	T (SA)
Pds.	SC	1 mg		Genotropin MiniQuick	02401789	PFI	T (SA)
Pds.	SC	1,2 mg		Genotropin MiniQuick	02401797	PFI	T (SA)
Pds.	SC	1,4 mg		Genotropin MiniQuick	02401800	PFI	T (SA)
Pds.	SC	1,6 mg		Genotropin MiniQuick	02401819	PFI	T (SA)
Pds.	SC	1,8 mg		Genotropin MiniQuick	02401827	PFI	T (SA)
Pds.	SC	2 mg		Genotropin MiniQuick	02401835	PFI	T (SA)
Pds.	SC	5,3 mg		Genotropin GoQuick	02401703	PFI	T (SA)
Pds.	SC	12 mg		Genotropin GoQuick	02401711	PFI	T (SA)
H01AC03	MECASERMIN						
Liq	SC	10 mg/mL		Increlex	02509733	IPS	(SA)
H01AC08	SOMATROGON						
Liq	SC	24 mg / 1,2 mL		Ngenla	02521679	PFI	(SA)
Liq	SC	60 mg / 1,2 mL		Ngenla	02521687	PFI	(SA)

H01B HORMONES DU LOBE POSTHYPOPHYSAIRE

H01BA VASOPRESSINE ET ANALOGUES

H01BA02 DESMOPRESSINE

H01BA02 DESMOPRESSINE

Aém.	Nas	10 mcg	Desmopressin Spray	02242465	AAP	(SA)
Co.	Orl	0,1 mg	Apo-Desmopressin	02284030	APX	CDEF-18G (SA)
			pms-Desmopressin	02304368	PMS	CDEF-18G (SA)
Co.	Orl	0,2 mg	Apo-Desmopressin	02284049	APX	CDEF-18G (SA)
			pms-Desmopressin	02304376	PMS	CDEF-18G (SA)
Co.D.O.	Slg	60 mcg	DDAVP Melt	02284995	FEI	CDEF-18G (SA)
Co.D.O.	Slg	120 mcg	DDAVP Melt	02285002	FEI	CDEF-18G (SA)
Liq	Inj	4 mcg/mL	DDAVP	00873993	FEI	ACDEFGV
			Bipazen	02513579	KVR	ACDEFGV

H01C HORMONES HYPOTHALAMIQUES

H01CA HORMONES DE LIBÉRATION DES GONADOTROPHINES HYPOPHYSAIRES

H01CA02 NAFARÉLINE

Liq	Nas	2 mg/mL	Synarel	02188783	PFI	ACDEFGV
-----	-----	---------	---------	----------	-----	---------

H01CB SOMATOSTATINE ET ANALOGUES

H01CB02 OCTRÉOTIDE

Liq	Inj	0,05 mg/mL	Sandostatin	00839191	NVR	ACDEFGVW
			Octreotide Acetate Omega	02248639	OMG	ACDEFGVW
Liq	Inj	0,1 mg/mL	Octreotide Acetate Omega	02248640	OMG	ACDEFGVW
Liq	Inj	0,2 mg/mL	Octreotide Acetate Omega	02248642	OMG	ACDEFGVW
Liq	Inj	0,5 mg/mL	Octreotide Acetate Omega	02248641	OMG	ACDEFGVW
Pds.	Inj	10 mg	Sandostatin LAR	02239323	NVR	ACDEFGVW
			Octreotide for Injectable Suspension	02503751	TEV	ACDEFGVW
Pds.	Inj	20 mg	Sandostatin LAR	02239324	NVR	ACDEFGVW
			Octreotide for Injectable Suspension	02503778	TEV	ACDEFGVW
Pds.	Inj	30 mg	Sandostatin LAR	02239325	NVR	ACDEFGVW
			Octreotide for Injectable Suspension	02503786	TEV	ACDEFGVW

H01CB03 LANRÉOTIDE

Liq	SC	60 mg / 0,5 mL	Somatuline Autogel (prefilled syringe)	02283395	IPS	ACDEFGV
-----	----	----------------	--	----------	-----	---------

H01CB03	LANRÉOTIDE							
Liq	SC	90 mg / 0,5 mL	Somatuline Autogel (prefilled syringe)	02283409	IPS	ACDEFGV		
Liq	SC	120 mg / 0,5 mL	Somatuline Autogel (prefilled syringe)	02283417	IPS	ACDEFGV		

H02 CORTICOSTÉROÏDES SYSTÉMIQUES

H02A CORTICOSTÉROÏDES SYSTÉMIQUES, ORDINAIRES

H02AA MINÉRALOCORTICOÏDES

H02AA02	FLUDROCORTISONE							
Co.	Orl	0,1 mg	Florinef	02086026	PAL	ACDEFGV		

H02AB GLUCOCORTICOÏDES

H02AB01	BÉTAMÉTHASONE							
Susp	IM	3 mg / 3 mg	Celestone Soluspan	00028096	ORG	ACDEFGV		

H02AB02	DEXAMÉTHASONE							
Co.	Orl	0,5 mg	Apo-Dexamethasone	02261081	APX	ACDEFGVW		
			pms-Dexamethasone	01964976	PMS	ACDEFGVW		
Co.	Orl	2 mg	pms-Dexamethasone	02279363	PMS	ACDEFGVW		
Co.	Orl	4 mg	Apo-Dexamethasone	02250055	APX	ACDEFGVW		
			pms-Dexamethasone	01964070	PMS	ACDEFGVW		
Liq	Inj	4 mg/mL	Dexamethasone sodium phosphate	00664227	SDZ	ACDEFGVW		
			Dexamethasone sodium phosphate	01977547	STR	ACDEFGVW		
			Dexamethasone-Omega	02204266	OMG	ACDEFGVW		

H02AB04	MÉTHYLPREDNISOLONE							
Co.	Orl	4 mg	Medrol	00030988	PFI	ACDEFGVW		
Co.	Orl	16 mg	Medrol	00036129	PFI	ACDEFGVW		
Pds.	Inj	40 mg	Solu-Medrol (Act-O-Vial)	02367947	PFI	ACDEFGVW		
Pds.	Inj	125 mg	Solu-Medrol (Act-O-Vial)	02367955	PFI	ACDEFGVW		
Pds.	Inj	500 mg	Solu-Medrol	00030678	PFI	ACDEFGVW		
			Solu-Medrol (Act-O-Vial)	02367963	PFI	ACDEFGVW		
Pds.	Inj	1 g	Solu-Medrol	00036137	PFI	ACDEFGVW		
			Solu-Medrol (Act-O-Vial)	02367971	PFI	ACDEFGVW		

H02AB04	MÉTHYLPREDNISOLONE							
Susp	Inj	20 mg/mL		Depo-Medrol	01934325	PFI	ACDEFGVW	
Susp	Inj	40 mg/mL		Depo-Medrol	00030759	PFI	ACDEFGVW	
				Depo-Medrol	01934333	PFI	ACDEFGVW	
Susp	Inj	80 mg/mL		Depo-Medrol	00030767	PFI	ACDEFGVW	
				Depo-Medrol	01934341	PFI	ACDEFGVW	
H02AB06	PREDNISOLONE							
Liq	Orl	5 mg / 5 mL		pms-Prednisolone	02245532	PMS	ACDEFGVW	
H02AB07	PREDNISONE							
Co.	Orl	1 mg		Winpred	00271373	AAP	ACDEFGRVW	
Co.	Orl	5 mg		Apo-Prednisone	00312770	APX	ABCDEFGRVW	
				Teva-Prednisone	00021695	TEV	ABCDEFGRVW	
Co.	Orl	50 mg		Apo-Prednisone	00550957	APX	ACDEFGRVW	
				Teva-Prednisone	00232378	TEV	ACDEFGRVW	
H02AB08	TRIAMCINOLONE							
Susp	IA	10 mg/mL		Kenalog-10	01999761	BRI	ACDEFGV	
Susp	IA	40 mg/mL		Kenalog-40	01999869	BRI	ACDEFGV	
				Triamcinolone Acetonide	01977563	STR	ACDEFGV	
H02AB09	HYDROCORTISONE							
Co.	Orl	10 mg		Cortef	00030910	PFI	ACDEFGVW	
				Auro-Hydrocortisone	02524465	ARO	ACDEFGVW	
Co.	Orl	20 mg		Cortef	00030929	PFI	ACDEFGVW	
				Auro-Hydrocortisone	02524473	ARO	ACDEFGVW	
Pds.	Inj	100 mg		Solu-Cortef (Act-O-Vial)	00030600	PFI	ACDEFGVW	
Pds.	Inj	250 mg		Solu-Cortef (Act-O-Vial)	00030619	PFI	ACDEFGVW	
Pds.	Inj	500 mg		Solu-Cortef (Act-O-Vial)	00030627	PFI	ACDEFGVW	
Pds.	Inj	1 g		Solu-Cortef (Act-O-Vial)	00030635	PFI	ACDEFGVW	
H02AB10	CORTISONE							

H02AB10	CORTISONE						
Co.	Orl	25 mg		Cortisone	00280437	BSL	ACDEFGVW
H02B	CORTICOSTÉROÏDES SYSTÉMIQUES, EN COMBINAISON						
H02BX	CORTICOSTÉROÏDES SYSTEMIQUES, EN COMBINAISON						
H02BX01	MÉTHYLPREDNISOLONE, EN COMBINAISON						
	MÉTHYLPREDNISOLONE / LIDOCAÏNE						
Susp	IA	40 mg / 10 mg		Depo-Medrol with Lidocaine	00260428	PFI	ACDEFGVW
H03	TRAITEMENT DE LA THYROÏDE						
H03A	PRÉPARATIONS POUR LA THYROÏDE						
H03AA	HORMONES POUR LA THYROÏDE						
H03AA01	LÉVOTHYROXINE SODIQUE						
Co.	Orl	0,025 mg		Synthroid	02172062	BGP	ACDEFGV
Co.	Orl	0,05 mg		Synthroid	02172070	BGP	ACDEFGV
				Eltroxin	02213192	APN	ACDEFGV
Co.	Orl	0,075 mg		Synthroid	02172089	BGP	ACDEFGV
Co.	Orl	0,088 mg		Synthroid	02172097	BGP	ACDEFGV
Co.	Orl	0,1 mg		Synthroid	02172100	BGP	ACDEFGV
				Eltroxin	02213206	APN	ACDEFGV
Co.	Orl	0,112 mg		Synthroid	02171228	BGP	ACDEFGV
Co.	Orl	0,125 mg		Synthroid	02172119	BGP	ACDEFGV
Co.	Orl	0,137 mg		Synthroid	02233852	BGP	ACDEFGV
Co.	Orl	0,15 mg		Synthroid	02172127	BGP	ACDEFGV
				Eltroxin	02213214	APN	ACDEFGV
Co.	Orl	0,175 mg		Synthroid	02172135	BGP	ACDEFGV
Co.	Orl	0,2 mg		Synthroid	02172143	BGP	ACDEFGV
				Eltroxin	02213222	APN	ACDEFGV
Co.	Orl	0,3 mg		Synthroid	02172151	BGP	ACDEFGV
H03AA02	LIOTHYRONINE SODIQUE						

H03AA02	LIOTHYRONINE SODIQUE							
Co.	Orl	5 mcg		Cytomel	01919458	PFI	ACDEFGV	
				Teva-Liothyronine	02494337	TEV	ACDEFGV	
Co.	Orl	25 mcg		Cytomel	01919466	PFI	ACDEFGV	
				Teva-Liothyronine	02494345	TEV	ACDEFGV	
H03AA05	PRÉPARATIONS POUR LA GLANDE THYROÏDE EXTRAIT THYROÏDIEN LYOPHILISÉ							
Co.	Orl	30 mg		Thyroid	00023949	ERF	ACDEFGV	
Co.	Orl	60 mg		Thyroid	00023957	ERF	ACDEFGV	
Co.	Orl	125 mg		Thyroid	00023965	ERF	ACDEFGV	
H03B	PRÉPARATIONS ANTI-THYROÏDIENNES							
H03BA	THIOURACILES							
H03BA02	PROPYLTHIOURACILE							
Co.	Orl	50 mg		Halycil	02521059	ARN	ACDEFGV	
				Propylthiouracil	02523019	PCI	ACDEFGV	
H03BB	DÉRIVÉS DE L'IMIDAZOLE CONTENANT DU SOUFRE							
H03BB02	THIAMAZOLE (MÉTHIMAZOLE)							
Co.	Orl	5 mg		Tapazole	00015741	PAL	ACDEFGV	
				Jamp Methimazole	02490625	JPC	ACDEFGV	
				Mar-Methimazole	02480107	MAR	ACDEFGV	
Co.	Orl	10 mg		Tapazole	02296039	PAL	ACDEFGV	
				Jamp Methimazole	02490633	JPC	ACDEFGV	
				Mar-Methimazole	02480115	MAR	ACDEFGV	
H04	HORMONES PANCRÉATIQUES							
H04A	HORMONES GLYCOGÉNOLYTIQUES							
H04AA	HORMONES GLYCOGENOLYTIQUES							
H04AA01	GLUCAGON							
Pds.	Nas	3 mg		Baqsimi	02492415	APM (SA)		
Tro	Inj	1 mg	Glucagon Injection (Temporary Benefit)	09858279	APM	ACDEFGV		
H05	HOMÉOSTASIE DU CALCIUM							
H05A	HORMONES PARATHYROÏDES ET ANALOGUES							
H05AA	HORMONES PARATHYROÏDES ET ANALOGUES							

H05AA02 TÉRIPARATIDE

Liq SC 250 mcg/mL

Apo-Teriparatide (autoinjector) 02498804 APX (SA)

Teva-Teriparatide (autoinjector) 02486423 TEV (SA)

H05B AGENTS ANTI-PARATHYROÏDES**H05BA PRÉPARATIONS DU CALCITONINE**

H05BA01 CALCITONINE (SAUMON, SYNTHETIQUE)

Liq Inj 200 U/mL

Calcimar 01926691 SAV ACDEFGV

H05BX AUTRE AGENTS ANTI-PARATHYROÏDES

H05BX01 CINACALCET

Co. Orl 30 mg

Sensipar 02257130 AGA ACDEFGV

Apo-Cinacalcet 02452693 APX ACDEFGV

Auro-Cinacalcet 02478900 ARO ACDEFGV

Cinacalcet 02524880 SAS ACDEFGV

Jamp Cinacalcet 02500094 JPC ACDEFGV

M-Cinacalcet 02481987 MRA ACDEFGV

Mar-Cinacalcet 02480298 MAR ACDEFGV

pms-Cinacalcet 02517604 PMS ACDEFGV

Teva-Cinacalcet 02441624 TEV ACDEFGV

Co. Orl 60 mg

Sensipar 02257149 AGA ACDEFGV

Apo-Cinacalcet 02452707 APX ACDEFGV

Auro-Cinacalcet 02478919 ARO ACDEFGV

Jamp Cinacalcet 02500108 JPC ACDEFGV

M-Cinacalcet 02481995 MRA ACDEFGV

Mar-Cinacalcet 02480301 MAR ACDEFGV

pms-Cinacalcet 02517612 PMS ACDEFGV

Teva-Cinacalcet 02441632 TEV ACDEFGV

Co. Orl 90 mg

Sensipar 02257157 AGA ACDEFGV

Apo-Cinacalcet 02452715 APX ACDEFGV

Auro-Cinacalcet 02478943 ARO ACDEFGV

Jamp Cinacalcet 02500116 JPC ACDEFGV

M-Cinacalcet 02482002 MRA ACDEFGV

Mar-Cinacalcet 02480328 MAR ACDEFGV

pms-Cinacalcet 02517620 PMS ACDEFGV

Teva-Cinacalcet 02441640 TEV ACDEFGV

J ANTI-INFECTIEUX USAGE SYSTÉMIQUE**J01 ANTIBACTÉRIENS POUR USAGE SYSTÉMIQUE**

J01A TÉTRACYCLINES**J01AA TÉTRACYCLINES**

J01AA02 DOXYCYCLINE

Caps Orl 100 mg

Apo-Doxy 00740713 APX ABCDEFGVW

Doxycycline 02351234 SAS ABCDEFGVW

Jamp Doxycycline Capsules 02528940 JPC ABCDEFGVW

Teva-Doxycycline 00725250 TEV ABCDEFGVW

Co. Orl 100 mg

Doxycin 00860751 RIV ABCDEFGVW

Apo-Doxy 00874256 APX ABCDEFGVW

Doxycycline 02351242 SAS ABCDEFGVW

M-Doxycycline 02543478 MRA ABCDEFGVW

PRZ-Doxycycline 02536250 PRZ ABCDEFGVW

Teva-Doxycycline 02158574 TEV ABCDEFGVW

J01AA07 TÉTRACYCLINE

Caps Orl 250 mg

Tetra 00580929 AAP ACDEFGVW

J01AA08 MINOCYCLINE

Caps Orl 50 mg

Minocycline 02084090 AAP ACDEFGV

Caps Orl 100 mg

Minocycline 02084104 AAP ACDEFGV

J01AA12 TIGÉCYCLINE

Pds. IV 50 mg

Tygacil 02285401 PFI W (SA)

J01C ANTIBACTÉRIEN BETA-LACTAME, PÉNICILLINES**J01CA PÉNICILLINE AVEC SPECTRUMS ÉTENDUS**

J01CA01 AMPICILLINE

Caps Orl 250 mg

Teva-Ampicillin 00020877 TEV ACDEFGVW

Caps Orl 500 mg

Teva-Ampicillin 00020885 TEV ACDEFGVW

Pds. Inj 500 mg

Ampicillin Sodium 00872652 TEV ACDEFGVW

Pds. Inj 1 g

Ampicillin Sodium 01933345 TEV ACDEFGVW

Pds. Inj 2 g

Ampicillin Sodium 01933353 TEV ACDEFGVW

J01CA04 AMOXICILLINE

J01CA04 AMOXICILLINE

Caps	Orl	250 mg	Amoxicillin Capsules BP	02525348	SAS	ABCDEFGVW
			Apo-Amoxi	00628115	APX	ABCDEFGVW
			Auro-Amoxicillin	02388073	ARO	ABCDEFGVW
			Jamp-Amoxicillin	02433060	JPC	ABCDEFGVW
			Novamoxin	00406724	TEV	ABCDEFGVW
			PRZ-Amoxicillin	02532042	PRZ	ABCDEFGVW
Caps	Orl	500 mg	Amoxicillin	02401509	SIV	ABCDEFGVW
			Amoxicillin Capsules BP	02525356	SAS	ABCDEFGVW
			Apo-Amoxi	00628123	APX	ABCDEFGVW
			Auro-Amoxicillin	02388081	ARO	ABCDEFGVW
			Jamp-Amoxicillin	02433079	JPC	ABCDEFGVW
			Novamoxin	00406716	TEV	ABCDEFGVW
			PRZ-Amoxicillin	02532050	PRZ	ABCDEFGVW
Co.C.	Orl	250 mg	Novamoxin chew	02036355	TEV	ABCDEFGVW
Pds.	Orl	125 mg / 5 mL	Apo-Amoxi	00628131	APX	ABCDEFGVW
			Jamp-Amoxicillin	02535793	JPC	ABCDEFGVW
Pds.	Orl	250 mg / 5 mL	Amoxicillin	02352753	SAS	ABCDEFGVW
			Amoxicillin	02401541	SIV	ABCDEFGVW
			Amoxicillin (sugar-reduced)	02352788	SAS	ABCDEFGVW
			Apo-Amoxi	00628158	APX	ABCDEFGVW
			Auro-Amoxicillin	02458594	ARO	ABCDEFGVW
			Jamp-Amoxicillin	02535815	JPC	ABCDEFGVW
			Novamoxin	00452130	TEV	ABCDEFGVW
			Novamoxin (sugar-reduced)	01934163	TEV	ABCDEFGVW
			Sandoz Amoxicillin	02495864	SDZ	ABCDEFGVW

J01CE PÉNICILLINES SENSIBLES AUX BETA-LACTAMASES

J01CE02 PHENOXYMETHYLPÉNICILLINE (PÉNICILLINE V)

Co.	Orl	300 mg	Pen VK	00642215	AAP	ACDEFGVW
-----	-----	--------	--------	----------	-----	----------

J01CE08 BENZATHINE BENZYLPÉNICILLINE (PÉNICILLINE G BENZATHINE)

Susp	Inj	1 200 000 unit / 2 mL	Bicillin L-A	02291924	PFI	ACDEFGV
------	-----	-----------------------	--------------	----------	-----	---------

J01CF PÉNICILLINES RÉSIANT AUX BETA-LACTAMASE

J01CF02 CLOXACILLINE

J01CF02	CLOXACILLINE							
Caps	Orl	250 mg	Jamp Cloxacillin	02510731	JPC	ACDEFGVW		
			Teva-Cloxacillin	00337765	TEV	ACDEFGVW		
Caps	Orl	500 mg	Jamp Cloxacillin	02510758	JPC	ACDEFGVW		
			Teva-Cloxacillin	00337773	TEV	ACDEFGVW		
Pds.	Inj	2 g	Cloxacillin	02367424	STR	ACDEFGVW		
Pds.	Orl	125 mg / 5 mL	Teva-Cloxacillin	00337757	TEV	ACDEFGVW		

J01CR COMBINAISON DE PÉNICILLINES, Y COMPRIS LES INHIBITEURS DE BETA-LACTAMASE

J01CR02	AMOXICILLINE ET INHIBITEURS D'ENZYMES							
	AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE							
Co.	Orl	250 mg / 125 mg	Apo-Amoxi Clav	02243350	APX	ABCDEFGVW		
			Auro-Amoxi Clav	02471671	ARO	ABCDEFGVW		
			Jamp Amoxi Clav	02508249	JPC	ABCDEFGVW		
Co.	Orl	500 mg / 125 mg	Amoxicillin/Clav	02536021	SAS	ABCDEFGVW		
			Apo-Amoxi Clav	02243351	APX	ABCDEFGVW		
			Auro-Amoxi Clav	02471698	ARO	ABCDEFGVW		
			Jamp Amoxi Clav	02508257	JPC	ABCDEFGVW		
			Sandoz Amoxi-Clav	02482576	SDZ	ABCDEFGVW		
Co.	Orl	875 mg / 125 mg	Amoxicillin/Clav	02536048	SAS	ABCDEFGVW		
			Apo-Amoxi Clav	02245623	APX	ABCDEFGVW		
			Auro-Amoxi Clav	02471701	ARO	ABCDEFGVW		
			Jamp Amoxi Clav	02508265	JPC	ABCDEFGVW		
			Sandoz Amoxi-Clav	02482584	SDZ	ABCDEFGVW		
Pds.	Orl	125 mg / 31,25 mg / 5 mL	Clavulin	01916882	GSK	ABCDEFGVW		
Pds.	Orl	200 mg / 28,5 mg / 5 mL	Clavulin 200	02238831	GSK	ABCDEFGVW		
			Jamp Amoxi Clav Suspension	02539411	JPC	ABCDEFGVW		
Pds.	Orl	250 mg / 62,5 mg / 5 mL	Clavulin-250 F	01916874	GSK	ABCDEFGVW		
			Jamp Amoxi Clav Suspension	02539438	JPC	ABCDEFGVW		
			M-Amoxi Clav	02542226	MRA	ABCDEFGVW		
Pds.	Orl	400 mg / 57 mg / 5 mL	Clavulin 400	02238830	GSK	ABCDEFGVW		
			Jamp Amoxi Clav Suspension	02539446	JPC	ABCDEFGVW		
			M-Amoxi Clav	02530694	MRA	ABCDEFGVW		

J01CR05 PIPÉRACILLINE ET INHIBITEURS D'ENZYMES
PIPÉRACILLINE / TAZOBACTAM

Pds.	Inj	2 g / 0,25 g	Piperacillin and Tazobactam	02308444	APX	ACDEFGVW
			Piperacillin and Tazobactam	02401312	HIK	ACDEFGVW
			Piperacillin and Tazobactam	02299623	SDZ	ACDEFGVW
			Piperacillin and Tazobactam	02362619	STR	ACDEFGVW
Pds.	Inj	3 g / 0,375 g	Piperacillin and Tazobactam	02308452	APX	ACDEFGVW
			Piperacillin and Tazobactam	02401320	HIK	ACDEFGVW
			Piperacillin and Tazobactam	02299631	SDZ	ACDEFGVW
			Piperacillin and Tazobactam	02362627	STR	ACDEFGVW
			Piperacillin/Tazobactam	02370166	TEV	ACDEFGVW
Pds.	Inj	4 g / 0,5 g	Piperacillin and Tazobactam	02308460	APX	ACDEFGVW
			Piperacillin and Tazobactam	02401339	HIK	ACDEFGVW
			Piperacillin and Tazobactam	02299658	SDZ	ACDEFGVW
			Piperacillin and Tazobactam	02362635	STR	ACDEFGVW
			Piperacillin/Tazobactam	02370174	TEV	ACDEFGVW
Pds.	Inj	12 g / 1,5 g	Piperacillin and Tazobactam	02330547	SDZ	ACDEFGVW
			Piperacillin and Tazobactam	02377748	STR	ACDEFGVW

J01D AUTRES ANTIBACTERIEN BETA-LACTAM

J01DB CÉPHALOSPORINES DE PREMIÈRE GÉNÉRATION

J01DB01 CÉPHALEXINE

Caps	Orl	250 mg	Teva-Cephalexin	00342084	TEV	ABCDEFGHIJ
Caps	Orl	500 mg	Teva-Cephalexin	00342114	TEV	ABCDEFGHIJ
Co.	Orl	250 mg	Apo-Cephalex	00768723	APX	ABCDEFGHIJ
			Auro-Cephalexin	02470578	ARO	ABCDEFGHIJ
			Cephalexin	02521253	SAS	ABCDEFGHIJ
			Jamp Cephalexin	02494698	JPC	ABCDEFGHIJ
			Teva-Cephalexin	00583413	TEV	ABCDEFGHIJ
Co.	Orl	500 mg	Apo-Cephalex	00768715	APX	ABCDEFGHIJ
			Auro-Cephalexin	02470586	ARO	ABCDEFGHIJ
			Cephalexin	02521261	SAS	ABCDEFGHIJ
			Cephalexin	02495651	SIV	ABCDEFGHIJ
			Jamp Cephalexin	02494701	JPC	ABCDEFGHIJ
			Teva-Cephalexin	00583421	TEV	ABCDEFGHIJ

J01DB01 CÉPHALEXINE

Pds. Orl 125 mg / 5 mL

Auro-Cephalexin	02497743	ARO	ABCDEFGVW
Jamp Cephalexin Suspension	02528436	JPC	ABCDEFGVW
Lupin-Cephalexin	02469170	LUP	ABCDEFGVW
Teva-Cephalexin	00342106	TEV	ABCDEFGVW

Pds. Orl 250 mg / 5 mL

Auro-Cephalexin	02497751	ARO	ABCDEFGVW
Jamp Cephalexin Suspension	02528444	JPC	ABCDEFGVW
Lupin-Cephalexin	02469189	LUP	ABCDEFGVW
Teva-Cephalexin	00342092	TEV	ABCDEFGVW

J01DB04 CÉFAZOLINE

Pds. Inj 500 mg

Cefazolin for Injection	02108119	TEV	ACDEFGVW
Cefazolin Sodium	02308932	SDZ	ACDEFGVW

Pds. Inj 1 g

Cefazolin for Injection	02108127	TEV	ACDEFGVW
Cefazolin Sodium	02308959	SDZ	ACDEFGVW

Pds. Inj 10 g

Cefazolin for Injection	02437120	HIK	ACDEFGVW
Cefazolin for Injection	02108135	TEV	ACDEFGVW
Cefazolin for Injection USP	02465477	STR	ACDEFGVW

J01DB05 CÉFADROXIL

Caps Orl 500 mg

Apo-Cefadroxil	02240774	APX	ACDEFGVW
Jamp Cefadroxil	02544792	JPC	ACDEFGVW
Teva-Cefadroxil	02235134	TEV	ACDEFGVW

J01DC CÉPHALOSPORINES DE DEUXIÈME GÉNÉRATION**J01DC01 CÉFOXITINE**

Pds. Inj 1 g

Cefoxitin Sodium	02128187	TEV	ACDEFGVW
------------------	----------	-----	----------

Pds. Inj 2 g

Cefoxitin Sodium	02128195	TEV	ACDEFGVW
------------------	----------	-----	----------

J01DC02 CÉFUROXIME

Co. Orl 250 mg

Apo-Cefuroxime	02244393	APX	ABCDEFGVW
Auro-Cefuroxime	02344823	ARO	ABCDEFGVW
Jamp Cefuroxime	02547198	JPC	ABCDEFGVW

Co. Orl 500 mg

Apo-Cefuroxime	02244394	APX	ABCDEFGVW
Auro-Cefuroxime	02344831	ARO	ABCDEFGVW
Jamp Cefuroxime	02547201	JPC	ABCDEFGVW

J01DC02	CÉFUROXIME							
	Liq	Orl	125 mg/mL		Ceftin	02212307	SDZ	ABCDEFGVW
	Pds.	Inj	750 mg		Cefuroxime	02241638	FKB	ACDEFGVW
	Pds.	Inj	1,5 g		Cefuroxime	02241639	FKB	ACDEFGVW
J01DC10	CEFPROZIL							
	Co.	Orl	250 mg		Taro-Cefprozil	02293528	SUN	ACDEFGVW
	Co.	Orl	500 mg		Auro-Cefprozil	02347253	ARO	ACDEFGVW
					Taro-Cefprozil	02293536	SUN	ACDEFGVW
	Pds.	Orl	125 mg / 5 mL		Auro-Cefprozil	02347261	ARO	ACDEFGVW
					Taro-Cefprozil	02329204	SUN	ACDEFGVW
	Pds.	Orl	250 mg / 5 mL		Auro-Cefprozil	02347288	ARO	ACDEFGVW
					Taro-Cefprozil	02293579	SUN	ACDEFGVW

J01DD CÉPHALOSPORINES DE TROISIÈME GÉNÉRATION

J01DD01	CÉFOTAXIME							
	Pds.	Inj	1 g		Cefotaxime Sodium	02434091	STR	ACDEFGVW
	Pds.	Inj	2 g		Cefotaxime Sodium	02434105	STR	ACDEFGVW
J01DD02	CEFTAZIDIME							
	Pds.	Inj	1 g		Ceftazidime	00886971	FKB	ACDEFGVW
	Pds.	Inj	2 g		Ceftazidime	00886955	FKB	ACDEFGVW
	Pds.	Inj	6 g		Ceftazidime for Injection	02437864	STR	ACDEFGVW
J01DD04	CEFTRIAZONE							
	Pds.	Inj	250 mg		Ceftriaxone Sodium	02325594	STR	ACDEFGVW
	Pds.	Inj	1 g		Ceftriaxone Sodium	02325616	STR	ACDEFGVW
					Ceftriaxone Sodium	02287633	TEV	ACDEFGVW
					Ceftriaxone Sodium for Injection	02292270	SDZ	ACDEFGVW
	Pds.	Inj	2 g		Ceftriaxone Sodium	02325624	STR	ACDEFGVW
					Ceftriaxone Sodium for Injection	02292289	SDZ	ACDEFGVW

J01DD04	CEFTRIAXONE							
Pds.	Inj	10 g	Ceftriaxone Sodium for Injection	02292297	SDZ	ACDEFGVW		
			Ceftriaxone Sodium for Injection	02325632	STR	ACDEFGVW		
J01DD08	CÉFIXIME							
Co.	Orl	400 mg	Suprax	00868981	ODN	ACDEFGVW		
			Auro-Cefixime	02432773	ARO	ACDEFGVW		
Pds.	Orl	100 mg / 5mL	Suprax	00868965	ODN	ACDEFGVW		
			Auro-Cefixime	02468689	ARO	ACDEFGVW		
J01DE	CÉPHALOSPORINES DE QUATRIÈME GÉNÉRATION							
J01DE01	CÉFEPIME							
Pds.	Inj	1 g	Apo-Cefepime	02467496	APX	ACDEFGVW		
Pds.	Inj	2 g	Apo-Cefepime	02467518	APX	ACDEFGVW		
J01DF	MONOBACTAMS							
J01DF01	AZTRÉONAM							
Pd.	Inh	75 mg	Cayston	02329840	GIL	(SA)		
J01DH	CARBAPENEMS							
J01DH02	MÉROPÉNEM							
Pds.	Inj	500 mg	Meropenem	02378787	SDZ	ACDEFGVW		
			Meropenem for Injection	02493330	STR	ACDEFGVW		
			Taro-Meropenem	02421518	SUN	ACDEFGVW		
Pds.	Inj	1 g	Meropenem for Injection	02536374	JPC	ACDEFGVW		
			Meropenem for Injection	02378795	SDZ	ACDEFGVW		
			Meropenem for Injection	02493349	STR	ACDEFGVW		
			Taro-Meropenem	02421526	SUN	ACDEFGVW		
J01DH03	ERTAPÉNEM							
Pds.	Inj	1 g	Invanz	02247437	FRS	ACDEFGVW		
J01DH51	IMIPENEM ET INHIBITEURS D'ENZYMES							
	IMIPÉNEM / CILASTATINE							
Pds.	Inj	250 mg / 250 mg	Taro-Imipenem-Cilastatin	02351692	SUN	ACDEFGVW		
Pds.	Inj	500 mg / 500 mg	Taro-Imipenem-Cilastatin	02351706	SUN	ACDEFGVW		
J01DI	AUTRES CÉPHALOSPORINES ET PÉNEMS							

J01DI54 CEFTOLOZANE AND BETA-LACTAMASE INHIBITOR
CEFTOLOZANE / TAZOBACTAM

Pds. IV 1 g / 0,5 g Zerbaxa 02446901 FRS W (SA)

J01E SULFONAMIDES ET TRIMÉTHOPRIME

J01EA TRIMÉTHOPRIME ET DÉRIVÉS

J01EA01 TRIMÉTHOPRIME

Co. Orl 100 mg Trimethoprim 02243116 AAP ACDEFGV

Co. Orl 200 mg Trimethoprim 02243117 AAP ACDEFGV

J01EE COMBINAISON DE SULFONAMIDES ET DE TRIMÉTHOPRIME, INCLUANT LES DÉRIVÉS

J01EE01 SULFAMÉTHOXAZOLE ET TRIMÉTHOPRIME

Co. Orl 100 mg / 20 mg Sulfatrim 00445266 AAP ABCDEFGVW

Co. Orl 400 mg / 80 mg Sulfatrim 00445274 AAP ABCDEFGVW

Co. Orl 800 mg / 160 mg Sulfatrim DS 00445282 AAP ABCDEFGVW

Susp Orl 40 mg / 8 mg Teva-Trimel 00726540 TEV ABCDEFGVW

J01F MACROLIDES, LINCOSAMIDES ET STREPTOGRAMINES

J01FA MACROLIDES

J01FA02 SPIRAMYCINE

Caps Orl 750 000 IU Rovamycine 250 01927825 ODN ACDEFGVW

Caps Orl 1 500 000 IU Rovamycine 500 01927817 ODN ACDEFGVW

J01FA09 CLARITHROMYCINE

Co. Orl 250 mg Biaxin BID 01984853 ABB ACDEFGVW

Apo-Clarithromycin 02274744 APX ACDEFGVW

Clarithromycin 02466120 SAS ACDEFGVW

Clarithromycin 02442469 SIV ACDEFGVW

pms-Clarithromycin 02247573 PMS ACDEFGVW

Sandoz Clarithromycin 02266539 SDZ ACDEFGVW

Taro-Clarithromycin 02361426 SUN ACDEFGVW

J01FA09 CLARITHROMYCINE

Co.	Orl	500 mg							
						Biacin BID	02126710	ABB	ACDEFGVW
						Apo-Clarithromycin	02274752	APX	ACDEFGVW
						Clarithromycin	02466139	SAS	ACDEFGVW
						Clarithromycin	02442485	SIV	ACDEFGVW
						M-Clarithromycin	02471396	MRA	ACDEFGVW
						pms-Clarithromycin	02247574	PMS	ACDEFGVW
						Sandoz Clarithromycin	02266547	SDZ	ACDEFGVW
						Taro-Clarithromycin	02361434	SUN	ACDEFGVW

Co.L.P.	Orl	500 mg				Act Clarithromycin XL	02403196	TEV	ACDEFGVW
						Apo-Clarithromycin XL	02413345	APX	ACDEFGVW

Pds.	Orl	125 mg / 5 mL				Biacin	02146908	ABB	ACDEFGVW
						Taro-Clarithromycin	02390442	TAR	ACDEFGVW

Pds.	Orl	250 mg / 5 mL				Biacin	02244641	ABB	ACDEFGVW
						Taro-Clarithromycin	02390450	TAR	ACDEFGVW

J01FA10 AZITHROMYCINE

Co.	Orl	250 mg				Zithromax	02212021	PFI	ABCDEFGHIW
						Apo-Azithromycin Z	02415542	APX	ABCDEFGHIW
						Azithromycin	02330881	SAS	ABCDEFGHIW
						Azithromycin	02442434	SIV	ABCDEFGHIW
						Jamp-Azithromycin	02452308	JPC	ABCDEFGHIW
						M-Azithromycin	02502038	MRA	ABCDEFGHIW
						Mar-Azithromycin	02452324	MAR	ABCDEFGHIW
						NRA-Azithromycin	02479680	NRA	ABCDEFGHIW
						pms-Azithromycin	02261634	PMS	ABCDEFGHIW
						Riva-Azithromycin	02275309	RIV	ABCDEFGHIW
						Sandoz Azithromycin	02265826	SDZ	ABCDEFGHIW
						Teva-Azithromycin	02267845	TEV	ABCDEFGHIW

Co.	Orl	600 mg				pms-Azithromycin	02261642	PMS	(SA)
-----	-----	--------	--	--	--	------------------	----------	-----	------

Pds.	Inj	500 mg				Zithromax	02239952	PFI	ACDEFGVW
------	-----	--------	--	--	--	-----------	----------	-----	----------

Pds.	Orl	100 mg / 5 mL				Zithromax	02223716	PFI	ABCDEFGHIW
						Auro-Azithromycin	02482363	ARO	ABCDEFGHIW
						Sandoz Azithromycin	02332388	SDZ	ABCDEFGHIW

J01FA10 AZITHROMYCINE

Pds. Orl 200 mg / 5 mL

Zithromax 02223724 PFI ABCDEFGVW
Auro-Azithromycin 02482371 ARO ABCDEFGVW
Sandoz Azithromycin 02332396 SDZ ABCDEFGVW

J01FF LINCOSAMIDES

J01FF01 CLINDAMYCINE

Caps Orl 150 mg

Auro-Clindamycin 02436906 ARO ACDEFGVW
Clindamycin 02400529 SAS ACDEFGVW
Jamp-Clindamycin 02483734 JPC ACDEFGVW
M-Clindamycin 02479923 MRA ACDEFGVW
Med-Clindamycin 02462656 GMP ACDEFGVW
NRA-Clindamycin 02493748 NRA ACDEFGVW
Riva-Clindamycin 02468476 RIV ACDEFGVW
Teva-Clindamycin 02241709 TEV ACDEFGVW

Caps Orl 300 mg

Dalacin C 02182866 PFI ACDEFGVW
Auro-Clindamycin 02436914 ARO ACDEFGVW
Clindamycin 02400537 SAS ACDEFGVW
Jamp-Clindamycin 02483742 JPC ACDEFGVW
M-Clindamycin 02479931 MRA ACDEFGVW
Med-Clindamycin 02462664 GMP ACDEFGVW
NRA-Clindamycin 02493756 NRA ACDEFGVW
Riva-Clindamycin 02468484 RIV ACDEFGVW
Teva-Clindamycin 02241710 TEV ACDEFGVW

Liq Inj 150 mg/mL

Dalacin C Phosphate 00260436 PFI ACDEFGVW
Clindamycin (2mL, 4mL, 6mL vials) 02230540 SDZ ACDEFGVW
Clindamycin (bulk vials) 02230535 SDZ ACDEFGVW

Pds. Orl 75 mg / 5 mL

Dalacin C 00225851 PFI ACDEFGVW

J01G ANTIBACTÉRIENS AMINOGLYCOSIDES

J01GB AUTRES AMINOGLYCOSIDES

J01GB01 TOBRAMYCINE

Liq Inh 300 mg / 5 mL

Tobi 02239630 BGP ABCDEFGV
Teva-Tobramycin 02389622 TEV ABCDEFGV

Liq Inj 40 mg/mL

Tobramycin (PF) 02241210 SDZ ABCDEFGVW
Tobramycin Injection USP 02533103 JPC ABCDEFGVW

J01GB01	TOBRAMYCINE							
Pd.	Inh	28 mg			Tobi Podhaler	02365154	BGP	(SA)
J01GB03	GENTAMICINE							
Liq	Inj	40 mg/mL			Gentamicin	02242652	SDZ	ACDEFGVW
J01GB06	AMIKACINE							
Liq	Inj	250 mg/mL			Amikacin	02242971	SDZ	ACDEFGPVW
					Amikacin Sulfate Injection	02529459	JPC	ACDEFGPVW

J01M ANTIBACTÉRIENS QUINOLONES

J01MA FLUOROQUINOLONES

J01MA02	CIPROFLOXACINE							
Co.	Orl	250 mg			Act Ciprofloxacin	02247339	TEV	BW (SA)
					Auro-Ciprofloxacin	02381907	ARO	BW (SA)
					Ciprofloxacin	02353318	SAS	BW (SA)
					Ciprofloxacin	02386119	SIV	BW (SA)
					Jamp-Ciprofloxacin	02380358	JPC	BW (SA)
					Mar-Ciprofloxacin	02379686	MAR	BW (SA)
					pms-Ciprofloxacin	02248437	PMS	BW (SA)
					Sandoz Ciprofloxacin	02248756	SDZ	BW (SA)
					Taro-Ciproflox	02303728	SUN	BW (SA)
Co.	Orl	500 mg			Act Ciprofloxacin	02247340	TEV	BW (SA)
					Auro-Ciprofloxacin	02381923	ARO	BW (SA)
					Ciprofloxacin	02353326	SAS	BW (SA)
					Ciprofloxacin	02386127	SIV	BW (SA)
					Jamp-Ciprofloxacin	02380366	JPC	BW (SA)
					Mar-Ciprofloxacin	02379694	MAR	BW (SA)
					NRA-Ciprofloxacin	02492008	NRA	BW (SA)
					pms-Ciprofloxacin	02248438	PMS	BW (SA)
					Sandoz Ciprofloxacin	02248757	SDZ	BW (SA)
					Taro-Ciproflox	02303736	SUN	BW (SA)
Co.	Orl	750 mg			Act Ciprofloxacin	02247341	TEV	BW (SA)
					Jamp-Ciprofloxacin	02380374	JPC	BW (SA)
					Mar-Ciprofloxacin	02379708	MAR	BW (SA)
					pms-Ciprofloxacin	02248439	PMS	BW (SA)
					Sandoz Ciprofloxacin	02248758	SDZ	BW (SA)
					Taro-Ciproflox	02303744	SUN	BW (SA)

J01MA02	CIPROFLOXACINE							
Liq	IV	2 mg/mL	Ciprofloxacin Intravenous Infusion BP	02304759	SDZ	ACDEFGVW		
Liq	Orl	500 mg / 5 mL	Cipro Oral Suspension	02237514	BAY	W (SA)		
J01MA06	NORFLOXACINE							
Co.	Orl	400 mg	Norfloxacin	02229524	AAP	ACDEFGVW		
J01MA12	LÉVOFLOXACINE							
Co.	Orl	250 mg	Act Levofloxacin	02315424	TEV	BVW (SA)		
			Apo-Levofloxacin	02284707	APX	BVW (SA)		
			Jamp Levofloxacin	02508443	JPC	BVW (SA)		
			Mint-Levofloxacin	02505797	MNT	BVW (SA)		
			Sandoz Levofloxacin	02298635	SDZ	BVW (SA)		
Co.	Orl	500 mg	Act Levofloxacin	02315432	TEV	BVW (SA)		
			Apo-Levofloxacin	02284715	APX	BVW (SA)		
			Jamp Levofloxacin	02508451	JPC	BVW (SA)		
			Mint-Levofloxacin	02505819	MNT	BVW (SA)		
			Sandoz Levofloxacin	02298643	SDZ	BVW (SA)		
Co.	Orl	750 mg	Act Levofloxacin	02315440	TEV	BVW (SA)		
			Apo-Levofloxacin	02325942	APX	BVW (SA)		
			Jamp Levofloxacin	02508478	JPC	BVW (SA)		
			Sandoz Levofloxacin	02298651	SDZ	BVW (SA)		
Liq	Inh	240 mg / 2,4 mL	Quinsair	02442302	HRZ	(SA)		
Liq	Inj	5 mg/mL	Levofloxacin	02314932	PFI	W		
J01MA14	MOXIFLOXACINE							
Co.	Orl	400 mg	Apo-Moxifloxacin	02404923	APX	BVW (SA)		
			Auro-Moxifloxacin	02432242	ARO	BVW (SA)		
			Jamp-Moxifloxacin	02443929	JPC	BVW (SA)		
			Jamp-Moxifloxacin	02447061	JPC	BVW (SA)		
			M-Moxifloxacin	02472791	MRA	BVW (SA)		
			Mar-Moxifloxacin	02447053	MAR	BVW (SA)		
			Med-Moxifloxacin	02457814	GMP	BVW (SA)		
			Moxifloxacin	02520710	SAS	BVW (SA)		
			Sandoz Moxifloxacin	02383381	SDZ	BVW (SA)		
			Teva-Moxifloxacin	02375702	TEV	BVW (SA)		

J01X AUTRES ANTIBACTÉRIENS**J01XA ANTIBACTÉRIENS GLYCOPEPTIDES**

J01XA01 VANCOMYCINE

Caps	Orl	125 mg	Vancocin	00800430	SLP	ACDEFGVW
			Jamp-Vancomycin	02407744	JPC	ACDEFGVW
Pds.	Inj	500 mg	Vancomycin Hydrochloride	02502593	JPC	ABCDEFGVW
			Vancomycin Hydrochloride for Injection	02406535	MAR	ABCDEFGVW
			Vancomycin Hydrochloride USP	02342855	STR	ABCDEFGVW
			Vancomycin	02394626	SDZ	ABCDEFGVW
Pds.	Inj	1 g	Vancomycin	02394634	SDZ	ABCDEFGVW
			Vancomycin	02342863	STR	ABCDEFGVW
			Vancomycin Hydrochloride	02502607	JPC	ABCDEFGVW
			Vancomycin Hydrochloride for Injection	02406543	MAR	ABCDEFGVW
Pds.	Inj	5g	Vancomycin Hydrochloride	02394642	SDZ	ABCDEFGVW
			Vancomycin Hydrochloride	02405822	STR	ABCDEFGVW
			Vancomycin Hydrochloride for Injection	02406551	MAR	ABCDEFGVW

J01XB POLYMYXINES

J01XB01 COLISTIN

Pds.	IM	150 mg	Coly-Mycin M Parenteral	00476420	ERF	ACDEFGV
			Colistimethate for Injection USP	02546639	MAR	ACDEFGV

J01XD DÉRIVÉS DE L'IMIDAZOLE

J01XD01 MÉTRONIDAZOLE

Liq	Inj	5 mg/mL	Metronidazole	00870420	BAX	ACDEFGVW
			Metronidazole	00649074	PFI	ACDEFGVW

J01XE DÉRIVÉS DU NITROFURANE

J01XE01 NITROFURANTOÏNE

Caps	Orl	50 mg	Teva-Nitrofurantoin	02231015	TEV	ACDEFGV
Caps	Orl	100 mg	Auro-Nitrofurantoin BID	02466392	ARO	ACDEFGV
			pms-Nitrofurantoin BID	02455676	PMS	ACDEFGV
Co.	Orl	50 mg	Nitrofurantoin	00319511	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	100 mg	Nitrofurantoin	00312738	AAP	ACDEFGV

J01XX AUTRES ANTIBACTÉRIENS

J01XX01	FOSFOMYCINE							
Pds.	Orl	3 g						
				Monurol	02240335	PAL	(SA)	
				Jamp-Fosfomicin	02473801	JPC	(SA)	
J01XX08	LINÉZOLIDE							
Co.	Orl	600 mg						
				Apo-Linezolid	02426552	APX	(SA)	
				Jamp Linezolid	02520354	JPC	(SA)	
				Sandoz Linezolid	02422689	SDZ	(SA)	
J01XX09	DAPTOMYCINE							
Pds.	IV	500 mg / 10 mL						
				Cubicin RF	02465493	CBP	W (SA)	
J02	ANTIMYCOTIQUES POUR USAGE SYSTÉMIQUE							
J02A	ANTIMYCOTIQUES POUR USAGE SYSTÉMIQUE							
J02AA	ANTIBIOTIQUES							
J02AA01	AMPHOTÉRICINE B							
Pds.	Inj	50 mg						
				AmBisome	02241630	ASL	ACDEFGVW	
				Fungizone	00029149	XPI	ACDEFGVW	
J02AB	DÉRIVÉS DE L'IMIDAZOLE							
J02AB02	KÉTOCONAZOLE							
Co.	Orl	200 mg						
				Apo-Ketoconazole	02237235	APX	ACDEFGVW	
				Teva-Ketoconazole	02231061	TEV	ACDEFGVW	
J02AC	DÉRIVÉS DE TRIAZOLE							
J02AC01	FLUCONAZOLE							
Caps	Orl	150 mg						
				Diflucan	02141442	CHC	ACDEFGVW	
				Apo-Fluconazole	02241895	APX	ACDEFGVW	
				Fluconazole-150	02521229	SAS	ACDEFGVW	
				Jamp Fluconazole	02432471	JPC	ACDEFGVW	
				Mar-Fluconazole-150	02428792	MAR	ACDEFGVW	
Co.	Orl	50 mg						
				Act Fluconazole	02281260	TEV	ACDEFGVW	
				Apo-Fluconazole	02237370	APX	ACDEFGVW	
				Fluconazole	02517396	SAS	ACDEFGVW	
				Fluconazole	02534886	SIV	ACDEFGVW	
				Mylan-Fluconazole	02245292	MYL	ACDEFGVW	
				Novo-Fluconazole	02236978	TEV	ACDEFGVW	
				pms-Fluconazole	02245643	PMS	ACDEFGVW	

J02AC01	FLUCONAZOLE						
Co.	Orl	100 mg	Act Fluconazole	02281279	TEV	ACDEFGVW	
			Apo-Fluconazole	02237371	APX	ACDEFGVW	
			Fluconazole	02517418	SAS	ACDEFGVW	
			Fluconazole	02534894	SIV	ACDEFGVW	
			Mylan-Fluconazole	02245293	MYL	ACDEFGVW	
			Novo-Fluconazole	02236979	TEV	ACDEFGVW	
			pms-Fluconazole	02245644	PMS	ACDEFGVW	
Liq	Inj	2 mg/mL	Diflucan	00891835	PFI	ACDEFGVW	
Pds.	Orl	50 mg / 5 mL	Diflucan	02024152	PFI	(SA)	
J02AC02	ITRACONAZOLE						
Caps	Orl	100 mg	Sporanox	02047454	JAN	ACDEFGV	
			Mint-Itraconazole	02462559	MNT	ACDEFGV	
Liq	Orl	10 mg/mL	Jamp-Itraconazole	02484315	JPC	(SA)	
			Odan-Itraconazole	02495988	ODN	(SA)	
J02AC03	VORICONAZOLE						
Co.	Orl	50 mg	Vfend	02256460	PFI	(SA)	
			Jamp Voriconazole	02525771	JPC	(SA)	
			Sandoz Voriconazole	02399245	SDZ	(SA)	
			Teva-Voriconazole	02396866	TEV	(SA)	
Co.	Orl	200 mg	Vfend	02256479	PFI	(SA)	
			Jamp Voriconazole	02525798	JPC	(SA)	
			Sandoz Voriconazole	02399253	SDZ	(SA)	
			Teva-Voriconazole	02396874	TEV	(SA)	
Pds.	Inj	200 mg	Voriconazole for Injection	02381966	SDZ	ACDEFGV	
J02AC04	POSACONAZOLE						
Co.L.P.	Orl	100 mg	GLN-Posaconazole	02542021	GLM	(SA)	
			Sandoz Posaconazole	02496259	SDZ	(SA)	
			Taro-Posaconazole	02543311	TAR	(SA)	
J02AC05	ISAVUCONAZOLE						
Caps	Orl	100 mg	Cresemba	02483971	AVI	(SA)	
Pds.	IV	200 mg	Cresemba	02483998	AVI	(SA)	

J02AX ANTIMYCOTIQUES POUR USAGE SYSTÉMIQUE**J02AX04 CASPOFUNGIN**

Pds.	IV	50 mg	Cancidas	02244265	FRS	ACDEFGVW
			Caspofungin for Injection	02460947	JNO	ACDEFGVW

Pds.	IV	70 mg	Cancidas	02244266	FRS	ACDEFGVW
			Caspofungin for Injection	02460955	JNO	ACDEFGVW

J02AX05 MICAFUNGIN

Pds.	IV	50 mg	Mycamine	02294222	ASL	ACDEFGVW
------	----	-------	----------	----------	-----	----------

Pds.	IV	100 mg	Mycamine	02311054	ASL	ACDEFGVW
------	----	--------	----------	----------	-----	----------

J04 ANTIFONGIQUES BACTÉRIENS**J04A MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE****J04AB ANTIBIOTIQUES****J04AB02 RIFAMPICINE**

Caps	Orl	150 mg	Rofact	00393444	BSL	ACDEFGPVW
------	-----	--------	--------	----------	-----	-----------

Caps	Orl	300 mg	Rofact	00343617	BSL	ACDEFGPVW
------	-----	--------	--------	----------	-----	-----------

J04AB04 RIFABUTINE

Caps	Orl	150 mg	Mycobutin	02063786	PFI	P (SA)
------	-----	--------	-----------	----------	-----	--------

J04AC HYDRAZIDES**J04AC01 ISONIAZIDE**

Co.	Orl	100 mg	pdp-Isoniazid	00577790	PMS	P
-----	-----	--------	---------------	----------	-----	---

Co.	Orl	300 mg	pdp-Isoniazid	00577804	PMS	P
-----	-----	--------	---------------	----------	-----	---

Sir.	Orl	10 mg/mL	pdp-Isoniazid	00577812	PMS	P
------	-----	----------	---------------	----------	-----	---

J04AK AUTRE MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE**J04AK01 PYRAZINAMIDE**

Co.	Orl	500 mg	pdp-Pyrazinamide	00618810	PMS	P
-----	-----	--------	------------------	----------	-----	---

J04AK02 ÉTHAMBUTOL

Co.	Orl	100 mg	Etibi	00247960	BSL	ACDEFGPV
-----	-----	--------	-------	----------	-----	----------

Co.	Orl	400 mg	Etibi	00247979	BSL	ACDEFGPV
-----	-----	--------	-------	----------	-----	----------

J04B MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DE LA LÈPRE

J04BA MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DE LA LEPRE

J04BA02 DAPSONE

Co. Orl 100 mg

Dapsone 02041510 JCB ACDEFGV

Mar-Dapsone 02481227 MAR ACDEFGV

Riva-Dapsone 02489058 RIV ACDEFGV

J05 ANTIVIRAUX SYSTÉMIQUES**J05A AGENTS AGISSANT DIRECTEMENT SUR LE VIRUS****J05AB NUCLÉOSIDES ET NUCLÉOTIDES, À L'EXCLUSION DES INHIBITEURS LA TRANSCRIPTASE INVERSÉE**

J05AB01 ACYCLOVIR

Co. Orl 200 mg

Apo-Acyclovir 02207621 APX ACDEFGV

Mint-Acyclovir 02524708 MNT ACDEFGV

Mylan-Acyclovir 02242784 MYL ACDEFGV

Teva-Acyclovir 02285959 TEV ACDEFGV

Co. Orl 400 mg

Apo-Acyclovir 02207648 APX ACDEFGV

Mint-Acyclovir 02524716 MNT ACDEFGV

Mylan-Acyclovir 02242463 MYL ACDEFGV

Teva-Acyclovir 02285967 TEV ACDEFGV

Co. Orl 800 mg

Apo-Acyclovir 02207656 APX ACDEFGV

Mint-Acyclovir 02524724 MNT ACDEFGV

Mylan-Acyclovir 02242464 MYL ACDEFGV

Teva-Acyclovir 02285975 TEV ACDEFGV

Liq Inj 50 mg/mL

Acyclovir Sodium 02236926 FKB ACDEFGW

Susp Orl 200 mg / 5 mL

Zovirax (Disc/non disp Jun 12/25) 00886157 GSK ACDEFGV

J05AB06 GANCICLOVIR

Pds. Inj 500 mg

Cytovene 02162695 MSD ACDEFGV

J05AB09 FAMCICLOVIR

Co. Orl 125 mg

Famvir 02229110 NVR ACDEFGV

Act Famciclovir 02305682 TEV ACDEFGV

Apo-Famciclovir 02292025 APX ACDEFGV

Co. Orl 250 mg

Famvir 02229129 NVR ACDEFGV

Act Famciclovir 02305690 TEV ACDEFGV

Apo-Famciclovir 02292041 APX ACDEFGV

J05AB09 FAMCICLOVIR
 Co. Orl 500 mg
 Famvir 02177102 NVR ACDEFGV
 Act Famciclovir 02305704 TEV ACDEFGV
 Apo-Famciclovir 02292068 APX ACDEFGV

J05AB11 VALACYCLOVIR
 Co. Orl 500 mg
 Valtrex 02219492 GSK ACDEFGV
 Apo-Valacyclovir 02295822 APX ACDEFGV
 Auro-Valacyclovir 02405040 ARO ACDEFGV
 Jamp Valacyclovir 02440598 JPC ACDEFGV
 Jamp-Valacyclovir 02441454 JPC ACDEFGV
 Mylan-Valacyclovir 02351579 MYL ACDEFGV
 pms-Valacyclovir 02298457 PMS ACDEFGV
 Sandoz Valacyclovir 02347091 SDZ ACDEFGV
 Teva-Valacyclovir 02357534 TEV ACDEFGV
 Valacyclovir 02454645 SAS ACDEFGV
 Valacyclovir 02442000 SIV ACDEFGV

Co. Orl 1 000 mg
 Valtrex 02246559 GSK ACDEFGV
 Apo-Valacyclovir 02354705 APX ACDEFGV
 Auro-Valacyclovir 02405059 ARO ACDEFGV
 Mylan-Valacyclovir 02351560 MYL ACDEFGV
 pms-Valacyclovir 02381230 PMS ACDEFGV
 Valacyclovir 02519585 SAS ACDEFGV
 Valacyclovir 02442019 SIV ACDEFGV

J05AB14 VALGANCICLOVIR
 Co. Orl 450 mg
 Valcyte 02245777 XPI ACDEFGV
 Auro-Valganciclovir 02435179 ARO ACDEFGV
 Mint-Valganciclovir 02495457 MNT ACDEFGV
 Teva-Valganciclovir 02413825 TEV ACDEFGV

Pds. Orl 50 mg/mL
 Valcyte 02306085 XPI (SA)
 Auro-Valganciclovir 02535483 ARO (SA)

J05AE INHIBITEURS DE PROTÉASE

J05AE03 RITONAVIR
 Co. Orl 100 mg
 Norvir 02357593 ABV ACDEFGUV

J05AE07 FOSAMPRENAVIR
 Co. Orl 700 mg
 Telzir 02261545 VIV ACDEFGUV

J05AE07	FOSAMPRÉNAVIR						
Susp	Orl	50 mg/mL		Telzir	02261553	VIV	ACDEFGUV
J05AE08	ATAZANAVIR						
Caps	Orl	150 mg	Jamp Atazanavir	02513102	JPC	ACDEFGUV	
			Mylan-Atazanavir	02456877	MYL	ACDEFGUV	
			Teva-Atazanavir	02443791	TEV	ACDEFGUV	
Caps	Orl	200 mg	Reyataz	02248611	BRI	ACDEFGUV	
			Jamp Atazanavir	02513110	JPC	ACDEFGUV	
			Mylan-Atazanavir	02456885	MYL	ACDEFGUV	
			Teva-Atazanavir	02443813	TEV	ACDEFGUV	
Caps	Orl	300 mg	Reyataz	02294176	BRI	ACDEFGUV	
			Jamp Atazanavir	02513129	JPC	ACDEFGUV	
			Mylan-Atazanavir	02456893	MYL	ACDEFGUV	
			Teva-Atazanavir	02443821	TEV	ACDEFGUV	
J05AE09	TIPRANAVIR						
Caps	Orl	250 mg		Aptivus	02273322	BOE	(SA)
J05AE10	DARUNAVIR						
Co.	Orl	600 mg	Apo-Darunavir	02487241	APX	ACDEFGUV	
			Auro-Darunavir	02486121	ARO	ACDEFGUV	
			Darunavir	02521342	JPC	ACDEFGUV	
Co.	Orl	800 mg	Apo-Darunavir	02487268	APX	ACDEFGUV	
			Auro-Darunavir	02486148	ARO	ACDEFGUV	
			Darunavir	02521350	JPC	ACDEFGUV	
J05AE30	NIRMATRELVIR ET RITONAVIR						
Co.	Orl	150 mg / 100 mg		Paxlovid	02527804	PFI	(SA)
Co.	Orl	300 mg / 100 mg		Paxlovid	02524031	PFI	(SA)
J05AF	INHIBITEURS NUCLÉOSIDIQUES ET NUCLÉOTIDIQUES DE LA TRANSCRIPTASE						
J05AF01	ZIDOVUDINE						
Caps	Orl	100 mg	Apo-Zidovudine	01946323	APX	ACDEFGUV	
Liq	Inj	10 mg/mL	Retrovir	01902644	VIV	ACDEFGUV	
Sir.	Orl	50 mg / 5 mL	Retrovir	01902652	VIV	ACDEFGUV	

J05AF05	LAMIVUDINE							
Co.	Orl	100 mg						
				Apo-Lamivudine HBV	02393239	APX	(SA)	
				Jamp-Lamivudine HBV	02512467	JPC	(SA)	
Co.	Orl	150 mg						
				3TC	02192683	VIV	ACDEFGUV	
				Apo-Lamivudine	02369052	APX	ACDEFGUV	
				Jamp Lamivudine	02507110	JPC	ACDEFGUV	
Co.	Orl	300 mg						
				3TC	02247825	VIV	ACDEFGUV	
				Apo-Lamivudine	02369060	APX	ACDEFGUV	
				Jamp Lamivudine	02507129	JPC	ACDEFGUV	
Liq	Orl	10 mg/mL						
				3TC	02192691	VIV	ACDEFGUV	
J05AF06	ABACAVIR							
Co.	Orl	300 mg						
				Apo-Abacavir	02396769	APX	ACDEFGUV	
				Mint-Abacavir	02480956	MNT	ACDEFGUV	
Liq	Orl	20 mg/mL						
				Ziagen	02240358	VIV	ACDEFGUV	
J05AF07	TÉNOFOVIR DISOPROXIL							
Co.	Orl	300 mg						
				Viread	02247128	GIL	ACDEFGUV	
				Apo-Tenofovir	02451980	APX	ACDEFGUV	
				Auro-Tenofovir	02460173	ARO	ACDEFGUV	
				Jamp-Tenofovir	02479087	JPC	ACDEFGUV	
				Mint-Tenofovir	02512939	MNT	ACDEFGUV	
				Mylan-Tenofovir Disoproxil	02452634	MYL	ACDEFGUV	
				Nat-Tenofovir	02472511	NAT	ACDEFGUV	
				pms-Tenofovir	02453940	PMS	ACDEFGUV	
				Tenofovir	02523922	SIV	ACDEFGUV	
				Tenofovir Disoproxil Fumarate	02512327	SAS	ACDEFGUV	
				Teva-Tenofovir	02403889	TEV	ACDEFGUV	
J05AF10	ENTÉCAVIR							

J05AF10 ENTÉCAVIR

Co. Orl 0,5 mg

Baraclude	02282224	BRI	ACDEFGV
Apo-Entecavir	02396955	APX	ACDEFGV
Auro-Entecavir	02448777	ARO	ACDEFGV
Entecavir	02527154	SAS	ACDEFGV
Entecavir	02453797	STD	ACDEFGV
Jamp-Entecavir	02467232	JPC	ACDEFGV
Mint-Entecavir	02485907	MNT	ACDEFGV
pms-Entecavir	02430576	PMS	ACDEFGV

J05AG INHIBITEURS NON NUCLÉOSIDIQUES DE LA TRANSCRIPTASE INVERSÉE**J05AG01 NÉVIRAPINE**

Co. Orl 200 mg

Auro-Nevirapine	02318601	ARO	ACDEFGUV
Jamp-Nevirapine	02405776	JPC	ACDEFGUV
Mylan-Nevirapine	02387727	MYL	ACDEFGUV

J05AG03 ÉFAVIRENZ

Co. Orl 600 mg

Auro-Efavirenz	02418428	ARO	ACDEFGUV
Jamp-Efavirenz	02458233	JPC	ACDEFGUV
Mylan-Efavirenz	02381524	MYL	ACDEFGUV
Teva-Efavirenz	02389762	TEV	ACDEFGUV

J05AG04 ÉTRAVIRINE

Co. Orl 100 mg

Intelence 02306778 JAN (SA)

Co. Orl 200 mg

Intelence 02375931 JAN (SA)

J05AG05 RILPIVIRINE

Co. Orl 25 mg

Edurant 02370603 JAN ACDEFGUV

J05AG06 DORAVIRINE

Co. Orl 100 mg

Pifeltro 02481545 FRS U (SA)

J05AH INHIBITEURS DE LA NEURAMINIDASE**J05AH01 ZANAMIVIR**

Pd. Inh 5 mg

Relenza 02240863 GSK (SA)

J05AH02 OSELTAMIVIR

J05AH02 OSELTAMIVIR

Caps Orl 30 mg

Tamiflu 02304848 HLR (SA)
 Jamp-Oseltamivir 02497409 JPC (SA)
 Mint-Oseltamivir 02497441 MNT (SA)
 Nat-Oseltamivir 02472635 NAT (SA)
 Sandoz Oseltamivir 02504006 SDZ (SA)

Caps Orl 45 mg

Tamiflu 02304856 HLR (SA)
 Nat-Oseltamivir 02472643 NAT (SA)

Caps Orl 75 mg

Tamiflu 02241472 HLR (SA)
 Jamp-Oseltamivir 02497425 JPC (SA)
 Mint-Oseltamivir 02497476 MNT (SA)
 Nat-Oseltamivir 02457989 NAT (SA)
 Sandoz Oseltamivir 02504022 SDZ (SA)

Pds. Orl 6 mg/mL

Tamiflu 02381842 HLR (SA)
 Nat-Oseltamivir 02499894 NAT (SA)

J05AJ INHIBITEURS INTÉGRÉS**J05AJ01 RALTÉGRAVIR**

Co. Orl 400 mg

Isentress 02301881 FRS ACDEFGUV

J05AJ03 DOLUTÉGRAVIR

Co. Orl 50 mg

Tivicay 02414945 VIV ACDEFGUV

J05AJ04 CABOTEGRAVIR

Co. Orl 30 mg

Vocabria 02497204 VIV U (SA)

J05AP ANTIVIRAUX POUR LE TRAITEMENT DES INFECTIONS AU VIH**J05AP08 SOFOSBUVIR**

Co. Orl 400 mg

Sovaldi 02418355 GIL (SA)

J05AP51 SOFOSBUVIR ET LÉDIPASVIR

Co. Orl 400 mg / 90 mg

Harvoni 02432226 GIL (SA)

J05AP55 SOFOSBUVIR ET VELPATASVIR

Co. Orl 400 mg / 100 mg

Eplusa 02456370 GIL (SA)

J05AP56 SOFOSBUVIR, VELPATASVIR ET VOXILAPRÉVIR

Co. Orl 400 mg / 100 mg / 100mg

Vosevi 02467542 GIL (SA)

J05AP57 GLÉCAPRÉVIR ET PIBRENTASVIR

Co. Orl 100 mg / 40 mg Maviret 02467550 ABV (SA)

Gran Orl 50 mg / 20 mg Maviret 02522470 ABV (SA)

J05AR ANTIVIRAUX POUR LE TRAITEMENT DES INFECTIONS AU VIH, COMBINAISONS

J05AR01 ZIDOVUDINE ET LAMIVUDINE

Co. Orl 300 mg / 150 mg Combivir 02239213 VIV ACDEFGUV

Apo-Lamivudine/Zidovudine 02375540 APX ACDEFGUV

Auro-Lamivudine/Zidovudine 02414414 ARO ACDEFGUV

Jamp-Lamivudine/Zidovudine 02502801 JPC ACDEFGUV

J05AR02 LAMIVUDINE ET ABACAVIR

Co. Orl 300 mg / 600 mg Kivexa 02269341 VIV ACDEFGUV

Apo-Abacavir-Lamivudine 02399539 APX ACDEFGUV

Auro-Abacavir/Lamivudine 02454513 ARO ACDEFGUV

Jamp Abacavir/Lamivudine 02497654 JPC ACDEFGUV

Mylan-Abacavir/Lamivudine 02450682 MYL ACDEFGUV

pms-Abacavir-Lamivudine 02458381 PMS ACDEFGUV

Teva-Abacavir/Lamivudine 02416662 TEV ACDEFGUV

J05AR03 TÉNOFOVIR DISOPROXIL ET EMTRICITABINE

Co. Orl 300 mg / 200 mg Truvada 02274906 GIL ACDEFGUV

Apo- Emtricitabine-Tenofovir 02452006 APX ACDEFGUV

Auro-Emtricitabine/Tenofovir 02490684 ARO ACDEFGUV

Jamp-Emtricitabine-Tenofovir Disoproxil Fumarate 02487012 JPC ACDEFGUV

Mint-Emtricitabine/Tenofovir 02521547 MNT ACDEFGUV

Mylan-Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil 02443902 MYL ACDEFGUV

pms-Emtricitabine-Tenofovir 02461110 PMS ACDEFGUV

Teva-Emtricitabine/Tenofovir 02399059 TEV ACDEFGUV

J05AR04 ZIDOVUDINE, LAMIVUDINE ET ABACAVIR

Co. Orl 300 mg / 150 mg / 300 mg Apo-Abacavir-Lamivudine-Zidovudine 02416255 APX ACDEFGUV

J05AR06 EMTRICITABINE, TÉNOFOVIR DISOPROXIL ET ÉFAVIRENZ

J05AR06	EMTRICITABINE, TÉNOFOVIR DISOPROXIL ET ÉFAVIRENZ				
Co.	Orl	200 mg / 300 mg / 600 mg	Apo-Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir	02468247	APX ACDEFGUV
			Auro-Efavirenz-Emtricitabine-Tenofovir	02478404	ARO ACDEFGUV
			Jamp Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil Fumarate	02519461	JPC ACDEFGUV
			Mylan-Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil Fumarate	02461412	MYL ACDEFGUV
			pms-Efavirenz-Emtricitabine-Tenofovir	02487284	PMS ACDEFGUV
			Teva-Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir	02393549	TEV ACDEFGUV
J05AR08	EMTRICITABINE, TÉNOFOVIR DISOPROXIL ET RILPIVIRINE				
Co.	Orl	200 mg / 300 mg / 25 mg	Complera	02374129	GIL ACDEFGUV
J05AR09	EMTRICITABINE, TÉNOFOVIR DISOPROXIL, ELVITÉGRAVIR ET COBICISTAT				
Co.	Orl	200 mg / 300 mg / 150 mg / 150 mg	Stribild	02397137	GIL U (SA)
J05AR10	LOPINAVER ET RITONAVIR				
Co.	Orl	100 mg / 25 mg	Kaletra	02312301	ABV ACDEFGUV
Co.	Orl	200 mg / 50 mg	Kaletra Tab	02285533	ABV ACDEFGUV
Liq	Orl	80 mg / 20 mg/mL	Kaletra Oral Solution	02243644	ABV ACDEFGUV
J05AR13	LAMIVUDINE, ABACAVIR ET DOLUTÉGRAVIR				
Co.	Orl	300 mg / 600 mg / 50 mg	Triumeq	02430932	VIV ACDEFGUV
J05AR14	DARUNAVIR ET COBICSTAT				
Co.	Orl	800 mg / 150 mg	Prezcobix	02426501	JAN U (SA)
J05AR18	EMTRICITABINE, TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE, ELVITÉGRAVIR ET COBICISTAT				
Co.	Orl	200 mg / 10 mg / 150 mg / 150 mg	Genvoya	02449498	GIL U (SA)
J05AR19	EMTRICITABINE, TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE ET RILPIVIRINE				
Co.	Orl	200 mg / 25 mg / 25 mg	Odefsey	02461463	GIL U (SA)
J05AR20	EMTRICITABINE, TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE ET BICTÉGRAVIR				
Co.	Orl	200 mg / 25 mg / 50 mg	Biktarvy	02478579	GIL U (SA)
J05AR21	DOLUTÉGRAVIR ET RILPIVIRINE				
Co.	Orl	50 mg / 25 mg	Juluca	02475774	VIV U (SA)
J05AR24	LAMIVUDINE, TÉNOFOVIR DISOPROXIL ET DORAVIRINE				
Co.	Orl	300 mg / 300 mg / 100 mg	Delstrigo	02482592	FRS U (SA)

J05AR25	LAMIVUDINE ET DOLUTÉGRAVIR						
Co.	Orl	50 mg / 300 mg		Dovato	02491753	VIV	U (SA)
J05AR99	CABOTEGRAVIR ET RILPIRIVINE						
Tro	IM	600 mg / 2 mL, 900 mg / 3mL		Cabenuva	02497220	VIV	U (SA)
				Cabenuva	02497247	VIV	U (SA)
J05AX	AUTRES ANTIVIRAUX						
J05AX09	MARAVIROC						
Co.	Orl	150 mg		Celsentri	02299844	VIV	(SA)
Co.	Orl	300 mg		Celsentri	02299852	VIV	(SA)
J05AX10	MARIBAVIR						
Co.	Orl	200 mg		Livtency	02530740	TAK	(SA)
J05AX18	LÉTERMOVIR						
Co.	Orl	240 mg		Prevymis	02469375	FRS	(SA)
Co.	Orl	480 mg		Prevymis	02469383	FRS	(SA)
Liq	IV	240 mg / 12 mL		Prevymis	02469367	FRS	(SA)
Liq	IV	480 mg / 24 mL		Prevymis	02469405	FRS	(SA)
L	ANTINÉOPLASTIQUES ET AGENTS IMMUNOMODULANTS						
L01	AGENTS ANTINÉOPLASIQUES						
L01A	AGENTS ALKYLANTS						
L01AA	ANALOGUES, MOUTARDE AZOTÉE						
L01AA01	CYCLOPHOSPHAMIDE						
Co.	Orl	25 mg		Procytox	02241795	BAX	ACDEFGV
Co.	Orl	50 mg		Procytox	02241796	BAX	ACDEFGV
L01AA02	CHLORAMBUCIL						
Co.	Orl	2 mg		Leukeran	00004626	APN	ACDEFGV
L01AA03	MELPHALAN						
Co.	Orl	2 mg		Alkeran	00004715	APN	ACDEFGV
L01AB	SULFONATES D'ALKYLE						
L01AB01	BUSULFAN						

L01AB01	BUSULFAN								
Co.	Orl	2 mg				Myleran	00004618	APN	ACDEFGV
L01AD NITROSURÉES									
L01AD02	LOMUSTINE								
Caps	Orl	10 mg				CeeNU	00360430	BRI	ACDEFGV
Caps	Orl	40 mg				CeeNU	00360422	BRI	ACDEFGV
L01AX AUTRES AGENTS ALKYLANTS									
L01AX03	TÉMOZOLOMIDE								
Caps	Orl	5 mg				Temodal	02241093	FRS	ACDEFGV
						Jamp Temozolomide	02516799	JPC	ACDEFGV
						Taro-Temozolomide	02443473	TAR	ACDEFGV
						Teva-Temozolomide	02441160	TEV	ACDEFGV
Caps	Orl	20 mg				Temodal	02241094	FRS	ACDEFGV
						Jamp Temozolomide	02516802	JPC	ACDEFGV
						Taro-Temozolomide	02443481	TAR	ACDEFGV
						Teva-Temozolomide	02395274	TEV	ACDEFGV
Caps	Orl	100 mg				Temodal	02241095	FRS	ACDEFGV
						Jamp Temozolomide	02516810	JPC	ACDEFGV
						Taro-Temozolomide	02443511	TAR	ACDEFGV
						Teva-Temozolomide	02395282	TEV	ACDEFGV
Caps	Orl	140 mg				Temodal	02312794	FRS	ACDEFGV
						Jamp Temozolomide	02516829	JPC	ACDEFGV
						Taro-Temozolomide	02443538	TAR	ACDEFGV
						Teva-Temozolomide	02395290	TEV	ACDEFGV
Caps	Orl	250 mg				Temodal	02241096	FRS	ACDEFGV
						Jamp Temozolomide	02516845	JPC	ACDEFGV
						Taro-Temozolomide	02443554	TAR	ACDEFGV
						Teva-Temozolomide	02395312	TEV	ACDEFGV
L01B ANTIMÉTABOLITES									
L01BA ANALOGUES DE L'ACIDE FOLIQUE									
L01BA01	MÉTHOTREXATE								

L01BA01		MÉTHOTREXATE					
Co.	Orl	2,5 mg	ACH-Methotrexate	02509067	AHI	ACDEFGV	
			Apo-Methotrexate	02182963	APX	ACDEFGV	
			Auro-Methotrexate	02524023	ARO	ACDEFGV	
			M-Methotrexate	02534916	MRA	ACDEFGV	
			pms-Methotrexate	02170698	PMS	ACDEFGV	
Co.	Orl	10 mg	Methotrexate	02182750	PFI	ACDEFGV	
Liq	IM	7,5 mg / 0,3 mL	Methotrexate Inj BP	02422166	PMS	ACDEFGV	
Liq	IM	10 mg / 0,4 mL	Methotrexate Inj BP	02422174	PMS	ACDEFGV	
Liq	IM	15 mg / 0,6 mL	Methotrexate Inj BP	02422182	PMS	ACDEFGV	
Liq	IM	20 mg / 0,8 mL	Methotrexate Inj BP	02422190	PMS	ACDEFGV	
Liq	IM	25 mg/mL	Methotrexate Inj BP	02422204	PMS	ACDEFGV	
Liq	Inj	10 mg/mL	Methotrexate Inj USP	02182947	PFI	ACDEFGV	
Liq	Inj	25 mg/mL	Methotrexate Inj USP	02182777	PFI	ACDEFGV	
			Methotrexate Inj USP (PF)	02182955	PFI	ACDEFGV	
			Methotrexate Injection BP	02464365	AHI	ACDEFGV	
			Methotrexate Inj USP (PF)	02099705	TEV	ACDEFGV	
Liq	SC	10 mg / 0,2 mL	Metोजect Subcutaneous	02454831	MDX	ACDEFGV	
			pms-Methotrexate Injection	02539608	PMS	ACDEFGV	
Liq	SC	12,5 mg / 0,25 mL	Metोजect Subcutaneous	02454750	MDX	ACDEFGV	
			pms-Methotrexate Injection	02539616	PMS	ACDEFGV	
Liq	SC	15 mg / 0,3 mL	Metोजect Subcutaneous	02454858	MDX	ACDEFGV	
			Methotrexate Subcutaneous	02491311	AHI	ACDEFGV	
			pms-Methotrexate Injection	02539624	PMS	ACDEFGV	
Liq	SC	17,5 mg / 0,35 mL	Metोजect Subcutaneous	02454769	MDX	ACDEFGV	
			Methotrexate Subcutaneous	02491338	AHI	ACDEFGV	
			pms-Methotrexate Injection	02539632	PMS	ACDEFGV	

L01BA01 MÉTHOTREXATE

Liq SC 20 mg / 0,4 mL

Metobject Subcutaneous	02454866	MDX	ACDEFGV
Methotrexate Subcutaneous	02491346	AHI	ACDEFGV
pms-Methotrexate Injection	02539640	PMS	ACDEFGV

Liq SC 22,5 mg / 0,45 mL

Metobject Subcutaneous	02454777	MDX	ACDEFGV
Methotrexate Subcutaneous	02491354	AHI	ACDEFGV
pms-Methotrexate Injection	02539659	PMS	ACDEFGV

Liq SC 25 mg / 0,5 mL

Metobject Subcutaneous	02454874	MDX	ACDEFGV
Methotrexate Subcutaneous	02491362	AHI	ACDEFGV
pms-Methotrexate Injection	02539667	PMS	ACDEFGV

L01BB ANALOGUES PURINE**L01BB02 MERCAPTOPURINE**

Co. Orl 50 mg

Purinethol	00004723	TEV	ACDEFGV
Mercaptopurine	02415275	STR	ACDEFGV

L01BB03 TIOGUANINE

Co. Orl 40 mg

Lanvis	00282081	APN	ACDEFGV
--------	----------	-----	---------

L01BB05 FLUDARABINE

Co. Orl 10 mg

Fludara	02246226	SAV	(SA)
---------	----------	-----	------

L01BC ANALOGUES PYRIMIDIQUES**L01BC02 FLUOROURACILE**

Cr. Top 5%

Efudex	00330582	BSL	ACDEFGV
--------	----------	-----	---------

L01BC06 CAPÉCITABINE

Co. Orl 150 mg

Ach-Capecitabine	02426757	AHI	ACDEFGV
Capecitabine	02519879	JPC	ACDEFGV
Capecitabine	02514982	SAS	ACDEFGV
Sandoz Capecitabine	02421917	SDZ	ACDEFGV
Taro-Capecitabine	02457490	TAR	ACDEFGV

Co. Orl 500 mg

Ach-Capecitabine	02426765	AHI	ACDEFGV
Capecitabine	02519887	JPC	ACDEFGV
Capecitabine	02514990	SAS	ACDEFGV
Mint-Capecitabine	02508028	MNT	ACDEFGV
Sandoz Capecitabine	02421925	SDZ	ACDEFGV
Taro-Capecitabine	02457504	TAR	ACDEFGV

L01BC07	AZACITIDINE							
Co.	Orl	200 mg		Onureg	02510197	BRI	(SA)	
Co.	Orl	300 mg		Onureg	02510200	BRI	(SA)	
L01BC08	DECITABINE							
	DECITABINE / CEDAZURIDINE							
Co.	Orl	35 mg / 100 mg		Inqovi	02501600	TAI	(SA)	
L01BC52	FLUOROURACILE, EN COMBINAISON							
	FLUOROURACILE / ACIDE SALICYLIQUE							
Liq	Top	0,5% / 10%		Actikerall	02428946	CIP	ACDEFGV	
L01BC59	TRIFLURIDINE, EN COMBINAISON							
	TRIFLURIDINE / TIPIRACIL							
Co.	Orl	15 mg / 6,14 mg		Lonsurf	02472104	TAI	(SA)	
Co.	Orl	20 mg / 8,19 mg		Lonsurf	02472112	TAI	(SA)	
L01C	ALCALOIDES DE PLANTES ET AUTRES PRODUITS NATURELS							
L01CB	DÉRIVÉS DE LA PODOPHYLLOTOXINE							
L01CB01	ÉTOPOSIDE							
Caps	Orl	50 mg		Vepesid	00616192	XPI	ACDEFGV	
L01D	CYTOTOXIC ANTIBIOTICS AND RELATED SUBSTANCES							
L01DC	AUTRES ANTIBIOTIQUES CYTOTOXIQUES							
L01DC03	MITOMYCIN							
Pds.	Inj	20 mg		Mitomycin for Injection	02531941	HIK	(SA)	
L01E	INHIBITEURS DE PROTÉINE KINASE							
L01EA	INHIBITEURS DE TYROSINE KINASE BCR-ABL							
L01EA01	IMATINIB							

L01EA01 IMATINIB

Co. Orl 100 mg

Gleevec	02253275	NVR	ACDEFGV
ACH-Imatinib	02490986	AHI	ACDEFGV
Apo-Imatinib	02355337	APX	ACDEFGV
Imatinib	02504596	SAS	ACDEFGV
Imatinib	02521202	SIV	ACDEFGV
Jamp Imatinib	02495066	JPC	ACDEFGV
Mint-Imatinib	02492334	MNT	ACDEFGV
Nat-Imatinib	02397285	NAT	ACDEFGV
pms-Imatinib	02431114	PMS	ACDEFGV
Teva-Imatinib	02399806	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 400 mg

Gleevec	02253283	NVR	ACDEFGV
ACH-Imatinib	02490994	AHI	ACDEFGV
Apo-Imatinib	02355345	APX	ACDEFGV
Imatinib	02504618	SAS	ACDEFGV
Imatinib	02521210	SIV	ACDEFGV
Jamp Imatinib	02495074	JPC	ACDEFGV
Mint-Imatinib	02492342	MNT	ACDEFGV
Nat-Imatinib	02397293	NAT	ACDEFGV
pms-Imatinib	02431122	PMS	ACDEFGV
Teva-Imatinib	02399814	TEV	ACDEFGV

L01EA02 DASATINIB

Co. Orl 20 mg

Sprycel	02293129	BRI	(SA)
Apo-Dasatinib	02470705	APX	(SA)
Reddy-Dasatinib	02514737	RCH	(SA)
Taro-Dasatinib	02499282	TAR	(SA)
Teva-Dasatinib	02478307	TEV	(SA)

Co. Orl 50 mg

Sprycel	02293137	BRI	(SA)
Apo-Dasatinib	02470713	APX	(SA)
Reddy-Dasatinib	02514745	RCH	(SA)
Taro-Dasatinib	02499304	TAR	(SA)
Teva-Dasatinib	02478315	TEV	(SA)

Co. Orl 70 mg

Sprycel	02293145	BRI	(SA)
Apo-Dasatinib	02481499	APX	(SA)
Reddy-Dasatinib	02514753	RCH	(SA)
Taro-Dasatinib	02499312	TAR	(SA)
Teva-Dasatinib	02478323	TEV	(SA)

L01EA02 DASATINIB

Co. Orl 80 mg

Sprycel 02360810 BRI (SA)

Apo-Dasatinib 02481502 APX (SA)

Reddy-Dasatinib 02514761 RCH (SA)

Taro-Dasatinib 02499320 TAR (SA)

Teva-Dasatinib 02478331 TEV (SA)

Co. Orl 100 mg

Sprycel 02320193 BRI (SA)

Apo-Dasatinib 02470721 APX (SA)

Reddy-Dasatinib 02514788 RCH (SA)

Taro-Dasatinib 02499339 TAR (SA)

Teva-Dasatinib 02478358 TEV (SA)

Co. Orl 140 mg

Sprycel 02360829 BRI (SA)

Reddy-Dasatinib 02514796 RCH (SA)

Taro-Dasatinib 02499347 TAR (SA)

L01EA03 NILOTINIB

Caps Orl 150 mg

Tasigna 02368250 NVR (SA)

Apo-Nilotinib 02550881 APX (SA)

Caps Orl 200 mg

Tasigna 02315874 NVR (SA)

Apo-Nilotinib 02550903 APX (SA)

L01EA04 BOSUTINIB

Co. Orl 100 mg

Bosulif 02419149 PFI (SA)

Co. Orl 500 mg

Bosulif 02419157 PFI (SA)

L01EA05 PONATINIB

Co. Orl 15 mg

Iclusig 02437333 TAK (SA)

Co. Orl 45 mg

Iclusig 02437341 TAK (SA)

L01EA06 ASCIMINIB

Co. Orl 20 mg

Scemblix 02528320 NVR (SA)

Co. Orl 40 mg

Scemblix 02528339 NVR (SA)

L01EB INHIBITEURS DE TYROSINE KINASE DU RÉCEPTEUR DU FACTEUR DE CROISSANCE ÉPIDERMIQUE (EGFR)**L01EB02 ERLOTINIB**

L01EB02 ERLOTINIB

Co. Orl 25 mg

Tarceva	02269007	HLR	ACDEFGV
Apo-Erlotinib	02461862	APX	ACDEFGV
Nat-Erlotinib	02483912	NAT	ACDEFGV
Teva-Erlotinib	02377691	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 100 mg

Tarceva	02269015	HLR	ACDEFGV
Apo-Erlotinib	02461870	APX	ACDEFGV
Nat-Erlotinib	02483920	NAT	ACDEFGV
Teva-Erlotinib	02377705	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 150 mg

Tarceva	02269023	HLR	ACDEFGV
Apo-Erlotinib	02461889	APX	ACDEFGV
Nat-Erlotinib	02483939	NAT	ACDEFGV
Teva-Erlotinib	02377713	TEV	ACDEFGV

L01EB03 AFATINIB

Co. Orl 20 mg

Giotrif	02415666	BOE	(SA)
Mar-Afatinib	02517019	MAR	(SA)
Sandoz Afatinib	02512777	SDZ	(SA)

Co. Orl 30 mg

Giotrif	02415674	BOE	(SA)
Mar-Afatinib	02517027	MAR	(SA)
Sandoz Afatinib	02512785	SDZ	(SA)

Co. Orl 40 mg

Giotrif	02415682	BOE	(SA)
Mar-Afatinib	02517035	MAR	(SA)
Sandoz Afatinib	02512793	SDZ	(SA)

L01EB04 OSIMERTINIB

Co. Orl 40 mg

Tagrisso	02456214	AZE	(SA)
----------	----------	-----	------

Co. Orl 80 mg

Tagrisso	02456222	AZE	(SA)
----------	----------	-----	------

L01EC INHIBITEURS DE THRÉONINE KINASE DE LA B-RAF SÉRINE**L01EC01 VÉMURAFENIB**

Co. Orl 240 mg

Zelboraf	02380242	HLR	(SA)
----------	----------	-----	------

L01EC02 DABRAFÉNIB

Caps Orl 50 mg

Tafinlar	02409607	NVR	(SA)
----------	----------	-----	------

Caps Orl 75 mg

Tafinlar	02409615	NVR	(SA)
----------	----------	-----	------

L01EC03	ENCORAFENIB							
	Caps	Orl	75 mg			Braftovi	02513099	PFI (SA)
L01ED		INHIBITEURS DE KINASE DU LYMPHOME ANAPLASIQUE (ALK)						
L01ED01	CRIZOTINIB							
	Caps	Orl	200 mg			Xalkori	02384256	PFI (SA)
	Caps	Orl	250 mg			Xalkori	02384264	PFI (SA)
L01ED02	CERITINIB							
	Caps	Orl	150 mg			Zykadia	02436779	NVR (SA)
L01ED03	ALECTINIB							
	Caps	Orl	150 mg			Alecensaro	02458136	HLR (SA)
L01ED04	BRIGATINIB							
	Co.	Orl	30 mg			Alunbrig	02479206	TAK (SA)
	Co.	Orl	90 mg			Alunbrig	02479214	TAK (SA)
						Alunbrig (initiation pack)	02479230	TAK (SA)
	Co.	Orl	180 mg			Alunbrig	02479222	TAK (SA)
L01ED05	LORLATINIB							
	Co.	Orl	25 mg			Lorbrena	02485966	PFI (SA)
	Co.	Orl	100 mg			Lorbrena	02485974	PFI (SA)
L01EE		INHIBITEURS DE PROTÉINE KINASE ACTIVÉE PAR LES MITOGÈNES (MEK)						
L01EE01	TRAMÉTINIB							
	Co.	Orl	0,5 mg			Mekinist	02409623	NVR (SA)
	Co.	Orl	2 mg			Mekinist	02409658	NVR (SA)
L01EE02	COBIMÉTINIB							
	Co.	Orl	20 mg			Cotellic	02452340	HLR (SA)
L01EE03	BINIMETINIB							
	Co.	Orl	15 mg			Mektovi	02513080	PFI (SA)
L01EF		INHIBITEURS DE KINASE DÉPENDANTE DES CYCLINES (CDK)						
L01EF01	PALBOCICLIB							

L01EF01 PALBOCICLIB

Co.	Orl	75 mg	Ibrance	02493535	PFI	(SA)
			pms-Palbociclib	02552124	PMS	(SA)
			Taro-Palbociclib	02547635	TAR	(SA)
Co.	Orl	100 mg	Ibrance	02493543	PFI	(SA)
			pms-Palbociclib	02552132	PMS	(SA)
			Taro-Palbociclib	02547643	TAR	(SA)
Co.	Orl	125 mg	Ibrance	02493551	PFI	(SA)
			pms-Palbociclib	02552140	PMS	(SA)
			Taro-Palbociclib	02547651	TAR	(SA)

L01EF02 RIBOCICLIB

Co.	Orl	200 mg	Kisqali	02473569	NVR	(SA)
-----	-----	--------	---------	----------	-----	------

L01EF03 ABÉMACICLIB

Co.	Orl	50 mg	Verzenio	02487098	LIL	(SA)
Co.	Orl	100 mg	Verzenio	02487101	LIL	(SA)
Co.	Orl	150 mg	Verzenio	02487128	LIL	(SA)

L01EG INHIBITEURS DE LA CIBLE MAMMALIENNE DE RAPAMYCINE (MTOR)

L01EG02 ÉVÉROLIMUS

Co.	Orl	2,5 mg	Afinitor	02369257	NVR	(SA)
			Nat-Everolimus	02530090	NAT	(SA)
			pms-Everolimus	02504677	PMS	(SA)
			Reddy-Everolimus	02532409	RCH	(SA)
			Sandoz Everolimus	02492911	SDZ	(SA)
			Teva-Everolimus	02463229	TEV	(SA)
Co.	Orl	5 mg	Afinitor	02339501	NVR	(SA)
			Nat-Everolimus	02530104	NAT	(SA)
			pms-Everolimus	02504685	PMS	(SA)
			Reddy-Everolimus	02532417	RCH	(SA)
			Sandoz Everolimus	02492938	SDZ	(SA)
			Teva-Everolimus	02463237	TEV	(SA)

L01EG02	ÉVÉROLIMUS						
Co.	Orl	10 mg		Afinitor	02339528	NVR	(SA)
				Nat-Everolimus	02530120	NAT	(SA)
				pms-Everolimus	02504693	PMS	(SA)
				Reddy-Everolimus	02532433	RCH	(SA)
				Sandoz Everolimus	02492946	SDZ	(SA)
				Teva-Everolimus	02463253	TEV	(SA)
L01EH	INHIBITEURS DE TYROSINE KINASE DU RÉCEPTEUR 2 DU FACTEUR DE CROISSANCE ÉPIDERMIQUE HUMAIN (HER2)						
L01EH01	LAPATINIB						
Co.	Orl	250 mg		Tykerb	02326442	NVR	(SA)
L01EH03	TUCATINIB						
Co.	Orl	50 mg		Tukyasa	02499827	SGC	(SA)
Co.	Orl	150 mg		Tukyasa	02499835	SGC	(SA)
L01EJ	INHIBITEURS DE JANUS KINASES (JAK)						
L01EJ01	RUXOLITINIB						
Co.	Orl	5 mg		Jakavi	02388006	NVR	(SA)
Co.	Orl	10 mg		Jakavi	02434814	NVR	(SA)
Co.	Orl	15 mg		Jakavi	02388014	NVR	(SA)
Co.	Orl	20 mg		Jakavi	02388022	NVR	(SA)
L01EJ02	FEDRATINIB						
Co.	Orl	100 mg		Inrebic	02502445	BRI	(SA)
L01EK	INHIBITEURS DE LA TYROSINE KINASE DU RÉCEPTEUR DU FACTEUR DE CROISSANCE DE L'ENDOTHÉLIUM VASCULAIRE (VEGFR)						
L01EK01	AXITINIB						
Co.	Orl	1 mg		Inlyta	02389630	PFI	(SA)
Co.	Orl	5 mg		Inlyta	02389649	PFI	(SA)
L01EL	INHIBITEURS DE LA TYROSINE KINASE DE BRUTON (BTK)						
L01EL01	IBRUTINIB						
Caps	Orl	140 mg		Imbruvica	02434407	JAN	(SA)
L01EL02	ACALABRUTINIB						
Caps	Orl	100 mg		Calquence	02491788	AZE	(SA)

L01EL02 ACALABRUTINIB
Co. Orl 100 mg Calquence 02535696 AZE (SA)

L01EL03 ZANUBRUTINIB
Caps Orl 80 mg Brukinsa 02512963 BGN (SA)

L01EM INHIBITEURS DE PHOSPHOINOSITIDE 3-KINASE (PI3K)

L01EM01 IDÉLALISIB
Co. Orl 100 mg Zydelig 02438798 GIL (SA)

Co. Orl 150 mg Zydelig 02438801 GIL (SA)

L01EX AUTRES INHIBITEURS DE PROTÉINE KINASE

L01EX01 SUNITINIB
Caps Orl 12,5 mg Sutent 02280795 PFI (SA)

Sandoz Sunitinib 02532840 SDZ (SA)

Taro-Sunitinib 02524058 TAR (SA)

Teva-Sunitinib 02526204 TEV (SA)

Caps Orl 25 mg Sutent 02280809 PFI (SA)

Sandoz Sunitinib 02532867 SDZ (SA)

Taro-Sunitinib 02524066 TAR (SA)

Teva-Sunitinib 02526212 TEV (SA)

Caps Orl 50 mg Sutent 02280817 PFI (SA)

Sandoz Sunitinib 02532883 SDZ (SA)

Taro-Sunitinib 02524082 TAR (SA)

Teva-Sunitinib 02526220 TEV (SA)

L01EX02 SORAFENIB
Co. Orl 200 mg Nexavar 02284227 BAY (SA)

L01EX03 PAZOPANIB
Co. Orl 200 mg Votrient 02352303 NVR (SA)
pms-Pazopanib 02525666 PMS (SA)

L01EX04 VANDÉTANIB
Co. Orl 100 mg Caprelsa 02378582 SAV (SA)

Co. Orl 300 mg Caprelsa 02378590 SAV (SA)

L01EX05 RÉGORAFENIB

L01EX05	RÉGORAFENIB						
Co.	Orl	40 mg		Stivarga	02403390	BAY	(SA)
L01EX07	CABOZANTINIB						
Co.	Orl	20 mg		Cabometyx	02480824	IPS	(SA)
Co.	Orl	40 mg		Cabometyx	02480832	IPS	(SA)
Co.	Orl	60 mg		Cabometyx	02480840	IPS	(SA)
L01EX08	LENVATINIB						
Caps	Orl	4 mg/dose		Lenvima	02484056	EIS	(SA)
Caps	Orl	8 mg/dose		Lenvima	02468220	EIS	(SA)
Caps	Orl	10 mg/dose		Lenvima	02450321	EIS	(SA)
Caps	Orl	12 mg/dose		Lenvima	02484129	EIS	(SA)
Caps	Orl	14 mg/dose		Lenvima	02450313	EIS	(SA)
Caps	Orl	20 mg/dose		Lenvima	02450305	EIS	(SA)
Caps	Orl	24 mg/dose		Lenvima	02450291	EIS	(SA)
L01EX09	NINTÉDANIB						
Caps	Orl	100 mg		Ofev	02443066	BOE	(SA)
Caps	Orl	150 mg		Ofev	02443074	BOE	(SA)
L01EX10	MIDOSTAURIN						
Caps	Orl	25 mg		Rydapt	02466236	NVR	(SA)
L01EX12	LAROTRECTINIB						
Caps	Orl	25 mg		Vitrakvi	02490315	BAY	(SA)
Caps	Orl	100 mg		Vitrakvi	02490323	BAY	(SA)
Liq	Orl	20 mg/mL		Vitrakvi	02490331	BAY	(SA)
L01EX19	RIPRÉTINIB						
Co.	Orl	50 mg		Qinlock	02500833	MDP	(SA)

L01EX22 SELPERCATINIB

Caps Orl 40 mg

Retevmo 02516918 LIL (SA)

Caps Orl 80 mg

Retevmo 02516926 LIL (SA)

L01F ANTICORPS MONOCLONAUX ET CONJUGUÉS ANTICORPS-MÉDICAMENTS

L01FA INHIBITEURS DE CD20 (MARQUEURS DE DIFFÉRENCIATION 20)

L01FA01 RITUXIMAB

Liq IV 10 mg/mL

Riximyo 02498316 SDZ (SA)

Ruxience 02495724 PFI (SA)

Truxima (10 mL) 02478382 CLT (SA)

Truxima (50 mL) 02478390 CLT (SA)

L01X AUTRES AGENTS ANTINÉOPLASIQUES

L01XB MÉTHYLHYDRAZINES

L01XB01 PROCARBAZINE

Caps Orl 50 mg

Matulane 00012750 LDN ACDEFGV

L01XE INHIBITEURS DE PROTÉINE KINASE

L01XE54 GILTERITINIB

Co. Orl 40 mg

Xospata 02495058 ASL (SA)

L01XE56 ENTRECTINIB

Caps Orl 100 mg

Rozlytrek 02495007 HLR (SA)

Caps Orl 200 mg

Rozlytrek 02495015 HLR (SA)

L01XF RÉTINOÏDES POUR LE TRAITEMENT DU CANCER

L01XF01 TRÉTINOÏNE

Caps Orl 10 mg

Vesanoid 02145839 XPI ACDEFGV

Jamp Tretinoin 02520036 JPC ACDEFGV

L01XJ INHIBITEURS DE LA VOIE HEDGEHOG

L01XJ01 VISMODEGIB

Caps Orl 150 mg

Erivedge 02409267 HLR (SA)

L01XK INHIBITEURS DE LA POLY(ADP-RIBOSE) POLYMÉRISE (PARP)

L01XK01 OLAPARIB

Co. Orl 100 mg

Lynparza 02475200 AZE (SA)

Co. Orl 150 mg

Lynparza 02475219 AZE (SA)

L01XK02	NIRAPARIB							
Caps	Orl	100 mg					Zejula	02489783 GSK (SA)
Co.	Orl	100 mg					Zejula	02530031 GSK (SA)
L01XK52	NIRAPARIB ET ABIRATÉRONÉ							
Co.	Orl	50 mg / 500 mg					Akeega	02538555 JAN (SA)
Co.	Orl	100 mg / 500 mg					Akeega	02538563 JAN (SA)

L01XX AUTRES AGENTS ANTINÉOPLASIQUES

L01XX05	HYDROXYCARBAMIDE (HYDROXYURÉE)							
Caps	Orl	500 mg					Hydrea	00465283 XPI ACDEFGV
							Apo-Hydroxyurea	02247937 APX ACDEFGV
							Mylan-Hydroxyurea	02242920 MYL ACDEFGV
L01XX35	ANAGRÉLIDE							
Caps	Orl	0,5 mg					pms-Anagrelide	02274949 PMS ACDEFGV
L01XX52	VÉNÉTOCLAX							
Co.	Orl	10 mg					Venclexta	02458039 ABV (SA)
Co.	Orl	50 mg					Venclexta	02458047 ABV (SA)
Co.	Orl	100 mg					Venclexta	02458055 ABV (SA)
Tro	Orl	10 mg, 50 mg, 100 mg					Venclexta Starter Kit	02458063 ABV (SA)
L01XX66	SÉLINEXOR							
Co.	Orl	20 mg					Xpovio	02527677 FTI (SA)
L01XX74	BELZUTIFAN							
Co.	Orl	40 mg					Welireg	02528908 FRS (SA)

L02 TRAITEMENT ENDOCRINIEN

L02A HORMONES ET AGENTS APPARENTÉS

L02AB PROGESTOGÈNES

L02AB01	MÉGESTROL							
Co.	Orl	40 mg					Megestrol	02195917 AAP ACDEFGVW
Co.	Orl	160 mg					Megestrol	02195925 AAP ACDEFGVW

L02AE ANALOGUES DE L'HORMONE LIBÉRANT DE LA GONADOTROPHINE

L02AE02 LEUPRORÉLINE (LEUPROLIDE)

Pds. Inj 3,75 mg

Lupron Depot 00884502 ABV ACDEFGV

Zeulide Depot 02429977 VRT ACDEFV

Pds. Inj 7,5 mg

Lupron Depot 00836273 ABV ACDEFGV

Pds. Inj 11,25 mg

Lupron Depot 02239834 ABV ACDEFGV

Pds. Inj 22,5 mg

Lupron Depot 02230248 ABV ACDEFGV

Zeulide Depot 02462699 VRT ACDEFV

Pds. Inj 30 mg

Lupron Depot 02239833 ABV ACDEFGV

Susp Inj 7,5 mg

Eligard 02248239 TOL ACDEFV

Susp Inj 22,5 mg

Eligard 02248240 TOL ACDEFV

Susp Inj 30 mg

Eligard 02248999 TOL ACDEFV

Susp Inj 45 mg

Eligard 02268892 TOL ACDEFV

L02AE03 GOSÉRÉLINE

Imp Inj 3,6 mg

Zoladex 02049325 AZE ACDEFV

Imp Inj 10,8 mg

Zoladex LA 02225905 AZE ACDEFV

L02AE04 TRIPTORÉLINE

Pds. Inj 3,75 mg

Trelstar 02240000 KNI ACDEFV

Pds. Inj 11,25 mg

Trelstar 02243856 KNI ACDEFV

Pds. Inj 22,5 mg

Trelstar 02412322 KNI ACDEFV

L02B ANTAGONISTES D'HORMONES ET AGENTS CONNEXES

L02BA ANTI-OESTROGÈNES

L02BA01 TAMOXIFÈNE

Co. Orl 10 mg

Apo-Tamox 00812404 APX ACDEFGV

Teva-Tamoxifen 00851965 TEV ACDEFGV

Co. Orl 20 mg

Apo-Tamox 00812390 APX ACDEFGV

Teva-Tamoxifen 00851973 TEV ACDEFGV

L02BA03 FULVESTRANT

L02BA03 FULVESTRANT

Liq IM 50 mg/mL

Fulvestrant Injectable 02530635 JPC ACDEFGV

Fulvestrant Injection 02536293 FRP ACDEFGV

Fulvestrant Injection 02483610 SDZ ACDEFGV

Teva-Fulvestrant 02460130 TEV ACDEFGV

L02BB ANTI-ANDROGÉNES

L02BB01 FLUTAMIDE

Co. Orl 250 mg

Flutamide 02238560 AAP ACDEFV

L02BB03 BICALUTAMIDE

Co. Orl 50 mg

Casodex 02184478 AZE ACDEFV

Apo-Bicalutamide 02296063 APX ACDEFV

Bicalutamide 02325985 AHI ACDEFV

Bicalutamide 02519178 SAS ACDEFV

Jamp-Bicalutamide 02357216 JPC ACDEFV

pms-Bicalutamide 02275589 PMS ACDEFV

Teva-Bicalutamide 02270226 TEV ACDEFV

L02BB04 ENZALUTAMIDE

Caps Orl 40 mg

Xtandi 02407329 ASL (SA)

L02BB05 APALUTAMIDE

Co. Orl 60 mg

Erleada 02478374 JAN (SA)

Co. Orl 240 mg

Erleada 02540185 JAN (SA)

L02BB06 DAROLUTAMIDE

Co. Orl 300 mg

Nubeqa 02496348 BAY (SA)

L02BG INHIBITEURS AROMATASES

L02BG03 ANASTROZOLE

L02BG03 ANASTROZOLE

Co. Orl 1 mg

Arimidex	02224135	AZE	ACDEFV
Act Anastrozole	02394898	TEV	ACDEFV
Anastrozole	02351218	AHI	ACDEFV
Anastrozole	02442736	SAS	ACDEFV
Anastrozole	02529904	SIV	ACDEFV
Apo-Anastrozole	02374420	APX	ACDEFV
Jamp-Anastrozole	02339080	JPC	ACDEFV
Mar-Anastrozole	02379562	MAR	ACDEFV
Mint-Anastrozole	02393573	MNT	ACDEFV
Nat-Anastrozole	02417855	NAT	ACDEFV
pms-Anastrozole	02320738	PMS	ACDEFV
Riva-Anastrozole	02392259	RIV	ACDEFV
Sandoz Anastrozole	02338467	SDZ	ACDEFV
Taro-Anastrozole	02365650	TAR	ACDEFV

L02BG04 LÉTROZOLE

Co. Orl 2,5 mg

Femara	02231384	NVR	ACDEFV
Apo-Letrozole	02358514	APX	ACDEFV
Jamp Letrozole Tablets	02541912	JPC	ACDEFV
Jamp-Letrozole	02373009	JPC	ACDEFV
Letrozole	02504472	SAS	ACDEFV
Letrozole	02524244	SIV	ACDEFV
Letrozole tablets usp	02338459	AHI	ACDEFV
Mar-Letrozole	02373424	MAR	ACDEFV
Med-Letrozole	02322315	GMP	ACDEFV
Mint-Letrozole	02508109	MNT	ACDEFV
Nat-Letrozole	02421585	NAT	ACDEFV
pms-Letrozole	02309114	PMS	ACDEFV
Riva-Letrozole	02398656	RIV	ACDEFV
Sandoz Letrozole	02344815	SDZ	ACDEFV
Teva-Letrozole	02343657	TEV	ACDEFV
Zinda-Letrozole	02378213	MCK	ACDEFV

L02BG06 EXÉMESTANE

Co. Orl 25 mg

Aromasin	02242705	PFI	ACDEFV
Act Exemestane	02390183	TEV	ACDEFV
Med-Exemestane	02407841	GMP	ACDEFV
Teva-Exemestane	02408473	TEV	ACDEFV

L02BX AUTRES ANTAGONISTES D'HORMONES ET AGENTS CONNEXES**L02BX02 DEGARELIX**

Pds.	Inj	80 mg/vial	Firmagon	02337029	FEI	ACDEFV
------	-----	------------	----------	----------	-----	--------

Pds.	Inj	120 mg/vial	Firmagon	02337037	FEI	ACDEFV
------	-----	-------------	----------	----------	-----	--------

L02BX03 ABIRATÉRONE

Co.	Orl	250 mg	Zytiga	02371065	JAN	ACDEFGV
			Apo-Abiraterone	02491397	APX	ACDEFGV
			Jamp Abiraterone	02502305	JPC	ACDEFGV
			Mar-Abiraterone	02503980	MAR	ACDEFGV
			Nat-Abiraterone	02494132	NAT	ACDEFGV
			pms-Abiraterone	02492601	PMS	ACDEFGV
			Reddy-Abiraterone	02477114	RCH	ACDEFGV
			Sandoz Abiraterone	02486393	SDZ	ACDEFGV

Co.	Orl	500 mg	Zytiga	02457113	JAN	ACDEFGV
			Abiraterone	02525380	JPC	ACDEFGV
			Apo-Abiraterone	02491400	APX	ACDEFGV
			Jamp Abiraterone	02529629	JPC	ACDEFGV
			Mar-Abiraterone	02503999	MAR	ACDEFGV
			pms-Abiraterone	02501503	PMS	ACDEFGV
			Reddy-Abiraterone	02533251	RCH	ACDEFGV
			Sandoz Abiraterone	02521644	SDZ	ACDEFGV

L03 IMMUNOSTIMULANTS**L03A IMMUNOSTIMULANTS****L03AA FACTEURS DE CROISSANCE DES GLOBULES BLANCS****L03AA02 FILGRASTIM**

Liq	SC	300 mcg / 0,5 mL	Grastofil	02441489	APX	(SA)
			Nivestym (prefilled syringe)	02485575	PFI	(SA)
			Nypozi (prefilled syringe)	02520990	TVX	(SA)

Liq	SC	300 mcg/mL	Nivestym	02485591	PFI	(SA)
-----	----	------------	----------	----------	-----	------

Liq	SC	480 mcg / 0,8 mL	Grastofil	02454548	APX	(SA)
			Nivestym (prefilled syringe)	02485583	PFI	(SA)
			Nypozi (prefilled syringe)	02521008	TVX	(SA)

Liq	SC	480 mcg / 1,6 mL	Nivestym	02485656	PFI	(SA)
-----	----	------------------	----------	----------	-----	------

L03AA13	PEGFILGRASTIM							
Liq	SC	6 mg / 0,6 mL				Fulphila	02484153	BGP (SA)
						Lapelga	02474565	APX (SA)
						Lapelga	02529343	APX (SA)
						Nyvepria	02506238	PFI (SA)
						Ziextenzo	02497395	SDZ (SA)

L03AB INTERFÉRONS

L03AB07	INTERFÉRON BÊTA-1A							
Liq	Inj	22 mcg / 0,5 mL				Rebif	02237319	EMD (SA)
Liq	Inj	30 mcg / 0,5 mL	Avonex PEN / Avonex PS (autoinjector / prefilled syringe)				02269201	BIG (SA)
Liq	Inj	44 mcg / 0,5 mL				Rebif	02237320	EMD (SA)
Liq	Inj	66 mcg / 1,5 mL				Rebif Cartridge	02318253	EMD (SA)
Liq	Inj	132 mcg / 1,5 mL				Rebif Cartridge	02318261	EMD (SA)
L03AB08	INTERFÉRON BÊTA-1B							
Pds.	SC	0,3 mg				Betaseron	02169649	BAY (SA)
L03AB11	PEGINTERFÉRON ALFA-2A							
			PEGINTERFÉRON ALFA-2A					
Liq	SC	180 mcg / 0,5 mL				Pegasys	02248077	ARN ACDEFGV
L03AB13	PEGINTERFÉRON BÊTA-1A							
Liq	SC	125 mcg / 0,5 mL	Plegridy (autoinjector / prefilled syringe)				02444399	BIG (SA)
Tro	SC	63 mcg / 0,5 mL, 94 mcg / 0,5 mL	Plegridy (starter pack)				02444402	BIG (SA)

L03AX AUTRES IMMUNOSTIMULANTS

L03AX13	ACÉTATE DE GLATIRAMÈRE							
Liq	Inj	20 mg/mL				Glatect	02460661	PMS ACDEFGV
						Glatiramer Acetate Injection	02541440	MYL ACDEFGV
L03AX16	PLÉRIXAFOR							
Liq	Inj	24 mg / 1,2 mL				Mozobil	02377225	SAV (SA)
						Plerixafor Injection	02529815	JPC (SA)

L04 AGENTS IMMUNOSUPPRESSEURS

L04A AGENTS IMMUNOSUPPRESSEURS

L04AA IMMUNOSUPPRESSEURS SÉLECTIFS

L04AA06 ACIDE MYCOPHÉNOLIQUE

Caps	Orl	250 mg	Cellcept	02192748	HLR	ACDEFGRV
			Apo-Mycophenolate	02352559	APX	ACDEFGRV
			Jamp-Mycophenolate	02386399	JPC	ACDEFGRV
			Mycophenolate Mofetil	02383780	AHI	ACDEFGRV
			Mycophenolate Mofetil	02457369	SAS	ACDEFGRV
			Sandoz Mycophenolate	02320630	SDZ	ACDEFGRV
			Teva-Mycophenolate	02364883	TEV	ACDEFGRV

Co.	Orl	500 mg	Cellcept	02237484	HLR	ACDEFGRV
			Apo-Mycophenolate	02352567	APX	ACDEFGRV
			Jamp-Mycophenolate	02380382	JPC	ACDEFGRV
			Mycophenolate Mofetil	02378574	AHI	ACDEFGRV
			Mycophenolate Mofetil	02457377	SAS	ACDEFGRV
			Sandoz Mycophenolate	02313855	SDZ	ACDEFGRV
			Teva-Mycophenolate	02348675	TEV	ACDEFGRV

Co.Ent	Orl	180 mg	Myfortic	02264560	NVR	ACDEFGRV
			Apo-Mycophenolic Acid	02372738	APX	ACDEFGRV
			Mar-Mycophenolic Acid	02511673	MAR	ACDEFGRV

Co.Ent	Orl	360 mg	Myfortic	02264579	NVR	ACDEFGRV
			Apo-Mycophenolic Acid	02372746	APX	ACDEFGRV
			Mar-Mycophenolic Acid	02511681	MAR	ACDEFGRV

Pds.	Orl	200 mg/mL	Cellcept	02242145	HLR	ACDEFGRV
			Mar-Mycophenolate Mofetil	02522233	MAR	ACDEFGRV

L04AA10 SIROLIMUS

Co.	Orl	1 mg	Rapamune	02247111	PFI	ACDEFGRV
-----	-----	------	----------	----------	-----	----------

Liq	Orl	1 mg/mL	Rapamune	02243237	PFI	ACDEFGRV
-----	-----	---------	----------	----------	-----	----------

L04AA23 NATALIZUMAB

Liq	IV	300 mg / 15 mL	Tysabri	02286386	BIG	(SA)
-----	----	----------------	---------	----------	-----	------

L04AA24 ABATACEPT

Liq	SC	125 mg/mL	Orencia	02402475	BRI	(SA)
-----	----	-----------	---------	----------	-----	------

Orencia Saudi Arabia-Labelled (Temporary Benefit)
(Disc/non disp Aug 31/25) 00904880 BRI (SA)

Orencia US-Labelled (Temporary Benefit) (Disc/non
disp Aug 31/25) 09858343 BRI (SA)

L04AA24	ABATACEPT							
Pds.	IV	250 mg / 15 mL		Orencia	02282097	BRI	(SA)	
L04AA27	FINGOLIMOD							
Caps	Orl	0,5 mg		Gilenya	02365480	NVR	(SA)	
				Apo-Fingolimod	02469936	APX	(SA)	
				Jamp-Fingolimod	02487772	JPC	(SA)	
				Mar-Fingolimod	02474743	MAR	(SA)	
				Mylan-Fingolimod	02469715	MYL	(SA)	
				pms-Fingolimod	02469782	PMS	(SA)	
				Sandoz Fingolimod	02482606	SDZ	(SA)	
				Taro-Fingolimod	02469618	TAR	(SA)	
				Teva-Fingolimod	02469561	TEV	(SA)	
L04AA29	TOFACITINIB							
Co.	Orl	5 mg		Xeljanz	02423898	PFI	(SA)	
				Auro-Tofacitinib	02530007	ARO	(SA)	
				Jamp Tofacitinib	02522896	JPC	(SA)	
				pms-Tofacitinib	02522799	PMS	(SA)	
				Taro-Tofacitinib	02511304	TAR	(SA)	
Co.	Orl	10 mg		Xeljanz	02480786	PFI	(SA)	
				Auro-Tofacitinib	02530015	ARO	(SA)	
				Taro-Tofacitinib	02511312	TAR	(SA)	
Co.L.P.	Orl	11 mg		Xeljanz XR	02470608	PFI	(SA)	
L04AA31	TÉRIFLUNOMIDE							
Co.	Orl	14 mg		Aubagio (Disc/non disp Oct 31/25)	02416328	SAV	(SA)	
				ACH-Teriflunomide	02502933	AHI	(SA)	
				Apo-Teriflunomide	02500639	APX	(SA)	
				Jamp Teriflunomide	02504170	JPC	(SA)	
				M-Teriflunomide	02523833	MRA	(SA)	
				Mar-Teriflunomide	02500469	MAR	(SA)	
				Nat-Teriflunomide	02500310	NAT	(SA)	
				pms-Teriflunomide	02500434	PMS	(SA)	
				Sandoz Teriflunomide	02505843	SDZ	(SA)	
				Teva-Teriflunomide	02501090	TEV	(SA)	
L04AA33	VEDOLIZUMAB							

L04AA33	VEDOLIZUMAB								
Liq	SC	108 mg / 0,68 mL				Entyvio (autoinjector)	02497867	TAK	(SA)
						Entyvio (prefilled syringe)	02497875	TAK	(SA)
Pds.	IV	300 mg				Entyvio	02436841	TAK	(SA)
L04AA36	OCRÉLIZUMAB								
Liq	IV	30 mg/mL				Ocrevus	02467224	HLR	(SA)
L04AA37	BARICITINIB								
Co.	Orl	2 mg				Olumiant	02480018	LIL	(SA)
L04AA40	CLADRIBINE								
Co.	Orl	10 mg				Mavenclad	02470179	EMD	(SA)
L04AA42	SIPONIMOD								
Co.	Orl	0,25 mg				Mayzent	02496429	NVR	(SA)
Co.	Orl	2 mg				Mayzent	02496437	NVR	(SA)
L04AA44	UPADACITINIB								
Co.L.P.	Orl	15 mg				Rinvoq	02495155	ABV	(SA)
Co.L.P.	Orl	30 mg				Rinvoq	02520893	ABV	(SA)
Co.L.P.	Orl	45 mg				Rinvoq	02539721	ABV	(SA)
L04AA51	ANIFROLUMAB								
Liq	IV	150 mg/mL				Saphnelo	02522845	AZE	(SA)
L04AG12	OFATUMUMAB								
Liq	SC	20 mg / 0,4 mL				Kesimpta	02511355	NVR	(SA)
L04AK01	LÉFLUNOMIDE								
Co.	Orl	10 mg				Arava	02241888	SAV	ACDEFGV
						Apo-Leflunomide	02256495	APX	ACDEFGV
						Leflunomide	02351668	SAS	ACDEFGV
						Leflunomide	02543575	SIV	ACDEFGV
						Mar-Leflunomide	02551918	MAR	ACDEFGV
						Sandoz Leflunomide	02283964	SDZ	ACDEFGV
						Teva-Leflunomide	02261251	TEV	ACDEFGV

L04AK01 LÉFLUNOMIDE

Co. Orl 20 mg

Arava	02241889	SAV	ACDEFGV
Apo-Leflunomide	02256509	APX	ACDEFGV
Leflunomide	02351676	SAS	ACDEFGV
Leflunomide	02543583	SIV	ACDEFGV
Mar-Leflunomide	02551926	MAR	ACDEFGV
Sandoz Leflunomide	02283972	SDZ	ACDEFGV
Teva-Leflunomide	02261278	TEV	ACDEFGV

L04AB INHIBITEURS DU FACTEUR DE NÉCROSE TUMORALE ALPHA (TNF-A)

L04AB01 ÉTANERCEPT

Liq SC 25 mg / 0,5 mL

Erelzi (syringe) 02462877 SDZ (SA)

Liq SC 50 mg/mL

Brenzys (autoinjector) 02455331 ORG (SA)

Brenzys (syringe) 02455323 ORG (SA)

Erelzi (autoinjector) 02462850 SDZ (SA)

Erelzi (syringe) 02462869 SDZ (SA)

Rymti (autoinjector) 02530309 LUP (SA)

Rymti (syringe) 02530295 LUP (SA)

L04AB02 INFLIXIMAB

Pds. IV 100 mg

Avsola 02496933 AGA (SA)

Renflexis 02470373 ORG (SA)

L04AB04 ADALIMUMAB

Liq SC 20 mg / 0,2 mL

Hyrimoz (prefilled syringe) 02542315 SDZ (SA)

Liq SC 20 mg / 0,4 mL

Abrilada (prefilled syringe) 02511061 PFI (SA)

Amgevita (prefilled syringe) 02459310 AGA (SA)

Hulio (prefilled syringe) 02502380 BGP (SA)

Hyrimoz (prefilled syringe) 02505258 SDZ (SA)

Liq SC 40 mg / 0,4 mL

Hadlima (autoinjector) 02533480 ORG (SA)

Hadlima (prefilled syringe) 02533472 ORG (SA)

Hyrimoz (autoinjector) 02542331 SDZ (SA)

Hyrimoz (prefilled syringe) 02542323 SDZ (SA)

Simlandi (autoinjector) 02523957 JPC (SA)

Simlandi (prefilled syringe) 02523949 JPC (SA)

Yuflyma (prefilled syringe) 02523760 CLT (SA)

Yuflyma (autoinjector) 02523779 CLT (SA)

L04AB04 ADALIMUMAB

Liq SC 40 mg / 0,8 mL

Abrilada (autoinjector) 02511045 PFI (SA)
 Abrilada (prefilled syringe) 02511053 PFI (SA)
 Amgevita (autoinjector) 02459302 AGA (SA)
 Amgevita (prefilled syringe) 02459299 AGA (SA)
 Hadlima (autoinjector) 02473100 ORG (SA)
 Hadlima (prefilled syringe) 02473097 ORG (SA)
 Hulio (autoinjector) 02502402 BGP (SA)
 Hulio (prefilled syringe) 02502399 BGP (SA)
 Hyrimoz (autoinjector) 02492156 SDZ (SA)
 Hyrimoz (prefilled syringe) 02492164 SDZ (SA)
 Idacio (autoinjector) 02502674 FKB (SA)
 Idacio (prefilled syringe) 02502682 FKB (SA)

Liq SC 80 mg / 0,8 mL

Hyrimoz (autoinjector) 02542366 SDZ (SA)
 Hyrimoz (prefilled syringe) 02542358 SDZ (SA)
 Simlandi (prefilled syringe) 02523965 JPC (SA)
 Yuflyma (prefilled syringe) 02535076 CLT (SA)
 Yuflyma (autoinjector) 02535084 CLT (SA)

L04AB05 CERTOLIZUMAB PEGOL

Liq SC 200 mg/mL

Cimzia 02331675 UCB (SA)
 Cimzia (autoinjector) 02465574 UCB (SA)

L04AB06 GOLIMUMAB

Liq SC 50 mg / 0,5 mL

Simponi (autoinjector) 02324784 JAN (SA)
 Simponi (prefilled syringe) 02324776 JAN (SA)

Liq SC 100 mg/mL

Simponi (autoinjector) 02413183 JAN (SA)
 Simponi (prefilled syringe) 02413175 JAN (SA)

L04AC INHIBITEURS DES INTERLEUKINES

L04AC05 USTEKINUMAB

Liq IV 130 mg / 26 mL

Steqeyma IV 02550261 CLT (SA)
 Wezlana IV 02544210 AGA (SA)

Liq SC 45 mg / 0,5 mL

Jamteki 02543036 JPC (SA)
 Steqeyma 02550245 CLT (SA)
 Wezlana 02544180 AGA (SA)
 Wezlana 02544202 AGA (SA)

L04AC05	USTEKINUMAB							
Liq	SC	90 mg/mL			Jamteki	02543044	JPC	(SA)
					Steqeyma	02550253	CLT	(SA)
					Wezlana	02544199	AGA	(SA)
L04AC07	TOCILIZUMAB							
Liq	IV	80 mg / 4 mL			Actemra	02350092	HLR	(SA)
Liq	IV	200 mg / 10 mL			Actemra	02350106	HLR	(SA)
Liq	IV	400 mg / 20 mL			Actemra	02350114	HLR	(SA)
Liq	SC	162 mg / 0,9 mL			Actemra (autoinjector)	02483327	HLR	(SA)
					Actemra (prefilled syringe)	02424770	HLR	(SA)
L04AC08	CANAKINUMAB							
Liq	SC	150 mg/mL			Ilaris	02460351	NVR	(SA)
L04AC10	SÉCUKINUMAB							
Liq	SC	75 mg / 0,5 mL			Cosentyx	02525569	NVR	(SA)
Liq	SC	150 mg/mL			Cosentyx	02438070	NVR	(SA)
L04AC12	BRODALUMAB							
Liq	SC	210 mg / 1,5 mL			Siliq	02473623	BSL	(SA)
L04AC13	IXEKIZUMAB							
Liq	SC	80 mg/mL			Taltz (autoinjector)	02455102	LIL	(SA)
					Taltz (prefilled syringe)	02455110	LIL	(SA)
L04AC14	SARILUMAB							
Liq	SC	150 mg / 1,14 mL			Kevzara (autoinjector)	02472961	SAV	(SA)
Liq	SC	200 mg / 1,14 mL			Kevzara (autoinjector)	02472988	SAV	(SA)
Liq	SC	200 mg / 1,14 mL			Kevzara (prefilled syringe)	02460548	SAV	(SA)
L04AC16	GUSELKUMAB							
Liq	SC	100 mg/mL			Tremfya (injector)	02487314	JAN	(SA)
					Tremfya (prefilled syringe)	02469758	JAN	(SA)
L04AC17	TILDRAKIZUMAB							
Liq	SC	100 mg/mL			Ilumya	02516098	SUN	(SA)

L04AC18	RISANKIZUMAB							
Liq	SC	150 mg/mL		Skyrizi (autoinjector)	02519291	ABV	(SA)	
				Skyrizi (prefilled syringe)	02519283	ABV	(SA)	
Liq	SC	360 mg / 2,4 mL		Skyrizi (cartridge)	02532093	ABV	(SA)	
Liq	SC	600 mg / 10 mL		Skyrizi	02532107	ABV	(SA)	
L04AC19	SATRALIZUMAB							
Liq	SC	120 mg/mL		Enspryng	02499681	HLR	(SA)	
L04AC21	BIMÉKIZUMAB							
Liq	SC	160 mg/mL		Bimzelx (autoinjector)	02525275	UCB	(SA)	
				Bimzelx (prefilled syringe)	02525267	UCB	(SA)	
L04AC24	MIRIKIZUMAB							
Liq	SC	100 mg/mL		OmvoH (autoinjector)	02539845	LIL	(SA)	
				OmvoH (prefilled syringe)	02539853	LIL	(SA)	
Liq	SC	300 mg / 15 mL		OmvoH	02539861	LIL	(SA)	

L04AD INHIBITEURS DE LA CALCINEURINE

L04AD01	CYCLOSPORINE							
Caps	Orl	10 mg		Neoral	02237671	NVR	ACDEFGRV	
Caps	Orl	25 mg		Neoral	02150689	NVR	ACDEFGRV	
				pms-Cyclosporine	02495805	PMS	ACDEFGRV	
				Sandoz Cyclosporine	02247073	SDZ	ACDEFGRV	
Caps	Orl	50 mg		Neoral	02150662	NVR	ACDEFGRV	
				pms-Cyclosporine	02495821	PMS	ACDEFGRV	
				Sandoz Cyclosporine	02247074	SDZ	ACDEFGRV	
Caps	Orl	100 mg		Neoral	02150670	NVR	ACDEFGRV	
				pms-Cyclosporine	02495813	PMS	ACDEFGRV	
				Sandoz Cyclosporine	02242821	SDZ	ACDEFGRV	
Liq	Orl	100 mg/mL		Neoral	02150697	NVR	ACDEFGRV	
L04AD02	TACROLIMUS							

L04AD02 TACROLIMUS

Caps Orl 0,5 mg

Prograf	02243144	ASL	ACDEFGRV
ACH-Tacrolimus	02454068	AHI	ACDEFGRV
Sandoz Tacrolimus	02416816	SDZ	ACDEFGRV

Caps Orl 1 mg

Prograf	02175991	ASL	ACDEFGRV
ACH-Tacrolimus	02456095	AHI	ACDEFGRV
Sandoz Tacrolimus	02416824	SDZ	ACDEFGRV

Caps Orl 5 mg

Prograf	02175983	ASL	ACDEFGRV
ACH-Tacrolimus	02456109	AHI	ACDEFGRV
Sandoz Tacrolimus	02416832	SDZ	ACDEFGRV

Caps.L.P. Orl 0,5 mg

Advagraf 02296462 ASL ACDEFGRV

Caps.L.P. Orl 1 mg

Advagraf 02296470 ASL ACDEFGRV

Caps.L.P. Orl 3 mg

Advagraf 02331667 ASL ACDEFGRV

Caps.L.P. Orl 5 mg

Advagraf 02296489 ASL ACDEFGRV

Co.L.P. Orl 0,75 mg

Envarsus PA 02485877 EDO ACDEFGV

Co.L.P. Orl 1 mg

Envarsus PA 02485885 EDO ACDEFGV

Co.L.P. Orl 4 mg

Envarsus PA 02485893 EDO ACDEFGV

L04AE MODULATEURS DES RÉCEPTEURS DE LA SPHINGOSINE 1-PHOSPHATE**L04AE02 OZANIMOD**

Caps Orl 0,23 mg, 0,46 mg

Zeposia (initiation pack) 02506009 BRI (SA)

Caps Orl 0,92 mg

Zeposia 02505991 BRI (SA)

L04AG DES ANTICORPS MONOCLONAUX**L04AG04 BELIMUMAB**

Liq SC 200 mg/mL

Benlysta 02470489 GSK (SA)

Pds. IV 120 mg

Benlysta 02370050 GSK (SA)

Pds. IV 400 mg

Benlysta 02370069 GSK (SA)

L04AJ INHIBITEURS DU COMPLÉMENT**L04AJ01 ÉCULIZUMAB**

L04AJ01 ÉCULIZUMAB
Liq IV 300 mg / 30 mL Soliris 02322285 ALX (SA)

L04AJ03 PEGCETACOPLAN
Liq SC 1080 mg / 20 mL Empaveli 02533294 SBI (SA)

L04AX AUTRES AGENTS IMMUNOSUPPRESSEURS

L04AX01 AZATHIOPRINE
Co. Orl 50 mg
Imuran 00004596 APN ACDEFGV
Apo-Azathioprine 02242907 APX ACDEFGV
Teva-Azathioprine 02236819 TEV ACDEFGV

L04AX04 LÉNALIDOMIDE
Caps Orl 2,5 mg
Revlimid 02459418 BRI (SA)
Apo-Lenalidomide 02507927 APX (SA)
Jamp Lenalidomide 02506130 JPC (SA)
Nat-Lenalidomide 02493837 NAT (SA)
Reddy-Lenalidomide 02484714 RCH (SA)
Sandoz Lenalidomide 02518562 SDZ (SA)
Taro-Lenalidomide 02507862 TAR (SA)

Caps Orl 5 mg
Revlimid 02304899 BRI (SA)
Apo-Lenalidomide 02507935 APX (SA)
Jamp Lenalidomide 02506149 JPC (SA)
Nat-Lenalidomide 02493845 NAT (SA)
Reddy-Lenalidomide 02483017 RCH (SA)
Sandoz Lenalidomide 02518570 SDZ (SA)
Taro-Lenalidomide 02507870 TAR (SA)

Caps Orl 10 mg
Revlimid 02304902 BRI (SA)
Apo-Lenalidomide 02507943 APX (SA)
Jamp Lenalidomide 02506157 JPC (SA)
Nat-Lenalidomide 02493861 NAT (SA)
Reddy-Lenalidomide 02483025 RCH (SA)
Sandoz Lenalidomide 02518589 SDZ (SA)
Taro-Lenalidomide 02507889 TAR (SA)

L04AX04 LÉNALIDOMIDE

Caps Orl 15 mg

Revlimid	02317699	BRI	(SA)
Apo-Lenalidomide	02507951	APX	(SA)
Jamp Lenalidomide	02506165	JPC	(SA)
Nat-Lenalidomide	02493888	NAT	(SA)
Reddy-Lenalidomide	02483033	RCH	(SA)
Sandoz Lenalidomide	02518597	SDZ	(SA)
Taro-Lenalidomide	02507897	TAR	(SA)

Caps Orl 20 mg

Revlimid	02440601	BRI	(SA)
Apo-Lenalidomide	02507978	APX	(SA)
Jamp Lenalidomide	02506173	JPC	(SA)
Nat-Lenalidomide	02493896	NAT	(SA)
Reddy-Lenalidomide	02483041	RCH	(SA)
Sandoz Lenalidomide	02518600	SDZ	(SA)
Taro-Lenalidomide	02507900	TAR	(SA)

Caps Orl 25 mg

Revlimid	02317710	BRI	(SA)
Apo-Lenalidomide	02507986	APX	(SA)
Jamp Lenalidomide	02506181	JPC	(SA)
Nat-Lenalidomide	02493918	NAT	(SA)
Reddy-Lenalidomide	02483068	RCH	(SA)
Sandoz Lenalidomide	02518619	SDZ	(SA)
Taro-Lenalidomide	02507919	TAR	(SA)

L04AX05 PIRFÉNIDONE

Caps Orl 267 mg

Jamp Pirfenidone	02509938	JPC	(SA)
Sandoz Pirfenidone	02488833	SDZ	(SA)

Co. Orl 267 mg

Esbriet	02464489	HLR	(SA)
Auro-Pirfenidone	02537753	ARO	(SA)
Jamp Pirfenidone	02514702	JPC	(SA)
M-Pirfenidone	02550644	MRA	(SA)
pms-Pirfenidone	02531526	PMS	(SA)
Sandoz Pirfenidone	02488507	SDZ	(SA)

L04AX05 PIRFÉNIDONE

Co. Orl 801 mg

Esbriet 02464500 HLR (SA)
 Auro-Pirfenidone 02537761 ARO (SA)
 Jamp Pirfenidone 02514710 JPC (SA)
 M-Pirfenidone 02550652 MRA (SA)
 pms-Pirfenidone 02531534 PMS (SA)
 Sandoz Pirfenidone 02488515 SDZ (SA)

L04AX06 POMALIDOMIDE

Caps Orl 1 mg

Pomalyst 02419580 BRI (SA)
 Apo-Pomalidomide 02520427 APX (SA)
 Jamp Pomalidomide 02538059 JPC (SA)
 Nat-Pomalidomide 02506394 NAT (SA)
 Reddy-Pomalidomide 02504073 RCH (SA)
 Sandoz Pomalidomide 02523973 SDZ (SA)

Caps Orl 2 mg

Pomalyst 02419599 BRI (SA)
 Apo-Pomalidomide 02520435 APX (SA)
 Jamp Pomalidomide 02538075 JPC (SA)
 Nat-Pomalidomide 02506408 NAT (SA)
 Reddy-Pomalidomide 02504081 RCH (SA)
 Sandoz Pomalidomide 02523981 SDZ (SA)

Caps Orl 3 mg

Pomalyst 02419602 BRI (SA)
 Apo-Pomalidomide 02520443 APX (SA)
 Jamp Pomalidomide 02538083 JPC (SA)
 Nat-Pomalidomide 02506416 NAT (SA)
 Reddy-Pomalidomide 02504103 RCH (SA)
 Sandoz Pomalidomide 02524007 SDZ (SA)

Caps Orl 4 mg

Pomalyst 02419610 BRI (SA)
 Apo-Pomalidomide 02520451 APX (SA)
 Jamp Pomalidomide 02538091 JPC (SA)
 Nat-Pomalidomide 02506424 NAT (SA)
 Reddy-Pomalidomide 02504111 RCH (SA)
 Sandoz Pomalidomide 02524015 SDZ (SA)

N07XX AUTRES MÉDICAMENTS DU SYSTEME NERVEUX

L04AX07 FUMARATE DE DIMÉTHYLE

L04AX07 FUMARATE DE DIMÉTHYLE

Caps.L.R. Orl 120 mg

Tecfidera	02404508	BIG	(SA)
ACH-Dimethyl Fumarate	02495341	AHI	(SA)
Apo-Dimethyl Fumarate	02505762	APX	(SA)
Auro-Dimethyl Fumarate	02540746	ARO	(SA)
GLN-Dimethyl Fumarate	02494809	GLM	(SA)
Jamp-Dimethyl Fumarate	02516047	JPC	(SA)
Mar-Dimethyl Fumarate	02502690	MAR	(SA)
pms-Dimethyl Fumarate	02497026	PMS	(SA)
Sandoz Dimethyl Fumarate	02513781	SDZ	(SA)

Caps.L.R. Orl 240 mg

Tecfidera	02420201	BIG	(SA)
ACH-Dimethyl Fumarate	02495368	AHI	(SA)
Apo-Dimethyl Fumarate	02505770	APX	(SA)
Auro-Dimethyl Fumarate	02540754	ARO	(SA)
GLN-Dimethyl Fumarate	02494817	GLM	(SA)
Jamp-Dimethyl Fumarate	02516055	JPC	(SA)
Mar-Dimethyl Fumarate	02502704	MAR	(SA)
pms-Dimethyl Fumarate	02497034	PMS	(SA)
Sandoz Dimethyl Fumarate	02513803	SDZ	(SA)

M SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE**M01 ANTI-INFLAMMATOIRES ET ANTIRHUMATISMAUX****M01A ANTI-INFLAMMATOIRES ET ANTIRHUMATISMAUX, NON STÉROÏDIENS****M01AB ACIDE ACÉTIQUE ET SUBSTANCES APPARENTÉES**

M01AB01 INDOMÉTHACINE

Caps Orl 25 mg

Mint-Indomethacin	02461811	MNT	ACDEFGV
Teva-Indomethacin	00337420	TEV	ACDEFGV

Caps Orl 50 mg

Auro-Indomethacin	02499223	ARO	ACDEFGV
Mint-Indomethacin	02461536	MNT	ACDEFGV
Teva-Indomethacin	00337439	TEV	ACDEFGV

M01AB02 SULINDAC

Co. Orl 150 mg

Teva-Sundac 00745588 TEV ACDEFGV

Co. Orl 200 mg

Teva-Sundac 00745596 TEV ACDEFGV

M01AB05 DICLOFÉNAC

M01AB05 DICLOFÉNAC

Co.Ent Orl 25 mg

Apo-Diclo	00839175	APX	ACDEFGV
pms-Diclofenac	02302616	PMS	ACDEFGV
Teva-Difenac	00808539	TEV	ACDEFGV

Co.Ent Orl 50 mg

Apo-Diclo	00839183	APX	ACDEFGV
pms-Diclofenac	02302624	PMS	ACDEFGV
Teva-Difenac	00808547	TEV	ACDEFGV

Co.L.L. Orl 75 mg

Apo-Diclo SR	02162814	APX	ACDEFGV
Teva-Difenac SR	02158582	TEV	ACDEFGV

Co.L.L. Orl 100 mg

Voltaren SR	00590827	NVR	ACDEFGV
Apo-Diclo SR	02091194	APX	ACDEFGV

Supp. Rt 50 mg

Voltaren	00632724	NVR	ACDEFGV
Sandoz Diclofenac	02261928	SDZ	ACDEFGV

M01AB15 KÉTOROLAC

Liq Inj 10 mg

Toradol 02162644 MTP W

**M01AB55 DICLOFÉNAC, EN COMBINAISON
DICLOFÉNAC / MISOPROSTOL**

Co. Orl 50 mg / 200 mcg

Arthrotec	01917056	PFI	ACDEFGV
GD-Diclofenac/Misoprostol	02341689	GMD	ACDEFGV
pms-Diclofenac/Misoprostol	02413469	PMS	ACDEFGV

Co. Orl 75 mg / 200 mcg

Arthrotec	02229837	PFI	ACDEFGV
GD-Diclofenac/Misoprostol	02341697	GMD	ACDEFGV
pms-Diclofenac/Misoprostol	02413477	PMS	ACDEFGV

M01AC OXICAMS**M01AC01 PIROXICAM**

Caps Orl 10 mg

Novo-Pirocam 00695718 TEV ACDEFGV

Caps Orl 20 mg

Novo-Pirocam 00695696 TEV ACDEFGV

M01AC06 MELOXICAM

M01AC06 MELOXICAM

Co. Orl 7,5 mg

Apo-Meloxicam	02248973	APX	ACDEFGV
Auro-Meloxicam	02390884	ARO	ACDEFGV
Meloxicam	02353148	SAS	ACDEFGV
pms-Meloxicam	02248267	PMS	ACDEFGV
Teva-Meloxicam	02258315	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 15 mg

Apo-Meloxicam	02248974	APX	ACDEFGV
Auro-Meloxicam	02390892	ARO	ACDEFGV
Meloxicam	02353156	SAS	ACDEFGV
pms-Meloxicam	02248268	PMS	ACDEFGV
Teva-Meloxicam	02258323	TEV	ACDEFGV

M01AE DÉRIVÉS DE L'ACIDE PROPIONIQUE

M01AE01 IBUPROFÈNE

Co. Orl 300 mg

Apo-Ibuprofen 00441651 APX AEEFGV

Co. Orl 400 mg

Motrin IB 02242658 JNJ AEEFGV

Co. Orl 600 mg

Apo-Ibuprofen	00585114	APX	ACDEFGV
Novo-Profen	00629359	TEV	ACDEFGV

M01AE02 NAPROXÈNE

Co. Orl 250 mg

Apo-Naproxen	00522651	APX	ACDEFGV
Teva-Naproxen	00565350	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 275 mg

Anaprox	02162725	MTP	ACDEFGV
Apo-Napro-Na	00784354	APX	ACDEFGV
Naproxen Sodium (Disc/non disp Jun 24/25)	02351013	SAS	ACDEFGV
Teva-Naproxen Sodium	00778389	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 375 mg

Apo-Naproxen	00600806	APX	ACDEFGV
Teva-Naproxen	00627097	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 500 mg

Apo-Naproxen	00592277	APX	ACDEFGV
Teva-Naproxen	00589861	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 550 mg

Anaprox DS	02162717	MTP	ACDEFGV
Apo-Napro-Na DS	01940309	APX	ACDEFGV
Teva-Naproxen Sodium DS	02026600	TEV	ACDEFGV

Co.Ent Orl 250 mg

Teva-Naprox EC 02243312 TEV ACDEFGV

M01AE02	NAPROXÈNE						
Co.Ent	Orl	375 mg		Apo-Naproxen EC	02246700	APX	ACDEFGV
				Teva-Naprox EC	02243313	TEV	ACDEFGV
Co.Ent	Orl	500 mg		Naprosyn E	02162423	MTP	ACDEFGV
				Apo-Naproxen EC	02246701	APX	ACDEFGV
				Teva-Naprox EC	02243314	TEV	ACDEFGV
Co.L.L.	Orl	750 mg		Naprosyn SR	02162466	MTP	ACDEFGV
Susp	Orl	25 mg/mL		Pediapharm Naproxen	02162431	MDX	ACDEFGV
M01AE03	KÉTOPROFÈNE						
Caps	Orl	50 mg		Keto	00790427	AAP	ACDEFGV
Co.Ent	Orl	50 mg		Keto-E	00790435	AAP	ACDEFGV
Co.Ent	Orl	100 mg		Keto-E	00842664	AAP	ACDEFGV
Co.L.L.	Orl	200 mg		Keto SR	02172577	AAP	ACDEFGV
M01AE09	FLURBIPROFÈNE						
Co.	Orl	50 mg		Flurbiprofen	01912046	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	100 mg		Flurbiprofen	01912038	AAP	ACDEFGV
M01AE11	ACIDE TIAPROFÉNIQUE						
Co.	Orl	200 mg		Teva-Tiaprofenic	02179679	TEV	ACDEFGV
Co.	Orl	300 mg		Teva-Tiaprofenic	02179687	TEV	ACDEFGV
M01AG	FENEMATES						
M01AG01	ACIDE MÉFÉNAMIQUE						
Caps	Orl	250 mg		Ponstan	00155225	AAP	ACDEFGV
				Mefenamic	02229452	AAP	ACDEFGV
M01AH	COXIBS						
M01AH01	CÉLÉCOXIB						

M01AH01 CÉLÉCOXIB

Caps Orl 100 mg

Celebrex	02239941	BGP	ACDEFGV
Apo-Celecoxib	02418932	APX	ACDEFGV
Auro-Celecoxib	02445670	ARO	ACDEFGV
Celecoxib	02436299	SAS	ACDEFGV
Celecoxib	02429675	SIV	ACDEFGV
Jamp-Celecoxib	02424533	JPC	ACDEFGV
M-Celecoxib	02495465	MRA	ACDEFGV
Mar-Celecoxib	02420058	MAR	ACDEFGV
Mint-Celecoxib	02412497	MNT	ACDEFGV
NRA-Celecoxib	02479737	NRA	ACDEFGV
pms-Celecoxib	02355442	PMS	ACDEFGV
pmsc-Celecoxib	02517116	PMS	ACDEFGV

Caps Orl 200 mg

Celebrex	02239942	BGP	ACDEFGV
Apo-Celecoxib	02418940	APX	ACDEFGV
Auro-Celecoxib	02445689	ARO	ACDEFGV
Celecoxib	02436302	SAS	ACDEFGV
Celecoxib	02429683	SIV	ACDEFGV
Jamp-Celecoxib	02424541	JPC	ACDEFGV
M-Celecoxib	02495473	MRA	ACDEFGV
Mar-Celecoxib	02420066	MAR	ACDEFGV
Mint-Celecoxib	02412500	MNT	ACDEFGV
NRA-Celecoxib	02479745	NRA	ACDEFGV
pms-Celecoxib	02355450	PMS	ACDEFGV
pmsc-Celecoxib	02517124	PMS	ACDEFGV

M01AX AUTRES AGENTS ANTI-INFLAMMATOIRES ET ANTIRHUMATISMAUX, NON STÉROÏDIENS**M01AX01 NABUMÉTONE**

Co. Orl 500 mg

Nabumetone 02238639 AAP ACDEFGV

M01C AGENTS ANTIRHUMATISMAUX SPÉCIFIQUES**M01CC PÉNICILLAMINE ET AGENTS SEMBLABLES****M01CC01 PÉNICILLAMINE**

Caps Orl 250 mg

Cuprimine 00016055 BSL ACDEFGV

M03 MYORELAXANTS**M03A MYORELAXANTS À L'ACTION PÉRIPHÉRIQUE****M03AX AUTRES MYORELAXANTS À L'ACTION PÉRIPHÉRIQUE****M03AX01 BOTULINUM TOXINE**

ABOBOTULINUMTOXINA

M03AX01	BOTULINUM TOXINE							
	ABOBOTULINUMTOXINA							
Pds.	IM	300 Unit		Dysport Therapeutic	02460203	IPS	(SA)	
Pds.	IM	500 Unit		Dysport Therapeutic	02456117	IPS	(SA)	
	INCOBOTULINUMTOXINA							
Pds.	IM	50 Unit		Xeomin	02371081	MRZ	(SA)	
Pds.	IM	100 Unit		Xeomin	02324032	MRZ	(SA)	
	ONABOTULINUMTOXINA							
Pds.	IM	50 Unit		Botox	02531577	ABV	(SA)	
Pds.	IM	100 Unit		Botox	01981501	ABV	(SA)	
Pds.	IM	200 Unit		Botox	02531585	ABV	(SA)	

M03B MYORELAXANTS, AGENTS AGISSANT CENTRALEMENT

M03BA ESTERS DE L'ACIDE CARBAMIQUE

M03BA03	MÉTHOCARBAMOL							
Co.	Orl	500 mg		Robaxin	01930990	GCH	AEFGV	
Co.	Orl	750 mg		Robaxin	01932187	GCH	AEFGV	

M03BX AUTRES AGENTS AGISSANT CENTRALEMENT

M03BX01	BACLOFÈNE							
Co.	Orl	10 mg		Apo-Baclofen	02139332	APX	ACDEFGV	
				Baclofen	02287021	SAS	ACDEFGV	
				Baclofen	02544660	SIV	ACDEFGV	
				Mylan-Baclofen	02088398	MYL	ACDEFGV	
				pms-Baclofen	02063735	PMS	ACDEFGV	
Co.	Orl	20 mg		Apo-Baclofen	02139391	APX	ACDEFGV	
				Baclofen	02287048	SAS	ACDEFGV	
				Baclofen	02544679	SIV	ACDEFGV	
				Mylan-Baclofen	02088401	MYL	ACDEFGV	
				pms-Baclofen	02063743	PMS	ACDEFGV	
Liq	Int	0,05 mg/mL		Baclofen	02457059	HIK	ACDEFGV	
Liq	Int	0,5 mg/mL		Baclofen	02457067	HIK	ACDEFGV	

M03BX01	BACLOFÈNE							
	Liq	Int	2 mg/mL		Baclofen	02457075	HIK	ACDEFGV
M03BX02	TIZANIDINE							
	Co.	Orl	4 mg		Apo-Tizanidine	02259893	APX	ACDEFGV
					Mint-Tizanidine	02536765	MNT	ACDEFGV
M03BX08	CYCLOBENZAPRINE							
	Co.	Orl	10 mg		Apo-Cycloprine	02177145	APX	ACDEFGV
					Auro-Cyclobenzaprine	02348853	ARO	ACDEFGV
					Cyclobenzaprine	02287064	SAS	ACDEFGV
					Cyclobenzaprine	02424584	SIV	ACDEFGV
					Flexeril	02495422	ORI	ACDEFGV
					Jamp-Cyclobenzaprine	02357127	JPC	ACDEFGV
					Novo-Cycloprine	02080052	TEV	ACDEFGV
					pms-Cyclobenzaprine	02212048	PMS	ACDEFGV
M03C	MYORELAXANTS, AGENTS AGISSANT DIRECTEMENT							
M03CA	DANTROLENE ET DÉRIVÉS							
M03CA01	DANTROLÈNE							
	Caps	Orl	25 mg		Dantrium	01997602	PAL	ACDEFGV
M04	PRÉPARATIONS ANTI-GOUTTE							
M04A	PRÉPARATIONS ANTI-GOUTTE							
M04AA	PRÉPARATIONS INHIBANT LA PRODUCTION D'ACIDE URIQUE							
M04AA01	ALLOPURINOL							
	Co.	Orl	100 mg		Apo-Allopurinol	00402818	APX	ACDEFGV
					Apo-Allopurinol	02402769	APX	ACDEFGV
					Mar-Allopurinol	02396327	MAR	ACDEFGV
	Co.	Orl	200 mg		Apo-Allopurinol	00479799	APX	ACDEFGV
					Apo-Allopurinol	02402777	APX	ACDEFGV
					Mar-Allopurinol	02396335	MAR	ACDEFGV
	Co.	Orl	300 mg		Apo-Allopurinol	00402796	APX	ACDEFGV
					Apo-Allopurinol	02402785	APX	ACDEFGV
					Mar-Allopurinol	02396343	MAR	ACDEFGV
M04AA03	FÉBUXOSTAT							

M04AA03 FÉBUXOSTAT

Co. Orl 80 mg

Auro-Febuxostat 02533243 ARO (SA)

Febuxostat 02539837 SAS (SA)

Jamp-Febuxostat 02490870 JPC (SA)

Mar-Febuxostat 02473607 MAR (SA)

Teva-Febuxostat 02466198 TEV (SA)

M04AC PRÉPARATION SANS EFFET SUR LE MÉTABOLISME DE L'ACIDE URIQUE**M04AC01 COLCHICINE**

Co. Orl 0,6 mg

Colchicine 00572349 ODN ACDEFGV

Jamp-Colchicine 02373823 JPC ACDEFGV

pms-Colchicine 02402181 PMS ACDEFGV

Sandoz Colchicine 00287873 SDZ ACDEFGV

M05 MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DES MALADIES OSSEUSES**M05B MÉDICAMENTS AGISSANT SUR LA STRUCTURE OSSEUSE ET LA MINÉRALISATION****M05BA BISPHOSPHONATES****M05BA02 ACIDE CLODRONIQUE**

Caps Orl 400 mg

Clasteon 02245828 SUM ACDEFGV

M05BA04 ACIDE ALENDRONIQUE

Co. Orl 10 mg

Alendronate Sodium 02381486 AHI ACDEFGV

Auro-Alendronate 02388545 ARO ACDEFGV

Co. Orl 70 mg

Fosamax 02245329 ORG ACDEFGV

Alendronate 02352966 SAS ACDEFGV

Alendronate 02299712 SIV ACDEFGV

Alendronate Sodium 02381494 AHI ACDEFGV

Alendronate-70 02303078 PDL ACDEFGV

Apo-Alendronate 02248730 APX ACDEFGV

Auro-Alendronate 02388553 ARO ACDEFGV

Jamp Alendronate Sodium 02500175 JPC ACDEFGV

Jamp-Alendronate 02385031 JPC ACDEFGV

M-Alendronate 02529394 MRA ACDEFGV

Mint-Alendronate 02394871 MNT ACDEFGV

pms-Alendronate FC 02284006 PMS ACDEFGV

Riva-Alendronate 02270889 RIV ACDEFGV

Sandoz Alendronate 02288109 SDZ ACDEFGV

Teva-Alendronate 02261715 TEV ACDEFGV

M05BA07 ACIDE RISEDRONIC

M05BA07 ACIDE RISEDRONIC

Co.	Orl	5 mg	Teva-Risedronate	02298376	TEV	ACDEFGV
Co.	Orl	30 mg	Teva-Risedronate	02298384	TEV	(SA)
Co.	Orl	35 mg	Actonel	02246896	ABV	ACDEFGV
			Apo-Risedronate	02353687	APX	ACDEFGV
			Auro-Risedronate	02406306	ARO	ACDEFGV
			pms-Risedronate	02302209	PMS	ACDEFGV
			Risedronate	02347474	PDL	ACDEFGV
			Risedronate	02370255	SAS	ACDEFGV
			Risedronate	02411407	SIV	ACDEFGV
			Sandoz Risedronate	02327295	SDZ	ACDEFGV
			Teva-Risedronate	02298392	TEV	ACDEFGV

M05BA08 ACIDE ZOLÉDRONIQUE

Liq	IV	5 mg / 100 mL	Aclasta	02269198	SDZ	ACDEFGV
			Taro-Zoledronic Acid	02415100	TAR	ACDEFGV
			Zoledronic Acid	02422433	RCH	ACDEFGV

M05BB BISPHTHONATES EN COMBINAISON

M05BB03 ACIDE ALENDRONIQUE ET COLÉCALCIFÉROL

Co.	Orl	70 mg / 5 600 IU	Fosavance	02314940	ORG	ACDEFGV
			Apo-Alendronate/Vitamin D3	02454475	APX	ACDEFGV
			Jamp Alendronate/Vitamin D3	02519836	JPC	ACDEFGV

M05BX AUTRE MÉDICAMENTS AGISSANT SUR LA STRUCTURE OSSEUSE ET LA MINÉRALISATION

M05BX04 DENOSUMAB

Liq	SC	60 mg/mL	Jubbonti	02545411	SDZ	(SA)
Liq	SC	120 mg / 1,7 mL	Wyost	02545764	SDZ	(SA)

M05BX05 BUROSUMAB

Liq	SC	10 mg/mL	Crysvita	02483629	KKI	(SA)
Liq	SC	20 mg/mL	Crysvita	02483637	KKI	(SA)
Liq	SC	30 mg/mL	Crysvita	02483645	KKI	(SA)

M05BX06 ROMOSUZUMAB

Liq	SC	105 mg / 1,17 mL	Evenity	02489597	AGA	(SA)
-----	----	------------------	---------	----------	-----	------

M09 AUTRES MÉDICAMENTS POUR LES TROUBLES DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE**M09A AUTRES MÉDICAMENTS POUR LES TROUBLES DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE****M09AX AUTRES MÉDICAMENTS POUR LES TROUBLES DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE**

M09AX07 NUSINERSEN

Liq INT 2,4 mg/mL Spinraza 02465663 BIG (SA)

M09AX09 ONASEMNOGÈNE ABÉPARVOVEC

Liq IV 2 x 10¹³ vg/mL Zolgensma 02509695 NVR (SA)

M09AX10 RISDIPLAM

Pds. Orl 0,75 mg/mL Evryssi 02514931 HLR (SA)

N SYSTÈME NERVEUX**N01 ANESTHÉSIIQUES****N01B ANESTHÉSIIQUES LOCAUX****N01BB AMIDES**

N01BB02 LIDOCAÏNE

Liq Orl 2% Lidodan Viscous 01968823 ODN ACDEFGV

N01BB09 ROPIVACAÏNE

Liq Prt 5 mg/mL Naropin 02229415 APN ACDEFGV

Liq Prt 10 mg/mL Naropin 02229418 APN ACDEFGV

N01BX AUTRES ANESTHÉSIIQUES LOCAUX

N01BX04 CAPSAÏCINE

Cr. Top 0,025% Zostrix 00740306 BSH ACDEFGV

Capsaicin 02157101 BSL ACDEFGV

Cr. Top 0,075% Zostrix H.P. 02004240 BSH ACDEFGV

Capsaicin Crm 02157128 BSL ACDEFGV

N02 ANALGÉSIIQUES**N02A OPIOÏDES****N02AA ALKALOÏDES D'OPIUM NATUREL**

N02AA01 MORPHINE

MORPHINE (SULFATE DE)

Caps.L.L. Orl 10 mg Kadian 02242163 BGP ACDEFGVW

M-Eslon 02019930 ETH ACDEFGVW

Caps.L.L. Orl 15 mg M-Eslon 15 02177749 SAV ACDEFGVW

N02AA01 MORPHINE					
MORPHINE (SULFATE DE)					
Caps.L.L.	Orl 20 mg	Kadian	02184435	BGP	ACDEFGVW
Caps.L.L.	Orl 30 mg	M-Eslon	02019949	SAV	ACDEFGVW
Caps.L.L.	Orl 50 mg	Kadian	02184443	BGP	ACDEFGVW
Caps.L.L.	Orl 60 mg	M-Eslon	02019957	SAV	ACDEFGVW
Caps.L.L.	Orl 100 mg	Kadian	02184451	BGP	ACDEFGVW
		M-Eslon	02019965	SAV	ACDEFGVW
Caps.L.L.	Orl 200 mg	M-Eslon	02177757	SAV	ACDEFGVW
Co.	Orl 5 mg	MS IR	02014203	PFR	ACDEFGVW
		Statex	00594652	PAL	ACDEFGVW
		pms-Morphine Sulfate	02549794	PMS	ACDEFGVW
Co.	Orl 10 mg	MS IR	02014211	PFR	ACDEFGVW
		Statex	00594644	PAL	ACDEFGVW
		pms-Morphine Sulfate	02549808	PMS	ACDEFGVW
Co.	Orl 20 mg	MS IR	02014238	PFR	ACDEFGVW
Co.	Orl 30 mg	MS IR	02014254	PFR	ACDEFGVW
Co.L.L.	Orl 15 mg	MS Contin	02015439	PFR	ACDEFGVW
		Sandoz Morphine SR	02244790	SDZ	ACDEFGVW
		Teva-Morphine SR	02302764	TEV	ACDEFGVW
Co.L.L.	Orl 30 mg	MS Contin	02014297	PFR	ACDEFGVW
		Sandoz Morphine SR	02244791	SDZ	ACDEFGVW
		Teva-Morphine SR	02302772	TEV	ACDEFGVW
Co.L.L.	Orl 60 mg	MS Contin	02014300	PFR	ACDEFGVW
		Sandoz Morphine SR	02244792	SDZ	ACDEFGVW
		Teva-Morphine SR	02302780	TEV	ACDEFGVW
Co.L.L.	Orl 100 mg	MS Contin	02014319	PFR	ACDEFGVW
		Sandoz Morphine SR	02478889	SDZ	ACDEFGVW
		Teva-Morphine SR	02302799	TEV	ACDEFGVW

N02AA01	MORPHINE							
	MORPHINE (SULFATE DE)							
Co.L.L.	Orl	200 mg		MS Contin	02014327	PFR	ACDEFGVW	
				Sandoz Morphine SR	02478897	SDZ	ACDEFGVW	
				Teva-Morphine SR	02302802	TEV	ACDEFGVW	
Liq	Inj	10 mg/mL		Morphine Sulfate	00392588	SDZ	ACDEFGVW	
Liq	Inj	15 mg/mL		Morphine Sulfate	00392561	SDZ	ACDEFGVW	
Liq	Inj	50 mg/mL		Morphine HP 50	00617288	SDZ	ACDEFGVW	
Sir.	Orl	1 mg/mL		Doloral	00614491	ATL	ACDEFGVW	
Sir.	Orl	5 mg/mL		Doloral	00614505	ATL	ACDEFGVW	
N02AA03	HYDROMORPHONE							
Caps.L.L.	Orl	3 mg		Hydromorph Contin	02125323	PFR	ACDEFGVW	
Caps.L.L.	Orl	4,5 mg		Hydromorph Contin	02359502	PFR	ACDEFGVW	
Caps.L.L.	Orl	6 mg		Hydromorph Contin	02125331	PFR	ACDEFGVW	
Caps.L.L.	Orl	9 mg		Hydromorph Contin	02359510	PFR	ACDEFGVW	
Caps.L.L.	Orl	12 mg		Hydromorph Contin	02125366	PFR	ACDEFGVW	
Caps.L.L.	Orl	18 mg		Hydromorph Contin	02243562	PFR	ACDEFGVW	
Caps.L.L.	Orl	24 mg		Hydromorph Contin	02125382	PFR	ACDEFGVW	
Caps.L.L.	Orl	30 mg		Hydromorph Contin	02125390	PFR	ACDEFGVW	
Co.	Orl	1 mg		Dilaudid	00705438	PFR	ACDEFGVW	
				Apo-Hydromorphone	02364115	APX	ACDEFGVW	
				pms-Hydromorphone	00885444	PMS	ACDEFGVW	
Co.	Orl	2 mg		Dilaudid	00125083	PFR	ACDEFGVW	
				Apo-Hydromorphone	02364123	APX	ACDEFGVW	
				pms-Hydromorphone	00885436	PMS	ACDEFGVW	

N02AA03 HYDROMORPHONE

Co.	Orl	4 mg		Dilaudid	00125121	PFR	ACDEFGVW
				Apo-Hydromorphone	02364131	APX	ACDEFGVW
				pms-Hydromorphone	00885401	PMS	ACDEFGVW
Co.	Orl	8 mg		Dilaudid	00786543	PFR	ACDEFGVW
				Apo-Hydromorphone	02364158	APX	ACDEFGVW
				pms-Hydromorphone	00885428	PMS	ACDEFGVW
Liq	Inj	2 mg/mL		Hydromorphone Hydrochloride	02145901	SDZ	ACDEFGVW
Liq	Inj	10 mg/mL		Hydromorphone HP 10	02145928	SDZ	ACDEFGVW
Liq	Inj	20 mg/mL		Hydromorphone HP 20	02145936	SDZ	ACDEFGVW
Liq	Inj	50 mg/mL		Hydromorphone HP 50	02146126	SDZ	ACDEFGVW
				Hydromorphone Hydrochloride	02469413	STR	ACDEFGVW
Sir.	Orl	1 mg/mL		pms-Hydromorphone	01916386	PMS	ACDEFGVW

N02AA05 OXYCODONE

Co.	Orl	5 mg		Oxy-IR	02231934	PFR	W (SA)
				Supeudol	00789739	SDZ	W (SA)
				pms-Oxycodone IR	02319977	PMS	W (SA)
Co.	Orl	10 mg		Oxy-IR	02240131	PFR	W (SA)
				Supeudol	00443948	SDZ	W (SA)
				pms-Oxycodone IR	02319985	PMS	W (SA)
Co.	Orl	20 mg		Oxy-IR	02240132	PFR	W (SA)
				Supeudol	02262983	SDZ	W (SA)
				pms-Oxycodone IR	02319993	PMS	W (SA)
Co.L.P.	Orl	10 mg		Oxyneo	02372525	PFR	W
Co.L.P.	Orl	15 mg		Oxyneo	02372533	PFR	W
Co.L.P.	Orl	20 mg		Oxyneo	02372797	PFR	W
Co.L.P.	Orl	30 mg		Oxyneo	02372541	PFR	W
Co.L.P.	Orl	40 mg		Oxyneo	02372568	PFR	W

N02AA05	OXYCODONE							
Co.L.P.	Orl	60 mg		Oxyneo	02372576	PFR	W	
Co.L.P.	Orl	80 mg		Oxyneo	02372584	PFR	W	
N02AA59	CODÉINE, EN COMBINAISON, À L'EXCLUSION DES PSYCHOLEPTIQUES							
	ACÉTAMINOPHÈNE / CAFÉINE / CODÉINE							
Co.	Orl	300 mg / 15 mg / 30 mg		Teva-Lenoltec #3	00653276	TEV	ACDEFGVW	
	ACÉTAMINOPHÈNE / CODÉINE							
Co.	Orl	300 mg / 30 mg		Teva-Emtec-30	00608882	TEV	ACDEFGVW	
Co.	Orl	300 mg / 60 mg		Teva-Lenoltec #4	00621463	TEV	ACDEFGVW	

N02AB DÉRIVÉS DU PHENYLPIPERDINE

N02AB03	FENTANYL							
Pth	Trd	12 mcg/hr		Sandoz Fentanyl patch	02327112	SDZ	W (SA)	
				Teva-Fentanyl	02311925	TEV	W (SA)	
Pth	Trd	25 mcg/hr		Sandoz Fentanyl	02327120	SDZ	W (SA)	
				Teva-Fentanyl	02282941	TEV	W (SA)	
Pth	Trd	37 mcg/hr		Sandoz Fentanyl	02327139	SDZ	W (SA)	
Pth	Trd	50 mcg/hr		Sandoz Fentanyl	02327147	SDZ	W (SA)	
				Teva-Fentanyl	02282968	TEV	W (SA)	
Pth	Trd	75 mcg/hr		Sandoz Fentanyl	02327155	SDZ	W (SA)	
				Teva-Fentanyl	02282976	TEV	W (SA)	
Pth	Trd	100 mcg/hr		Sandoz Fentanyl	02327163	SDZ	W (SA)	
				Teva-Fentanyl	02282984	TEV	W (SA)	

N02B AUTRES ANALGÉSQUES ET ANTIPYRÉTIQUES

N02BE ANILIDES

N02BE01	PARACETAMOL (ACÉTAMINOPHÈNE)							
Co.	Orl	325 mg		Acetaminophen	02252805	CCM	G	
				Novo-Gesic	00389218	TEV	G	
Co.	Orl	500 mg		Acetaminophen	02252813	CCM	G	
				Novo-Gesic	00482323	TEV	G	

N02BE01 PARACETAMOL (ACÉTAMINOPHÉNE)

Supp. Rt 120 mg Acet - 120 02230434 PDP G

N02BE51 PARACETAMOL (ACÉTAMINOPHÉNE), EN COMBINAISONS, À L'EXCLUSION DES PSYCHOLEPTIQUES
ACÉTAMINOPHÈNE / CAFÉINE / CODÉINE

Co. Orl 300 mg / 15 mg / 15 mg Teva-Lenoltec #2 00653241 TEV ACDEFGVW

ACÉTAMINOPHÈNE / OXYCODONE

Co. Orl 325 mg / 5 mg Apo-Oxycodone/Acet 02324628 APX ACDEFGVW

Sandoz Oxycodone/Acetaminophen 02307898 SDZ ACDEFGVW

Teva-Oxycocet 00608165 TEV ACDEFGVW

N02BF GABAPENTINOIDES

N02BF02 PRÉGABALINE

Caps Orl 25 mg Lyrica 02268418 BGP ACDEFGVW

Ach-Pregabalin 02449838 AHI ACDEFGVW

Apo-Pregabalin 02394235 APX ACDEFGVW

Auro-Pregabalin 02433869 ARO ACDEFGVW

Jamp-Pregabalin 02435977 JPC ACDEFGVW

M-Pregabalin 02467291 MRA ACDEFGVW

Mar-Pregabalin 02417529 MAR ACDEFGVW

Mint-Pregabalin 02423804 MNT ACDEFGVW

Nat-Pregabalin 02494841 NAT ACDEFGVW

NRA-Pregabalin 02479117 NRA ACDEFGVW

pms-Pregabalin 02359596 PMS ACDEFGVW

Pregabalin 02396483 PDL ACDEFGVW

Pregabalin 02405539 SAS ACDEFGVW

Pregabalin 02403692 SIV ACDEFGVW

Sandoz Pregabalin 02390817 SDZ ACDEFGVW

Taro-Pregabalin 02392801 SUN ACDEFGVW

Teva-Pregabalin 02361159 TEV ACDEFGVW

N02BF02 PRÉGABALINE

Caps Orl 50 mg

Lyrica	02268426	BGP	ACDEFGVW
Ach-Pregabalin	02449846	AHI	ACDEFGVW
Apo-Pregabalin	02394243	APX	ACDEFGVW
Auro-Pregabalin	02433877	ARO	ACDEFGVW
Jamp-Pregabalin	02435985	JPC	ACDEFGVW
M-Pregabalin	02467305	MRA	ACDEFGVW
Mar-Pregabalin	02417537	MAR	ACDEFGVW
Mint-Pregabalin	02423812	MNT	ACDEFGVW
Nat-Pregabalin	02494868	NAT	ACDEFGVW
NRA-Pregabalin	02479125	NRA	ACDEFGVW
pms-Pregabalin	02359618	PMS	ACDEFGVW
Pregabalin	02396505	PDL	ACDEFGVW
Pregabalin	02405547	SAS	ACDEFGVW
Pregabalin	02403706	SIV	ACDEFGVW
Sandoz Pregabalin	02390825	SDZ	ACDEFGVW
Taro-Pregabalin	02392828	SUN	ACDEFGVW
Teva-Pregabalin	02361175	TEV	ACDEFGVW

Caps Orl 75 mg

Lyrica	02268434	BGP	ACDEFGVW
Ach-Pregabalin	02449854	AHI	ACDEFGVW
Apo-Pregabalin	02394251	APX	ACDEFGVW
Auro-Pregabalin	02433885	ARO	ACDEFGVW
Jamp-Pregabalin	02435993	JPC	ACDEFGVW
M-Pregabalin	02467313	MRA	ACDEFGVW
Mar-Pregabalin	02417545	MAR	ACDEFGVW
Mint-Pregabalin	02424185	MNT	ACDEFGVW
Nat-Pregabalin	02494876	NAT	ACDEFGVW
NRA-Pregabalin	02479133	NRA	ACDEFGVW
pms-Pregabalin	02359626	PMS	ACDEFGVW
Pregabalin	02396513	PDL	ACDEFGVW
Pregabalin	02405555	SAS	ACDEFGVW
Pregabalin	02403714	SIV	ACDEFGVW
Sandoz Pregabalin	02390833	SDZ	ACDEFGVW
Taro-Pregabalin	02392836	SUN	ACDEFGVW
Teva-Pregabalin	02361183	TEV	ACDEFGVW

N02BF02 PRÉGABALINE

Caps Orl 150 mg

Lyrica	02268450	BGP	ACDEFGVW
Apo-Pregabalin	02394278	APX	ACDEFGVW
Auro-Pregabalin	02433907	ARO	ACDEFGVW
Jamp-Pregabalin	02436000	JPC	ACDEFGVW
M-Pregabalin	02467321	MRA	ACDEFGVW
Mar-Pregabalin	02417561	MAR	ACDEFGVW
Mint-Pregabalin	02424207	MNT	ACDEFGVW
Nat-Pregabalin	02494884	NAT	ACDEFGVW
NRA-Pregabalin	02479168	NRA	ACDEFGVW
pms-Pregabalin	02359634	PMS	ACDEFGVW
Pregabalin	02396521	PDL	ACDEFGVW
Pregabalin	02405563	SAS	ACDEFGVW
Pregabalin	02403722	SIV	ACDEFGVW
Sandoz Pregabalin	02390841	SDZ	ACDEFGVW
Taro-Pregabalin	02392844	SUN	ACDEFGVW
Teva-Pregabalin	02361205	TEV	ACDEFGVW

Caps Orl 225 mg

Lyrica	02268477	BGP	ACDEFGVW
Ach-Pregabalin	02449897	AHI	ACDEFGVW
Apo-Pregabalin	02394286	APX	ACDEFGVW
Nat-Pregabalin	02494892	NAT	ACDEFGVW
pms-Pregabalin	02398079	PMS	ACDEFGVW
Teva-Pregabalin	02361221	TEV	ACDEFGVW

Caps Orl 300 mg

Lyrica	02268485	BGP	ACDEFGVW
Ach-Pregabalin	02449900	AHI	ACDEFGVW
Apo-Pregabalin	02394294	APX	ACDEFGVW
Jamp-Pregabalin	02436019	JPC	ACDEFGVW
M-Pregabalin	02541963	MRA	ACDEFGVW
Nat-Pregabalin	02494906	NAT	ACDEFGVW
pms-Pregabalin	02359642	PMS	ACDEFGVW
Pregabalin	02396548	PDL	ACDEFGVW
Pregabalin	02405598	SAS	ACDEFGVW
Pregabalin	02403730	SIV	ACDEFGVW
Sandoz Pregabalin	02390868	SDZ	ACDEFGVW
Taro-Pregabalin	02392860	SUN	ACDEFGVW
Teva-Pregabalin	02361248	TEV	ACDEFGVW

N02C PRÉPARATIONS ANTI-MIGRAINES

N02CA ALKALOÏDES DE L'ERGOT

N02CA01 DIHYDROERGOTAMINE

Liq Nas 4 mg/mL

Migranal 02228947 STR ACDEFGV

N02CC AGONISTES DES RECEPTEURS 5HT1 SELECTIFS

N02CC01 SUMATRIPTAN

Co. Orl 50 mg

Imitrex DF 02212153 GSK ACDEFGV

Apo-Sumatriptan 02268388 APX ACDEFGV

Jamp Sumatriptan 02545357 JPC ACDEFGV

Jamp Sumatriptan DF 02545306 JPC ACDEFGV

Mylan-Sumatriptan 02268914 MYL ACDEFGV

pms-Sumatriptan 02256436 PMS ACDEFGV

Sumatriptan 02286521 SAS ACDEFGV

Sumatriptan 02546035 SIV ACDEFGV

Sumatriptan DF 02385570 SIV ACDEFGV

Teva-Sumatriptan DF 02286823 TEV ACDEFGV

Co. Orl 100 mg

Imitrex DF 02212161 GSK ACDEFGV

Apo-Sumatriptan 02268396 APX ACDEFGV

Jamp Sumatriptan 02545365 JPC ACDEFGV

Jamp Sumatriptan DF 02545314 JPC ACDEFGV

Mylan-Sumatriptan 02268922 MYL ACDEFGV

pms-Sumatriptan 02256444 PMS ACDEFGV

Sumatriptan 02286548 SAS ACDEFGV

Sumatriptan 02546043 SIV ACDEFGV

Sumatriptan DF 02385589 SIV ACDEFGV

Teva-Sumatriptan 02239367 TEV ACDEFGV

Teva-Sumatriptan DF 02286831 TEV ACDEFGV

Liq SC 6 mg / 0,5 mL

Imitrex 02212188 GSK (SA)

Taro-Sumatriptan 02361698 TAR (SA)

Vap Nas 5 mg

Imitrex 02230418 GSK (SA)

Vap Nas 20 mg

Imitrex 02230420 GSK (SA)

N02CC02 NARATRIPTAN

Co. Orl 1 mg

Teva-Naratriptan 02314290 TEV (SA)

Co. Orl 2,5 mg

Sandoz Naratriptan 02322323 SDZ (SA)

Teva-Naratriptan 02314304 TEV (SA)

N02CC03 ZOLMITRIPTAN

Co.	Orl	2,5 mg	Zomig	02238660	XPI	ACDEFGV
			Auro-Zolmitriptan	02481030	ARO	ACDEFGV
			Jamp-Zolmitriptan	02421623	JPC	ACDEFGV
			Jamp-Zolmitriptan	02477106	JPC	ACDEFGV
			Mar-Zolmitriptan	02399458	MAR	ACDEFGV
			Mint-Zolmitriptan	02419521	MNT	ACDEFGV
			Nat-Zolmitriptan	02421534	NAT	ACDEFGV
			Sandoz Zolmitriptan	02362988	SDZ	ACDEFGV
			Teva-Zolmitriptan	02313960	TEV	ACDEFGV
			Zolmitriptan	02442655	SAS	ACDEFGV

Co.D.O.	Orl	2,5 mg	Zomig Rapimelt	02243045	XPI	ACDEFGV
			Jamp-Zolmitriptan ODT	02428237	JPC	ACDEFGV
			Sandoz Zolmitriptan ODT	02362996	SDZ	ACDEFGV
			Septa-Zolmitriptan ODT	02428474	SPT	ACDEFGV
			Teva-Zolmitriptan OD	02342545	TEV	ACDEFGV
			Zolmitriptan ODT	02442671	SAS	ACDEFGV

Vap	Nas	2,5 mg	Zomig	02248992	XPI	(SA)
-----	-----	--------	-------	----------	-----	------

Vap	Nas	5 mg	Zomig Nasal	02248993	XPI	(SA)
-----	-----	------	-------------	----------	-----	------

N02CC04 RIZATRIPTAN

Co.	Orl	5 mg	Apo-Rizatriptan	02393468	APX	ACDEFGV
-----	-----	------	-----------------	----------	-----	---------

Co.	Orl	10 mg	Maxalt	02240521	ORG	ACDEFGV
			Act Rizatriptan	02381702	TEV	ACDEFGV
			Apo-Rizatriptan	02393476	APX	ACDEFGV
			Auro-Rizatriptan	02441144	ARO	ACDEFGV
			Jamp-Rizatriptan	02380463	JPC	ACDEFGV
			Mar-Rizatriptan	02379678	MAR	ACDEFGV
			Rizatriptan	02516756	SAS	ACDEFGV

N02CC04 RIZATRIPTAN

Co.D.O. Orl 5 mg

Maxalt RPD	02240518	ORG	ACDEFGV
Jamp-Rizatriptan ODT	02465086	JPC	ACDEFGV
Mar-Rizatriptan ODT	02462788	MAR	ACDEFGV
Mylan-Rizatriptan ODT	02379198	MYL	ACDEFGV
Nat-Rizatriptan ODT	02436604	NAT	ACDEFGV
pms-Rizatriptan RDT	02393360	PMS	ACDEFGV
Rizatriptan ODT	02442906	SAS	ACDEFGV
Rizatriptan ODT	02446111	SIV	ACDEFGV
Sandoz Rizatriptan ODT	02351870	SDZ	ACDEFGV
Teva-Rizatriptan ODT	02396661	TEV	ACDEFGV

Co.D.O. Orl 10 mg

Maxalt RPD	02240519	ORG	ACDEFGV
Jamp-Rizatriptan ODT	02465094	JPC	ACDEFGV
Mar-Rizatriptan ODT	02462796	MAR	ACDEFGV
Mylan-Rizatriptan ODT	02379201	MYL	ACDEFGV
Nat-Rizatriptan ODT	02436612	NAT	ACDEFGV
pms-Rizatriptan RDT	02393379	PMS	ACDEFGV
Rizatriptan ODT	02442914	SAS	ACDEFGV
Rizatriptan ODT	02446138	SIV	ACDEFGV
Sandoz Rizatriptan ODT	02351889	SDZ	ACDEFGV
Teva-Rizatriptan ODT	02396688	TEV	ACDEFGV

N02CC05 ALMOTRIPTAN

Co. Orl 12,5 mg

Almotriptan	02466821	SAS	ACDEFGV
Mylan-Almotriptan	02398443	MYL	ACDEFGV
Sandoz Almotriptan	02405334	SDZ	ACDEFGV
Teva-Almotriptan	02434849	TEV	ACDEFGV

N02CC06 ÉLÉTRIPTAN

Co. Orl 20 mg

Relpax	02256290	BGP	ACDEFGV
Apo-Eletriptan	02386054	APX	ACDEFGV
Apo-Eletriptan Tablets	02518015	APX	ACDEFGV
Auro-Eletriptan	02479451	ARO	ACDEFGV
Eletriptan	02511266	SAS	ACDEFGV
Jamp Eletriptan	02493683	JPC	ACDEFGV
Mylan-Eletriptan	02342235	MYL	ACDEFGV
Teva-Eletriptan	02382091	TEV	ACDEFGV

N02CC06 ÉLÉTRIPTAN

Co. Orl 40 mg

Relpax 02256304 BGP ACDEFGV

Apo-Eletriptan 02386062 APX ACDEFGV

Apo-Eletriptan Tablets 02518023 APX ACDEFGV

Auro-Eletriptan 02479478 ARO ACDEFGV

Eletriptan 02511274 SAS ACDEFGV

Jamp Eletriptan 02493691 JPC ACDEFGV

Mylan-Eletriptan 02342243 MYL ACDEFGV

Teva-Eletriptan 02382105 TEV ACDEFGV

N02CD ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DU PEPTIDE LIÉ AU GÈNE DE LA CALCITONINE (CGRP)**N02CD02 GALCANEZUMAB**

Liq SC 120 mg/mL

Emgality (autoinjector) 02491087 LIL (SA)

Emgality (prefilled syringe) 02491060 LIL (SA)

N02CD03 FRÉMANEZUMAB

Liq SC 225 mg / 1,5 mL

Ajovy (autoinjector) 02509474 TEV (SA)

Ajovy (prefilled syringe) 02497859 TEV (SA)

N02CD05 EPTINÉZUMAB

Liq IV 100 mg/mL

Vyepiti 02510839 VLH (SA)

Liq IV 300 mg / 3 mL

Vyepiti 02542269 VLH (SA)

N02CD07 ATOGÉPANT

Co. Orl 10 mg

Qulipta 02533979 ABV (SA)

Co. Orl 30 mg

Qulipta 02533987 ABV (SA)

Co. Orl 60 mg

Qulipta 02533995 ABV (SA)

N02CX AUTRES PRÉPARATIONS ANTI-MIGRAINE**N02CX01 PIZOTIFÈNE**

Co. Orl 1 mg

Sandomigran DS 00511552 PAL ACDEFGV

N03 ANTIÉPILEPTIQUES**N02B AUTRES ANALGÉSISQUES ET ANTIPYRÉTIQUES****N02BF GABAPENTINOIDES****N02BF01 GABAPENTINE**

N02BF01 GABAPENTINE

Caps Orl 100 mg

Neurontin	02084260	BGP	ACDEFGVW
Apo-Gabapentin	02244304	APX	ACDEFGVW
Auro-Gabapentin	02321203	ARO	ACDEFGVW
Gabapentin	02416840	AHI	ACDEFGVW
Gabapentin	02353245	SAS	ACDEFGVW
Gabapentin	02246314	SIV	ACDEFGVW
Jamp Gabapentin Capsules	02535246	JPC	ACDEFGVW
Jamp-Gabapentin	02361469	JPC	ACDEFGVW
Mar-Gabapentin	02391473	MAR	ACDEFGVW
Mint-Gabapentin	02408880	MNT	ACDEFGVW
pms-Gabapentin	02243446	PMS	ACDEFGVW
Teva-Gabapentin	02244513	TEV	ACDEFGVW

Caps Orl 300 mg

Neurontin	02084279	BGP	ACDEFGVW
Apo-Gabapentin	02244305	APX	ACDEFGVW
Auro-Gabapentin	02321211	ARO	ACDEFGVW
Gabapentin	02416859	AHI	ACDEFGVW
Gabapentin	02353253	SAS	ACDEFGVW
Gabapentin	02246315	SIV	ACDEFGVW
Jamp Gabapentin Capsules	02535254	JPC	ACDEFGVW
Jamp-Gabapentin	02361485	JPC	ACDEFGVW
Mar-Gabapentin	02391481	MAR	ACDEFGVW
Mint-Gabapentin	02408899	MNT	ACDEFGVW
pms-Gabapentin	02243447	PMS	ACDEFGVW
Teva-Gabapentin	02244514	TEV	ACDEFGVW

Caps Orl 400 mg

Neurontin	02084287	BGP	ACDEFGVW
Apo-Gabapentin	02244306	APX	ACDEFGVW
Auro-Gabapentin	02321238	ARO	ACDEFGVW
Gabapentin	02416867	AHI	ACDEFGVW
Gabapentin	02353261	SAS	ACDEFGVW
Gabapentin	02246316	SIV	ACDEFGVW
Jamp Gabapentin Capsules	02535262	JPC	ACDEFGVW
Jamp-Gabapentin	02361493	JPC	ACDEFGVW
Mar-Gabapentin	02391503	MAR	ACDEFGVW
Mint-Gabapentin	02408902	MNT	ACDEFGVW
pms-Gabapentin	02243448	PMS	ACDEFGVW
Teva-Gabapentin	02244515	TEV	ACDEFGVW

N02BF01 GABAPENTINE

Co. Orl 600 mg

Neurontin 02239717 BGP ACDEFGVW
 Apo-Gabapentin 02293358 APX ACDEFGVW
 Auro-Gabapentin 02428334 ARO ACDEFGVW
 Gabapentin 02392526 AHI ACDEFGVW
 Gabapentin 02410990 GLM ACDEFGVW
 Gabapentin 02432072 JPC ACDEFGVW
 Gabapentin 02431289 SAS ACDEFGVW
 Gabapentin 02388200 SIV ACDEFGVW
 Jamp-Gabapentin 02402289 JPC ACDEFGVW
 Teva-Gabapentin 02248457 TEV ACDEFGVW

Co. Orl 800 mg

Neurontin 02239718 BGP ACDEFGVW
 Apo-Gabapentin 02293366 APX ACDEFGVW
 Auro-Gabapentin 02428342 ARO ACDEFGVW
 Gabapentin 02392534 AHI ACDEFGVW
 Gabapentin 02411008 GLM ACDEFGVW
 Gabapentin 02432080 JPC ACDEFGVW
 Gabapentin 02431297 SAS ACDEFGVW
 Gabapentin 02388219 SIV ACDEFGVW
 Jamp-Gabapentin 02402297 JPC ACDEFGVW
 Teva-Gabapentin 02247346 TEV ACDEFGVW

N03A ANTIÉPILEPTIQUES

N03AA BARBITURIQUES ET DÉRIVÉS

N03AA02 PHÉNOBARBITAL

Co. Orl 15 mg

Phenobarbital 00178799 PDP ACDEFGV

Co. Orl 30 mg

Phenobarbital 00178802 PDP ACDEFGV

Co. Orl 60 mg

Phenobarbital 00178810 PDP ACDEFGV

Co. Orl 100 mg

Phenobarbital 00178829 PDP ACDEFGV

Elx Orl 5 mg/mL

Phenobarbital 00645575 PDP ACDEFGV

Liq Inj 30 mg/mL

Phenobarbital Sodium 02304082 SDZ ACDEFGVW

Liq Inj 120 mg/mL

Phenobarbital Sodium 02304090 SDZ ACDEFGVW

N03AA03 PRIMIDONE

Co. Orl 125 mg

Primidone 00399310 AAP ACDEFGV

N03AA03	PRIMIDONE								
Co.	Orl	250 mg		Primidone	00396761	AAP	ACDEFGV		
N03AB DÉRIVÉS DE L'HYDANTOÏNE									
N03AB02	PHÉNYTOÏNE								
Caps	Orl	30 mg		Dilantin	00022772	BGP	ACDEFGV		
Caps	Orl	100 mg		Dilantin	00022780	BGP	ACDEFGV		
				Phenytoin Sodium	02460912	AAP	ACDEFGV		
Co.	Orl	50 mg		Dilantin infatabs	00023698	BGP	ACDEFGV		
Liq	Inj	50 mg/mL		Phenytoin Sodium	00780626	SDZ	V		
Susp	Orl	30 mg / 5 mL		Dilantin 30	00023442	BGP	ACDEFGV		
Susp	Orl	125 mg / 5 mL		Dilantin 125	00023450	BGP	ACDEFGV		
				Taro-Phenytoin	02250896	TAR	ACDEFGV		
N03AD DÉRIVÉS DU SUCCINIMIDE									
N03AD01	ÉTHOSUXIMIDE								
Caps	Orl	250 mg		Zarontin	00022799	ERF	ACDEFGV		
				Mar-Ethosuximide	02545772	MAR	ACDEFGV		
				Odan-Ethosuximide	02547171	ODN	ACDEFGV		
Sir.	Orl	50 mg/mL		Zarontin	00023485	ERF	ACDEFGV		
N03AE DÉRIVÉS DU BENZODIAZÉPINES									
N03AE01	CLONAZÉPAM								
Co.	Orl	0,25 mg		pms-Clonazepam	02179660	PMS	ACDEFGV		
Co.	Orl	0,5 mg		Rivotril	00382825	XPI	ACDEFGV		
				Apo-Clonazepam	02177889	APX	ACDEFGV		
				pms-Clonazepam R	02207818	PMS	ACDEFGV		
Co.	Orl	1 mg		pms-Clonazepam	02048728	PMS	ACDEFGV		
Co.	Orl	2 mg		Rivotril	00382841	XPI	ACDEFGV		
				Apo-Clonazepam	02177897	APX	ACDEFGV		
				pms-Clonazepam	02048736	PMS	ACDEFGV		
N03AF DÉRIVÉS DU CARBOXAMIDE									

N03AF01		CARBAMAZÉPINE						
Co.	Orl	200 mg		Tegretol	00010405	NVR	ACDEFGV	
				Mint-Carbamazepine	02541238	MNT	ACDEFGV	
				Teva-Carbamazepine	00782718	TEV	ACDEFGV	
Co.C.	Orl	100 mg		Taro-Carbamazepine Chewable	02244403	TAR	ACDEFGV	
Co.C.	Orl	200 mg		Taro-Carbamazepine Chewable	02244404	TAR	ACDEFGV	
Co.L.L.	Orl	200 mg		Tegretol CR	00773611	NVR	ACDEFGV	
				Sandoz Carbamazepine CR	02261839	SDZ	ACDEFGV	
Co.L.L.	Orl	400 mg		Tegretol CR	00755583	NVR	ACDEFGV	
				Sandoz Carbamazepine CR	02261847	SDZ	ACDEFGV	
Susp	Orl	100 mg / 5 mL		Tegretol	02194333	NVR	ACDEFGV	
				Taro-Carbamazepine	02367394	TAR	ACDEFGV	
N03AF02		OXCARBAZÉPINE						
Co.	Orl	150 mg		Apo-Oxcarbazepine	02284294	APX	(SA)	
Co.	Orl	300 mg		Trileptal	02242068	NVR	(SA)	
				Apo-Oxcarbazepine	02284308	APX	(SA)	
Co.	Orl	600 mg		Trileptal	02242069	NVR	(SA)	
				Apo-Oxcarbazepine	02284316	APX	(SA)	
Susp	Orl	60 mg/mL		Trileptal	02244673	NVR	(SA)	
N03AF03		RUFINAMIDE						
Co.	Orl	100 mg		Banzel	02369613	EIS	(SA)	
Co.	Orl	200 mg		Banzel	02369621	EIS	(SA)	
				Auro-Rufinamide	02545985	ARO	(SA)	
Co.	Orl	400 mg		Banzel	02369648	EIS	(SA)	
				Auro-Rufinamide	02545993	ARO	(SA)	
N03AF04		ESLICARBAZÉPINE						
Co.	Orl	200 mg		Aptiom	02426862	SUM	(SA)	
Co.	Orl	400 mg		Aptiom	02426870	SUM	(SA)	

N03AF04 ESLICARBAZÉPINE

Co. Orl 600 mg

Aptiom 02426889 SUM (SA)

Co. Orl 800 mg

Aptiom 02426897 SUM (SA)

N03AG DÉRIVÉS DES ACIDES GRAS

N03AG01 ACIDE VALPROÏQUE

Caps Orl 250 mg

Apo-Valproic 02238048 APX ACDEFGV

pms-Valproic Acid 02230768 PMS ACDEFGV

Caps.Ent Orl 500 mg

pms-Valproic Acid 02229628 PMS ACDEFGV

Co.Ent Orl 125 mg

Epival 00596418 BGP ACDEFGV

Apo-Divalproex 02239698 APX ACDEFGV

Mylan-Divalproex 02458926 MYL ACDEFGV

Co.Ent Orl 250 mg

Epival 00596426 BGP ACDEFGV

Apo-Divalproex 02239699 APX ACDEFGV

Mylan-Divalproex 02458934 MYL ACDEFGV

Co.Ent Orl 500 mg

Epival 00596434 BGP ACDEFGV

Apo-Divalproex 02239700 APX ACDEFGV

Mylan-Divalproex 02459019 MYL ACDEFGV

Sir. Orl 250 mg / 5 mL

Depakene 00443832 BGP ACDEFGV

Jamp Valproic Acid 02532441 JPC ACDEFGV

Odan-Valproic Acid 02549190 ODN ACDEFGV

pms-Valproic 02236807 PMS ACDEFGV

N03AG04 VIGABATRIN

Co. Orl 500 mg

Sabril 02065819 LBK (SA)

Pds. Orl 500 mg

Sabril 02068036 LBK (SA)

N03AX AUTRE ANTIÉPILEPTIQUES

N03AX09 LAMOTRIGINE

N03AX09 LAMOTRIGINE

Co.	Orl	25 mg	Lamictal	02142082	GSK	ACDEFGV
			Apo-Lamotrigine	02245208	APX	ACDEFGV
			Auro-Lamotrigine	02381354	ARO	ACDEFGV
			Jamp Lamotrigine	02542730	JPC	ACDEFGV
			Lamotrigine	02343010	SAS	ACDEFGV
			Lamotrigine	02428202	SIV	ACDEFGV
			Mylan-Lamotrigine	02265494	MYL	ACDEFGV
			pms-Lamotrigine	02246897	PMS	ACDEFGV

Co.	Orl	100 mg	Lamictal	02142104	GSK	ACDEFGV
			Apo-Lamotrigine	02245209	APX	ACDEFGV
			Auro-Lamotrigine	02381362	ARO	ACDEFGV
			Jamp Lamotrigine	02542749	JPC	ACDEFGV
			Lamotrigine	02343029	SAS	ACDEFGV
			Lamotrigine	02428210	SIV	ACDEFGV
			Mylan-Lamotrigine	02265508	MYL	ACDEFGV
			pms-Lamotrigine	02246898	PMS	ACDEFGV

Co.	Orl	150 mg	Lamictal	02142112	GSK	ACDEFGV
			Apo-Lamotrigine	02245210	APX	ACDEFGV
			Auro-Lamotrigine	02381370	ARO	ACDEFGV
			Jamp Lamotrigine	02542757	JPC	ACDEFGV
			Lamotrigine	02343037	SAS	ACDEFGV
			Lamotrigine	02428229	SIV	ACDEFGV
			Mylan-Lamotrigine	02265516	MYL	ACDEFGV
			pms-Lamotrigine	02246899	PMS	ACDEFGV

Co.C.	Orl	2 mg	Lamictal Chewtabs	02243803	GSK	ACDEFGV
-------	-----	------	-------------------	----------	-----	---------

Co.C.	Orl	5 mg	Lamictal Chewtabs	02240115	GSK	ACDEFGV
-------	-----	------	-------------------	----------	-----	---------

N03AX11 TOPIRAMATE

Caps	Orl	15 mg	Topamax	02239907	JAN	(SA)
------	-----	-------	---------	----------	-----	------

Caps	Orl	25 mg	Topamax	02239908	JAN	(SA)
------	-----	-------	---------	----------	-----	------

N03AX11 TOPIRAMATE

Co. Orl 25 mg

Topamax	02230893	JAN	ACDEFGV
Apo-Topiramate	02279614	APX	ACDEFGV
Auro-Topiramate	02345803	ARO	ACDEFGV
GLN-Topiramate	02287765	GLM	ACDEFGV
Jamp Topiramate Tablets	02345250	JPC	ACDEFGV
Jamp-Topiramate	02435608	JPC	ACDEFGV
Mint-Topiramate	02315645	MNT	ACDEFGV
Mylan-Topiramate	02263351	MYL	ACDEFGV
pms-Topiramate	02262991	PMS	ACDEFGV
Teva-Topiramate	02248860	TEV	ACDEFGV
Topiramate	02395738	AHI	ACDEFGV
Topiramate	02356856	SAS	ACDEFGV
Topiramate	02389460	SIV	ACDEFGV

Co. Orl 50 mg

Jamp Topiramate Tablets	02544377	JPC	ACDEFGV
pms-Topiramate	02312085	PMS	ACDEFGV

Co. Orl 100 mg

Topamax	02230894	JAN	ACDEFGV
Apo-Topiramate	02279630	APX	ACDEFGV
Auro-Topiramate	02345838	ARO	ACDEFGV
GLN-Topiramate	02287773	GLM	ACDEFGV
Jamp Topiramate Tablets	02345269	JPC	ACDEFGV
Jamp-Topiramate	02435616	JPC	ACDEFGV
Mint-Topiramate	02315653	MNT	ACDEFGV
Mylan-Topiramate	02263378	MYL	ACDEFGV
pms-Topiramate	02263009	PMS	ACDEFGV
Teva-Topiramate	02248861	TEV	ACDEFGV
Topiramate	02395746	AHI	ACDEFGV
Topiramate	02356864	SAS	ACDEFGV
Topiramate	02389487	SIV	ACDEFGV

N03AX11 TOPIRAMATE

Co. Orl 200 mg

Topamax	02230896	JAN	ACDEFGV
Apo-Topiramate	02279649	APX	ACDEFGV
Auro-Topiramate	02345846	ARO	ACDEFGV
GLN-Topiramate	02287781	GLM	ACDEFGV
Jamp Topiramate Tablets	02345277	JPC	ACDEFGV
Jamp-Topiramate	02435624	JPC	ACDEFGV
Mint-Topiramate	02315661	MNT	ACDEFGV
Mylan-Topiramate	02263386	MYL	ACDEFGV
pms-Topiramate	02263017	PMS	ACDEFGV
Teva-Topiramate	02248862	TEV	ACDEFGV
Topiramate	02395754	AHI	ACDEFGV
Topiramate	02356872	SAS	ACDEFGV

N03AX14 LÉVÉTIRACÉTAM

Co. Orl 250 mg

Kepra	02247027	UCB	ACDEFGV
Act Levetiracetam	02274183	TEV	ACDEFGV
Apo-Levetiracetam	02285924	APX	ACDEFGV
Auro-Levetiracetam	02375249	ARO	ACDEFGV
Jamp Levetiracetam Tablets	02504553	JPC	ACDEFGV
Jamp-Levetiracetam	02403005	JPC	ACDEFGV
Levetiracetam	02353342	SAS	ACDEFGV
Levetiracetam	02442531	SIV	ACDEFGV
Levetiracetam Tablets	02399776	AHI	ACDEFGV
M-Levetiracetam	02524562	MRA	ACDEFGV
Mint-Levetiracetam	02442388	MNT	ACDEFGV
Nat-Levetiracetam	02440202	NAT	ACDEFGV
NRA-Levetiracetam	02499193	NRA	ACDEFGV
pms-Levetiracetam	02296101	PMS	ACDEFGV
Riva-Levetiracetam	02482274	RIV	ACDEFGV
Sandoz Levetiracetam	02461986	SDZ	ACDEFGV

N03AX14 LÉVÉTIRACÉTAM

Co.	Orl	500 mg	Keppra	02247028	UCB	ACDEFGV
			Act Levetiracetam	02274191	TEV	ACDEFGV
			Apo-Levetiracetam	02285932	APX	ACDEFGV
			Auro-Levetiracetam	02375257	ARO	ACDEFGV
			Jamp Levetiracetam Tablets	02504561	JPC	ACDEFGV
			Jamp-Levetiracetam	02403021	JPC	ACDEFGV
			Levetiracetam	02353350	SAS	ACDEFGV
			Levetiracetam	02442558	SIV	ACDEFGV
			Levetiracetam Tablets	02399784	AHI	ACDEFGV
			M-Levetiracetam	02524570	MRA	ACDEFGV
			Mint-Levetiracetam	02442396	MNT	ACDEFGV
			Nat-Levetiracetam	02440210	NAT	ACDEFGV
			NRA-Levetiracetam	02499207	NRA	ACDEFGV
			pms-Levetiracetam	02296128	PMS	ACDEFGV
			Pro-Levetiracetam	02311380	PDL	ACDEFGV
			Riva-Levetiracetam	02482282	RIV	ACDEFGV
			Sandoz Levetiracetam	02461994	SDZ	ACDEFGV
Co.	Orl	750 mg	Keppra	02247029	UCB	ACDEFGV
			Act Levetiracetam	02274205	TEV	ACDEFGV
			Apo-Levetiracetam	02285940	APX	ACDEFGV
			Auro-Levetiracetam	02375265	ARO	ACDEFGV
			Jamp Levetiracetam Tablets	02504588	JPC	ACDEFGV
			Jamp-Levetiracetam	02403048	JPC	ACDEFGV
			Levetiracetam	02353369	SAS	ACDEFGV
			Levetiracetam	02442566	SIV	ACDEFGV
			Levetiracetam Tablets	02399792	AHI	ACDEFGV
			M-Levetiracetam	02524589	MRA	ACDEFGV
			Mint-Levetiracetam	02442418	MNT	ACDEFGV
			Nat-Levetiracetam	02440229	NAT	ACDEFGV
			NRA-Levetiracetam	02499215	NRA	ACDEFGV
			pms-Levetiracetam	02296136	PMS	ACDEFGV
			Pro-Levetiracetam	02311399	PDL	ACDEFGV
			Riva-Levetiracetam	02482290	RIV	ACDEFGV
			Sandoz Levetiracetam	02462001	SDZ	ACDEFGV
Co.	Orl	1000 mg	Sandoz Levetiracetam	02462028	SDZ	ACDEFGV
Liq	Orl	100 mg/mL	pdp-Levetiracetam	02490447	PDP	(SA)

N03AX17 STIRIPENTOL

Caps Orl 250 mg

Diacomit 02398958 BOX (SA)

Caps Orl 500 mg

Diacomit 02398966 BOX (SA)

Pds. Orl 250 mg

Diacomit 02398974 BOX (SA)

N03AX18 LACOSAMIDE

Co. Orl 50 mg

Vimpat 02357615 UCB ACDEFGV

ACH-Lacosamide 02489287 AHI ACDEFGV

Auro-Lacosamide 02475332 ARO ACDEFGV

Jamp-Lacosamide 02488388 JPC ACDEFGV

Lacosamide 02512874 SAS ACDEFGV

Mar-Lacosamide 02487802 MAR ACDEFGV

Mint-Lacosamide 02490544 MNT ACDEFGV

NRA-Lacosamide 02499568 NRA ACDEFGV

pharma-Lacosamide 02478196 PMS ACDEFGV

Sandoz-Lacosamide 02474670 SDZ ACDEFGV

Teva-Lacosamide 02472902 TEV ACDEFGV

Co. Orl 100 mg

Vimpat 02357623 UCB ACDEFGV

ACH-Lacosamide 02489295 AHI ACDEFGV

Auro-Lacosamide 02475340 ARO ACDEFGV

Jamp-Lacosamide 02488396 JPC ACDEFGV

Lacosamide 02512882 SAS ACDEFGV

Mar-Lacosamide 02487810 MAR ACDEFGV

Mint-Lacosamide 02490552 MNT ACDEFGV

NRA-Lacosamide 02499576 NRA ACDEFGV

pharma-Lacosamide 02478218 PMS ACDEFGV

Sandoz-Lacosamide 02474689 SDZ ACDEFGV

Teva-Lacosamide 02472910 TEV ACDEFGV

N03AX18 LACOSAMIDE

Co.	Orl	150 mg	Vimpat	02357631	UCB	ACDEFGV
			ACH-Lacosamide	02489309	AHI	ACDEFGV
			Auro-Lacosamide	02475359	ARO	ACDEFGV
			Jamp-Lacosamide	02488418	JPC	ACDEFGV
			Lacosamide	02512890	SAS	ACDEFGV
			Mar-Lacosamide	02487829	MAR	ACDEFGV
			Mint-Lacosamide	02490560	MNT	ACDEFGV
			NRA-Lacosamide	02499584	NRA	ACDEFGV
			pharma-Lacosamide	02478226	PMS	ACDEFGV
			Sandoz-Lacosamide	02474697	SDZ	ACDEFGV
			Teva-Lacosamide	02472929	TEV	ACDEFGV

Co.	Orl	200 mg	Vimpat	02357658	UCB	ACDEFGV
			ACH-Lacosamide	02489317	AHI	ACDEFGV
			Auro-Lacosamide	02475367	ARO	ACDEFGV
			Jamp-Lacosamide	02488426	JPC	ACDEFGV
			Lacosamide	02512904	SAS	ACDEFGV
			Mar-Lacosamide	02487837	MAR	ACDEFGV
			Mint-Lacosamide	02490579	MNT	ACDEFGV
			NRA-Lacosamide	02499592	NRA	ACDEFGV
			pharma-Lacosamide	02478234	PMS	ACDEFGV
			Sandoz-Lacosamide	02474700	SDZ	ACDEFGV
			Teva-Lacosamide	02472937	TEV	ACDEFGV

N03AX22 PÉRAMPANEL

Co.	Orl	2 mg	Fycompa	02404516	EIS	(SA)
			Taro-Perampanel	02522632	TAR	(SA)
Co.	Orl	4 mg	Fycompa	02404524	EIS	(SA)
			Taro-Perampanel	02522640	TAR	(SA)
Co.	Orl	6 mg	Fycompa	02404532	EIS	(SA)
			Taro-Perampanel	02522659	TAR	(SA)
Co.	Orl	8 mg	Fycompa	02404540	EIS	(SA)
			Taro-Perampanel	02522667	TAR	(SA)
Co.	Orl	10 mg	Fycompa	02404559	EIS	(SA)
			Taro-Perampanel	02522675	TAR	(SA)

N03AX22 PÉRAMPANEL

Co. Orl 12 mg

Fycompa 02404567 EIS (SA)
Taro-Perampanel 02522683 TAR (SA)**N03AX23 BRIVARACÉTAM**

Co. Orl 10 mg

Brivlera 02452936 UCB (SA)
Apo-Brivaracetam 02538679 APX (SA)

Co. Orl 25 mg

Brivlera 02452944 UCB (SA)
Apo-Brivaracetam 02538687 APX (SA)

Co. Orl 50 mg

Brivlera 02452952 UCB (SA)
Apo-Brivaracetam 02538695 APX (SA)
Auro-Brivaracetam 02539292 ARO (SA)

Co. Orl 75 mg

Brivlera 02452960 UCB (SA)
Apo-Brivaracetam 02538709 APX (SA)

Co. Orl 100 mg

Brivlera 02452979 UCB (SA)
Apo-Brivaracetam 02538717 APX (SA)
Auro-Brivaracetam 02539306 ARO (SA)**N04 MÉDICAMENTS ANTI-PARKINSON****N04A AGENTS ANTI-CHOLINERGIQUES****N04AA AMINES TERTIAIRES****N04AA01 TRIHEXYPHÉNIDYLE**

Co. Orl 2 mg

Trihex 00545058 AAP ACDEFGV

Co. Orl 5 mg

Trihex 00545074 AAP ACDEFGV

N04AA04 PROCYCLIDINE

Co. Orl 2,5 mg

pdp-Procyclidine 00649392 PDP ACDEFGV

Co. Orl 5 mg

pdp-Procyclidine 00587354 PDP ACDEFGV

Elx Orl 2,5 mg / 5 mL

pdp-Procyclidine 00587362 PDP ACDEFGV

N04AA05 PROFÉNAMINE (ÉTHOPROPAZINE)

Co. Orl 50 mg

Parsitan 01927744 SLP ACDEFGV

N04AC ÉTHERS DE TROPINE OU DÉRIVÉS DU TROPINE**N04AC01 BENZYTROPINE**

N04AC01	BENZYTROPINE						
Co.	Orl	1 mg	pdp-Benztropine	00706531	PDP	ACDEFGV	
Co.	Orl	2 mg	pdp-Benztropine	00426857	PDP	ACDEFGV	
Liq	Inj	1 mg/mL	Benzotropine Omega	02238903	OMG	ACDEFGV	

N04B AGENTS DOPAMINERGIQUES

N04BA DOPA ET DÉRIVÉS DU DOPA

N04BA02 LÉVODOPA ET INHIBITEUR DU DÉCARBOXYLASE
LÉVODOPA / BENSÉRAZIDE

Caps	Orl	50 mg / 12,5 mg	Prolopa	00522597	HLR	ACDEFGV	
Caps	Orl	100 mg / 25 mg	Prolopa	00386464	HLR	ACDEFGV	
Caps	Orl	200 mg / 50 mg	Prolopa	00386472	HLR	ACDEFGV	

LÉVODOPA / CARBIDOPA

Co.	Orl	100 mg / 10 mg	Apo-Levocarb	02195933	APX	ACDEFGV	
			Auro-Levocarb	02531593	ARO	ACDEFGV	
			Jamp Levocarb	02546396	JPC	ACDEFGV	
			Mint-Levocarb	02457954	MNT	ACDEFGV	
			Teva-Levocarbidopa	02244494	TEV	ACDEFGV	

Co.	Orl	100 mg / 25 mg	Apo-Levocarb	02195941	APX	ACDEFGV	
			Auro-Levocarb	02531607	ARO	ACDEFGV	
			Jamp Levocarb	02546418	JPC	ACDEFGV	
			Mint-Levocarb	02457962	MNT	ACDEFGV	
			Teva-Levocarbidopa	02244495	TEV	ACDEFGV	

Co.	Orl	250 mg / 25 mg	Apo-Levocarb	02195968	APX	ACDEFGV	
			Auro-Levocarb	02531615	ARO	ACDEFGV	
			Jamp Levocarb	02546426	JPC	ACDEFGV	
			Mint-Levocarb	02457970	MNT	ACDEFGV	
			Teva-Levocarbidopa	02244496	TEV	ACDEFGV	

Co.L.L.	Orl	100 mg / 25 mg	AA-Levocarb CR	02272873	AAP	ACDEFGV	
---------	-----	----------------	----------------	----------	-----	---------	--

Co.L.L.	Orl	200 mg / 50 mg	AA-Levocarb CR	02245211	AAP	ACDEFGV	
---------	-----	----------------	----------------	----------	-----	---------	--

Gel	Itt	20 mg / 5 mg/mL	Duodopa	02292165	ABV	(SA)	
-----	-----	-----------------	---------	----------	-----	------	--

N04BA03 LÉVODOPA, DECARBOYLASE INHIBITEUR ET COMT INHIBITEUR

LÉVODOPA, CARBIDOPA, ENTACAPONE

Co.	Orl	50 mg / 12,5 mg / 200 mg	Stalevo	02305933	SDZ	(SA)
Co.	Orl	75 mg / 18,75 mg / 200 mg	Stalevo	02337827	SDZ	(SA)
Co.	Orl	100 mg / 25 mg / 200 mg	Stalevo	02305941	SDZ	(SA)
Co.	Orl	125 mg / 31,25 mg / 200 mg	Stalevo	02337835	SDZ	(SA)
Co.	Orl	150 mg / 37,5 mg / 200 mg	Stalevo	02305968	SDZ	(SA)

N04BA07 FOSLÉVODOPA ET DECARBOXYLASE INHIBITEUR

Liq.	SC	240 mg/mL / 12 mg/mL	Vyalev	02537702	ABV	(SA)
------	----	----------------------	--------	----------	-----	------

N04BB DÉRIVÉS DE L'ADAMANTANE

N04BB01 AMANTADINE

Caps	Orl	100 mg	pdp-Amantadine Hydrochloride	01990403	PDP	ACDEFGV
Sir.	Orl	10 mg/mL	Odan-Amantadine Syrup	02538601	ODN	ACDEFGV
			pdp-Amantadine	02022826	PDP	ACDEFGV

N04BC AGONISTES DE LA DOPAMINE

N04BC04 ROPINIROLE

Co.	Orl	0,25 mg	Jamp-Ropinirole	02352338	JPC	ACDEFV
			Ran-Ropinirole	02314037	RAN	ACDEFV
			Teva-Ropinirole	02316846	TEV	ACDEFV
Co.	Orl	1 mg	Ran-Ropinirole	02314053	RAN	ACDEFV
			Teva-Ropinirole	02316854	TEV	ACDEFV
Co.	Orl	2 mg	Ran-Ropinirole	02314061	RAN	ACDEFV
			Teva-Ropinirole	02316862	TEV	ACDEFV
Co.	Orl	5 mg	Ran-Ropinirole	02314088	RAN	ACDEFV
			Teva-Ropinirole	02316870	TEV	ACDEFV

N04BC05 PRAMIPEXOLE

N04BC05 PRAMIPEXOLE

Co.	Orl	0,25 mg	Mirapex	02237145	BOE	ACDEFV
			Act Pramipexole	02297302	TEV	ACDEFV
			Apo-Pramipexole	02292378	APX	ACDEFV
			Auro-Pramipexole	02424061	ARO	ACDEFV
			Pramipexole	02367602	SAS	ACDEFV
			Pramipexole	02309122	SIV	ACDEFV
			Sandoz Pramipexole	02315262	SDZ	ACDEFV

Co.	Orl	0,5 mg	Act Pramipexole	02297310	TEV	ACDEFV
			Apo-Pramipexole	02292386	APX	ACDEFV
			Auro-Pramipexole	02424088	ARO	ACDEFV
			Pramipexole	02367610	SAS	ACDEFV
			Pramipexole	02309130	SIV	ACDEFV
			Sandoz Pramipexole	02315270	SDZ	ACDEFV

Co.	Orl	1 mg	Act Pramipexole	02297329	TEV	ACDEFV
			Apo-Pramipexole	02292394	APX	ACDEFV
			Auro-Pramipexole	02424096	ARO	ACDEFV
			Pramipexole	02367629	SAS	ACDEFV
			Pramipexole	02309149	SIV	ACDEFV
			Sandoz Pramipexole	02315289	SDZ	ACDEFV

Co.	Orl	1,5 mg	Act Pramipexole	02297337	TEV	ACDEFV
			Apo-Pramipexole	02292408	APX	ACDEFV
			Auro-Pramipexole	02424118	ARO	ACDEFV
			Pramipexole	02367645	SAS	ACDEFV
			Pramipexole	02309157	SIV	ACDEFV
			Sandoz Pramipexole	02315297	SDZ	ACDEFV

N04BC09 ROTIGOTINE

Pth	Trd	2 mg	Neupro	02403900	UCB	(SA)
Pth	Trd	4 mg	Neupro	02403927	UCB	(SA)
Pth	Trd	6 mg	Neupro	02403935	UCB	(SA)
Pth	Trd	8 mg	Neupro	02403943	UCB	(SA)

N04BD OXIDASE DE MONOAMINE, INHIBITEURS DE TYPE B

N04BD01 SÉLÉGILINE

N04BD01 SÉLÉGILINE

Co. Orl 5 mg

Novo-Selegiline 02068087 TEV ACDEFV

Selegiline 02230641 AAP ACDEFV

N04BX AUTRES AGENTS DOPAMINERGIQUES**N04BX02 ENTACAPONE**

Co. Orl 200 mg

Comtan 02243763 SDZ ACDEFGV

Mint-Entacapone 02535939 MNT ACDEFGV

Sandoz Entacapone 02380005 SDZ ACDEFGV

Teva-Entacapone 02375559 TEV ACDEFGV

N05 PSYCHOLEPTIQUES**N05A ANTIPSYCHOTIQUES****N05AA PHÉNOTHIAZINE AVEC CHAÎNE LATÉRALE ALIPHATIQUE****N05AA01 CHLORPROMAZINE**

Co. Orl 25 mg

Teva-Chlorpromazine 00232823 TEV ACDEFGVW

Co. Orl 50 mg

Teva-Chlorpromazine 00232807 TEV ACDEFGVW

Co. Orl 100 mg

Teva-Chlorpromazine 00232831 TEV ACDEFGVW

N05AA02 LÉVOMÉPROMAZINE (MÉTHOTRIMÉPRAZINE)

Co. Orl 2 mg

Methoprazine 02238403 AAP ACDEFGVW

Co. Orl 5 mg

Methoprazine 02238404 AAP ACDEFGVW

Co. Orl 25 mg

Methoprazine 02238405 AAP ACDEFGVW

Co. Orl 50 mg

Methoprazine 02238406 AAP ACDEFGVW

Liq Inj 25 mg/mL

Nozinan 01927698 XPI ACDEFVW

N05AB PHÉNOTHIAZINE À STRUCTURE DE PIPÉRAZINE**N05AB02 FLUPHÉNAZINE**

Co. Orl 1 mg

Fluphenazine 00405345 AAP ACDEFGV

Co. Orl 2 mg

Fluphenazine 00410632 AAP ACDEFGV

Co. Orl 5 mg

Fluphenazine 00405361 AAP ACDEFGV

N05AB03 PERPHÉNAZINE

Co. Orl 2 mg

Perphenazine 00335134 AAP ACDEFGV

N05AB03		PERPHÉNAZINE					
Co.	Orl	4 mg		Perphenazine	00335126	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	8 mg		Perphenazine	00335118	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	16 mg		Perphenazine	00335096	AAP	ACDEFGV
N05AB04		PROCHLORPÉRAZINE					
Co.	Orl	5 mg		Prochlorazine	00886440	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	10 mg		Prochlorazine	00886432	AAP	ACDEFGV
N05AB06		TRIFLUOPÉRAZINE					
Co.	Orl	1 mg		Trifluoperazine	00345539	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	2 mg		Trifluoperazine	00312754	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	5 mg		Trifluoperazine	00312746	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	10 mg		Trifluoperazine	00326836	AAP	ACDEFGV
N05AC		PHÉNOTHIAZINES À STRUCTURE DE PIPÉRIDINE					
N05AC01		PÉRICYAZINE					
Caps	Orl	5 mg		Neuleptil	01926780	SLP	ACDEFGV
Caps	Orl	10 mg		Neuleptil	01926772	SLP	ACDEFGV
Caps	Orl	20 mg		Neuleptil	01926764	SLP	ACDEFGV
Gttes	Orl	10 mg/mL		Neuleptil	01926756	SLP	ACDEFGV
N05AD		DÉRIVÉS DU BUTYROPHÉNONE					
N05AD01		HALOPÉRIDOL					
Co.	Orl	0,5 mg		Teva-Haloperidol	00363685	TEV	ACDEFGVW
Co.	Orl	1 mg		Teva-Haloperidol	00363677	TEV	ACDEFGVW
Co.	Orl	2 mg		Teva-Haloperidol	00363669	TEV	ACDEFGVW
Co.	Orl	5 mg		Teva-Haloperidol	00363650	TEV	ACDEFGVW
Co.	Orl	10 mg		Teva-Haloperidol	00713449	TEV	ACDEFGVW

N05AD01 HALOPÉRIDOL

Liq Inj 5 mg/mL

Haloperidol 00808652 SDZ ACDEFGVW
 Haloperidol Injection 02366010 OMG ACDEFGVW

Liq Inj 100 mg/mL

Haloperidol LA 02130300 SDZ ACDEFGVW

N05AE DÉRIVÉS DE L'INDOLE

N05AE04 ZIPRASIDONE

Caps Orl 20 mg

Zeldox 02298597 BGP ACDEFGV
 Auro-Ziprasidone 02449544 ARO ACDEFGV

Caps Orl 40 mg

Zeldox 02298600 BGP ACDEFGV
 Auro-Ziprasidone 02449552 ARO ACDEFGV

Caps Orl 60 mg

Zeldox 02298619 BGP ACDEFGV
 Auro-Ziprasidone 02449560 ARO ACDEFGV

Caps Orl 80 mg

Zeldox 02298627 BGP ACDEFGV
 Auro-Ziprasidone 02449579 ARO ACDEFGV

N05AE05 LURASIDONE

Co. Orl 20 mg

Latuda 02422050 SUM ACDEFGV
 Auro-Lurasidone 02513986 ARO ACDEFGV
 Jamp Lurasidone 02516438 JPC ACDEFGV
 Lurasidone 02548585 SAS ACDEFGV
 pms-Lurasidone 02505878 PMS ACDEFGV
 Sandoz Lurasidone 02521075 SDZ ACDEFGV
 Taro-Lurasidone 02504499 TAR ACDEFGV

Co. Orl 40 mg

Latuda 02387751 SUM ACDEFGV
 Auro-Lurasidone 02513994 ARO ACDEFGV
 Jamp Lurasidone 02516446 JPC ACDEFGV
 Lurasidone 02548593 SAS ACDEFGV
 pms-Lurasidone 02505886 PMS ACDEFGV
 Sandoz Lurasidone 02521091 SDZ ACDEFGV
 Taro-Lurasidone 02504502 TAR ACDEFGV

N05AE05 LURASIDONE

Co.	Orl	60 mg	Latuda	02413361	SUM	ACDEFGV
			Auro-Lurasidone	02514001	ARO	ACDEFGV
			Jamp Lurasidone	02516454	JPC	ACDEFGV
			Lurasidone	02548607	SAS	ACDEFGV
			pms-Lurasidone	02505894	PMS	ACDEFGV
			Sandoz Lurasidone	02521105	SDZ	ACDEFGV
			Taro-Lurasidone	02504510	TAR	ACDEFGV

Co.	Orl	80 mg	Latuda	02387778	SUM	ACDEFGV
			Auro-Lurasidone	02514028	ARO	ACDEFGV
			Jamp Lurasidone	02516462	JPC	ACDEFGV
			Lurasidone	02548615	SAS	ACDEFGV
			pms-Lurasidone	02505908	PMS	ACDEFGV
			Sandoz Lurasidone	02521113	SDZ	ACDEFGV
			Taro-Lurasidone	02504529	TAR	ACDEFGV

Co.	Orl	120 mg	Latuda	02387786	SUM	ACDEFGV
			Auro-Lurasidone	02514036	ARO	ACDEFGV
			Jamp Lurasidone	02516470	JPC	ACDEFGV
			pms-Lurasidone	02505916	PMS	ACDEFGV
			Sandoz Lurasidone	02521121	SDZ	ACDEFGV
			Taro-Lurasidone	02504537	TAR	ACDEFGV

N05AF DÉRIVÉS DU THIOXANTHÈNE**N05AF01 FLUPENTHIXOL**

Co.	Orl	0,5 mg	Fluanxol	02156008	VLH	ACDEFGV
Co.	Orl	3 mg	Fluanxol	02156016	VLH	ACDEFGV
Liq	Inj	20 mg/mL	Fluanxol Depot	02156032	VLH	ACDEFGV
Liq	Inj	100 mg/mL	Fluanxol Depot	02156040	VLH	ACDEFGV

N05AF05 ZUCLOPENTHIXOL

Co.	Orl	10 mg	Clopixol	02230402	VLH	ACDEFGV
Co.	Orl	25 mg	Clopixol	02230403	VLH	ACDEFGV
Liq	Inj	200 mg/mL	Clopixol Depot	02230406	VLH	ACDEFGV

N05AG DÉRIVÉS DE LA DIPHÉNYLBUTYLPIPÉRIDINE

N05AG02	PIMOZIDE						
Co.	Orl	2 mg		Pimozide	02245432	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	4 mg		Pimozide	02245433	AAP	ACDEFGV

N05AH DIAZÉPINES, OXAZÉPINES, THIAZÉPINES ET OXÉPINNES

N05AH01	LOXAPINE						
Co.	Orl	2,5 mg		Xylac	02242868	PDP	ACDEFGV
Co.	Orl	10 mg		Xylac	02230838	PDP	ACDEFGV
Co.	Orl	25 mg		Xylac	02230839	PDP	ACDEFGV

N05AH02	CLOZAPINE						
Co.	Orl	25 mg		Clozaril	00894737	HLS	ACDEFGV
				AA-Clozapine	02248034	AAP	ACDEFGV
				Gen-Clozapine	02247243	MYL	ACDEFGV
Co.	Orl	50 mg		Clozaril	02490668	HLS	ACDEFGV
				AA-Clozapine	02458748	AAP	ACDEFGV
				Gen-Clozapine	02305003	MYL	ACDEFGV
Co.	Orl	100 mg		Clozaril	00894745	HLS	ACDEFGV
				AA-Clozapine	02248035	AAP	ACDEFGV
				Gen-Clozapine	02247244	MYL	ACDEFGV
Co.	Orl	200 mg		Clozaril	02490676	HLS	ACDEFGV
				AA-Clozapine	02458756	AAP	ACDEFGV
				Gen-Clozapine	02305011	MYL	ACDEFGV

N05AH03	OLANZAPINE						
Co.	Orl	2,5 mg		Zyprexa	02229250	XPI	ACDEFGVW
				Apo-Olanzapine	02281791	APX	ACDEFGVW
				Jamp-Olanzapine FC	02417243	JPC	ACDEFGVW
				Mint-Olanzapine	02410141	MNT	ACDEFGVW
				Olanzapine	02311968	PDL	ACDEFGVW
				Olanzapine	02372819	SAS	ACDEFGVW
				Olanzapine	02385864	SIV	ACDEFGVW
				pms-Olanzapine	02303116	PMS	ACDEFGVW
				Sandoz Olanzapine	02310341	SDZ	ACDEFGVW
				Teva-Olanzapine	02276712	TEV	ACDEFGVW

N05AH03 OLANZAPINE

Co. Orl 5 mg

Zyprexa 02229269 XPI ACDEFGVW
 Apo-Olanzapine 02281805 APX ACDEFGVW
 Jamp-Olanzapine FC 02417251 JPC ACDEFGVW
 Mint-Olanzapine 02410168 MNT ACDEFGVW
 Olanzapine 02311976 PDL ACDEFGVW
 Olanzapine 02372827 SAS ACDEFGVW
 Olanzapine 02385872 SIV ACDEFGVW
 pms-Olanzapine 02303159 PMS ACDEFGVW
 Sandoz Olanzapine 02310368 SDZ ACDEFGVW
 Teva-Olanzapine 02276720 TEV ACDEFGVW

Co. Orl 7,5 mg

Zyprexa 02229277 XPI ACDEFGVW
 Apo-Olanzapine 02281813 APX ACDEFGVW
 Jamp-Olanzapine FC 02417278 JPC ACDEFGVW
 Mint-Olanzapine 02410176 MNT ACDEFGVW
 Olanzapine 02311984 PDL ACDEFGVW
 Olanzapine 02372835 SAS ACDEFGVW
 Olanzapine 02385880 SIV ACDEFGVW
 pms-Olanzapine 02303167 PMS ACDEFGVW
 Sandoz Olanzapine 02310376 SDZ ACDEFGVW
 Teva-Olanzapine 02276739 TEV ACDEFGVW

Co. Orl 10 mg

Zyprexa 02229285 XPI ACDEFGVW
 Apo-Olanzapine 02281821 APX ACDEFGVW
 Jamp-Olanzapine FC 02417286 JPC ACDEFGVW
 Mint-Olanzapine 02410184 MNT ACDEFGVW
 Olanzapine 02311992 PDL ACDEFGVW
 Olanzapine 02372843 SAS ACDEFGVW
 Olanzapine 02385899 SIV ACDEFGVW
 pms-Olanzapine 02303175 PMS ACDEFGVW
 Sandoz Olanzapine 02310384 SDZ ACDEFGVW
 Teva-Olanzapine 02276747 TEV ACDEFGVW

N05AH03 OLANZAPINE

Co. Orl 15 mg

Zyprexa	02238850	XPI	ACDEFGVW
Apo-Olanzapine	02281848	APX	ACDEFGVW
Jamp-Olanzapine FC	02417294	JPC	ACDEFGVW
Mint-Olanzapine	02410192	MNT	ACDEFGVW
Olanzapine	02312018	PDL	ACDEFGVW
Olanzapine	02372851	SAS	ACDEFGVW
Olanzapine	02385902	SIV	ACDEFGVW
pms-Olanzapine	02303183	PMS	ACDEFGVW
Sandoz Olanzapine	02310392	SDZ	ACDEFGVW
Teva-Olanzapine	02276755	TEV	ACDEFGVW

Co. Orl 20 mg

Zyprexa	02238851	XPI	ACDEFGVW
Apo-Olanzapine	02333015	APX	ACDEFGVW
Jamp-Olanzapine FC	02417308	JPC	ACDEFGVW
Olanzapine	02421704	PDL	ACDEFGVW
Olanzapine	02385910	SIV	ACDEFGVW
Teva-Olanzapine	02359707	TEV	ACDEFGVW

Co.D.O. Orl 5 mg

Zyprexa Zydis	02243086	XPI	ACDEFGVW
Apo-Olanzapine ODT	02360616	APX	ACDEFGVW
Auro-Olanzapine ODT	02448726	ARO	ACDEFGVW
Jamp-Olanzapine ODT	02406624	JPC	ACDEFGVW
Mint-Olanzapine ODT	02436965	MNT	ACDEFGVW
Olanzapine ODT	02338645	PDL	ACDEFGVW
Olanzapine ODT	02352974	SAS	ACDEFGVW
Olanzapine ODT	02343665	SIV	ACDEFGVW
pms-Olanzapine ODT	02303191	PMS	ACDEFGVW
Sandoz Olanzapine ODT	02327775	SDZ	ACDEFGVW

Co.D.O. Orl 10 mg

Zyprexa Zydis	02243087	XPI	ACDEFGVW
Apo-Olanzapine ODT	02360624	APX	ACDEFGVW
Auro-Olanzapine ODT	02448734	ARO	ACDEFGVW
Jamp-Olanzapine ODT	02406632	JPC	ACDEFGVW
Mint-Olanzapine ODT	02436973	MNT	ACDEFGVW
Olanzapine ODT	02338653	PDL	ACDEFGVW
Olanzapine ODT	02352982	SAS	ACDEFGVW
Olanzapine ODT	02343673	SIV	ACDEFGVW
pms-Olanzapine ODT	02303205	PMS	ACDEFGVW
Sandoz Olanzapine ODT	02327783	SDZ	ACDEFGVW

N05AH03 OLANZAPINE

Co.D.O. Orl 15 mg

Zyprexa Zydys	02243088	XPI	ACDEFGVW
Apo-Olanzapine ODT	02360632	APX	ACDEFGVW
Auro-Olanzapine ODT	02448742	ARO	ACDEFGVW
Jamp-Olanzapine ODT	02406640	JPC	ACDEFGVW
Mint-Olanzapine ODT	02436981	MNT	ACDEFGVW
Olanzapine ODT	02338661	PDL	ACDEFGVW
Olanzapine ODT	02352990	SAS	ACDEFGVW
Olanzapine ODT	02343681	SIV	ACDEFGVW
pms-Olanzapine ODT	02303213	PMS	ACDEFGVW
Sandoz Olanzapine ODT	02327791	SDZ	ACDEFGVW

Co.D.O. Orl 20 mg

Zyprexa Zydys	02243089	XPI	ACDEFGVW
Apo-Olanzapine ODT	02360640	APX	ACDEFGVW
Auro-Olanzapine ODT	02448750	ARO	ACDEFGVW
Jamp-Olanzapine ODT	02406659	JPC	ACDEFGVW
Olanzapine ODT	02425114	PDL	ACDEFGVW
Olanzapine ODT	02343703	SIV	ACDEFGVW
Sandoz Olanzapine ODT	02327805	SDZ	ACDEFGVW

N05AH04 QUÉTIAPINE

Co. Orl 25 mg

Seroquel	02236951	AZE	ACDEFGVW
Act Quetiapine	02316080	TEV	ACDEFGVW
Apo-Quetiapine	02313901	APX	ACDEFGVW
Apo-Quetiapine Fumarate	02501635	APX	ACDEFGVW
Auro-Quetiapine	02390205	ARO	ACDEFGVW
Jamp Quetiapine Fumarate	02390140	JPC	ACDEFGVW
Jamp-Quetiapine	02330415	JPC	ACDEFGVW
Mar-Quetiapine	02399822	MAR	ACDEFGVW
Mint-Quetiapine	02438003	MNT	ACDEFGVW
Nat-Quetiapine	02439158	NAT	ACDEFGVW
pms-Quetiapine	02296551	PMS	ACDEFGVW
Pro-Quetiapine	02317346	PDL	ACDEFGVW
Quetiapine	02387794	AHI	ACDEFGVW
Quetiapine	02353164	SAS	ACDEFGVW
Quetiapine	02317893	SIV	ACDEFGVW

N05AH04 QUÉTIAPINE

Co. Orl 100 mg

Seroquel	02236952	AZE	ACDEFGVW
Act Quetiapine	02316099	TEV	ACDEFGVW
Apo-Quetiapine	02313928	APX	ACDEFGVW
Apo-Quetiapine Fumarate	02501643	APX	ACDEFGVW
Auro-Quetiapine	02390213	ARO	ACDEFGVW
Jamp Quetiapine Fumarate	02390159	JPC	ACDEFGVW
Jamp-Quetiapine	02330423	JPC	ACDEFGVW
Mar-Quetiapine	02399830	MAR	ACDEFGVW
Mint-Quetiapine	02438011	MNT	ACDEFGVW
Nat-Quetiapine	02439166	NAT	ACDEFGVW
pms-Quetiapine	02296578	PMS	ACDEFGVW
Pro-Quetiapine	02317354	PDL	ACDEFGVW
Quetiapine	02387808	AHI	ACDEFGVW
Quetiapine	02353172	SAS	ACDEFGVW
Quetiapine	02317907	SIV	ACDEFGVW

Co. Orl 150 mg

Nat-Quetiapine	02439174	NAT	AEFGVW
----------------	----------	-----	--------

Co. Orl 200 mg

Seroquel	02236953	AZE	ACDEFGVW
Act Quetiapine	02316110	TEV	ACDEFGVW
Apo-Quetiapine	02313936	APX	ACDEFGVW
Apo-Quetiapine Fumarate	02501651	APX	ACDEFGVW
Auro-Quetiapine	02390248	ARO	ACDEFGVW
Jamp Quetiapine Fumarate	02390167	JPC	ACDEFGVW
Jamp-Quetiapine	02330458	JPC	ACDEFGVW
Mar-Quetiapine	02399849	MAR	ACDEFGVW
Mint-Quetiapine	02438046	MNT	ACDEFGVW
Nat-Quetiapine	02439182	NAT	ACDEFGVW
pms-Quetiapine	02296594	PMS	ACDEFGVW
Pro-Quetiapine	02317362	PDL	ACDEFGVW
Quetiapine	02387824	AHI	ACDEFGVW
Quetiapine	02353199	SAS	ACDEFGVW
Quetiapine	02317923	SIV	ACDEFGVW

N05AH04 QUÉTIAPINE

Co. Orl 300 mg

Seroquel	02244107	AZE	ACDEFGVW
Act Quetiapine	02316129	TEV	ACDEFGVW
Apo-Quetiapine	02313944	APX	ACDEFGVW
Apo-Quetiapine Fumarate	02501678	APX	ACDEFGVW
Auro-Quetiapine	02390256	ARO	ACDEFGVW
Jamp Quetiapine Fumarate	02390175	JPC	ACDEFGVW
Jamp-Quetiapine	02330466	JPC	ACDEFGVW
Mar-Quetiapine	02399857	MAR	ACDEFGVW
Mint-Quetiapine	02438054	MNT	ACDEFGVW
Nat-Quetiapine	02439190	NAT	ACDEFGVW
pms-Quetiapine	02296608	PMS	ACDEFGVW
Pro-Quetiapine	02317370	PDL	ACDEFGVW
Quetiapine	02387832	AHI	ACDEFGVW
Quetiapine	02353202	SAS	ACDEFGVW
Quetiapine	02317931	SIV	ACDEFGVW

Co.L.P. Orl 50 mg

Seroquel XR	02300184	AZE	ACDEFGVW
ACH-Quetiapine Fumarate XR	02450860	AHI	ACDEFGVW
Apo-Quetiapine XR	02457229	APX	ACDEFGVW
M-Quetiapine Fumarate XR	02527928	MRA	ACDEFGVW
Mint-Quetiapine XR	02522187	MNT	ACDEFGVW
NRA-Quetiapine XR	02510677	NRA	ACDEFGVW
Quetiapine Fumarate XR	02516616	SAS	ACDEFGVW
Quetiapine XR	02519607	JPC	ACDEFGVW
Quetiapine XR	02417359	SIV	ACDEFGVW
Sandoz Quetiapine XR	02407671	SDZ	ACDEFGVW
Teva-Quetiapine XR	02395444	TEV	ACDEFGVW

Co.L.P. Orl 150 mg

Seroquel XR	02321513	AZE	ACDEFGVW
ACH-Quetiapine Fumarate XR	02450879	AHI	ACDEFGVW
Apo-Quetiapine XR	02457237	APX	ACDEFGVW
M-Quetiapine Fumarate XR	02527936	MRA	ACDEFGVW
Mint-Quetiapine XR	02522195	MNT	ACDEFGVW
NRA-Quetiapine XR	02510685	NRA	ACDEFGVW
Quetiapine Fumarate XR	02516624	SAS	ACDEFGVW
Quetiapine XR	02519615	JPC	ACDEFGVW
Quetiapine XR	02417367	SIV	ACDEFGVW
Sandoz Quetiapine XR	02407698	SDZ	ACDEFGVW
Teva-Quetiapine XR	02395452	TEV	ACDEFGVW

N05AH04 QUÉTIAPINE

Co.L.P. Orl 200 mg

Seroquel XR	02300192	AZE	ACDEFGVW
ACH-Quetiapine Fumarate XR	02450887	AHI	ACDEFGVW
Apo-Quetiapine XR	02457245	APX	ACDEFGVW
M-Quetiapine Fumarate XR	02527944	MRA	ACDEFGVW
Mint-Quetiapine XR	02522209	MNT	ACDEFGVW
NRA-Quetiapine XR	02510693	NRA	ACDEFGVW
Quetiapine Fumarate XR	02516632	SAS	ACDEFGVW
Quetiapine XR	02519623	JPC	ACDEFGVW
Quetiapine XR	02417375	SIV	ACDEFGVW
Sandoz Quetiapine XR	02407701	SDZ	ACDEFGVW
Teva-Quetiapine XR	02395460	TEV	ACDEFGVW

Co.L.P. Orl 300 mg

Seroquel XR	02300206	AZE	ACDEFGVW
ACH-Quetiapine Fumarate XR	02450895	AHI	ACDEFGVW
Apo-Quetiapine XR	02457253	APX	ACDEFGVW
M-Quetiapine Fumarate XR	02527952	MRA	ACDEFGVW
Mint-Quetiapine XR	02522217	MNT	ACDEFGVW
NRA-Quetiapine XR	02510707	NRA	ACDEFGVW
Quetiapine Fumarate XR	02516640	SAS	ACDEFGVW
Quetiapine XR	02519747	JPC	ACDEFGVW
Quetiapine XR	02417383	SIV	ACDEFGVW
Sandoz Quetiapine XR	02407728	SDZ	ACDEFGVW
Teva-Quetiapine XR	02395479	TEV	ACDEFGVW

Co.L.P. Orl 400 mg

Seroquel XR	02300214	AZE	ACDEFGVW
ACH-Quetiapine Fumarate XR	02450909	AHI	ACDEFGVW
Apo-Quetiapine XR	02457261	APX	ACDEFGVW
M-Quetiapine Fumarate XR	02527960	MRA	ACDEFGVW
Mint-Quetiapine XR	02522225	MNT	ACDEFGVW
NRA-Quetiapine XR	02510715	NRA	ACDEFGVW
Quetiapine Fumarate XR	02516659	SAS	ACDEFGVW
Quetiapine XR	02519763	JPC	ACDEFGVW
Quetiapine XR	02417391	SIV	ACDEFGVW
Sandoz Quetiapine XR	02407736	SDZ	ACDEFGVW
Teva-Quetiapine XR	02395487	TEV	ACDEFGVW

N05AH05 ASÉNAPINE

Co.S.L. Orl 5 mg

Saphris (Sublingual) 02374803 ORG (SA)

Co.S.L. Orl 10 mg

Saphris (Sublingual) 02374811 ORG (SA)

N05AN LITHIUM

N05AN01 LITHIUM

Caps Orl 150 mg

Carbolith 00461733 BSL ACDEFGV

Lithane 02013231 SLP ACDEFGV

Apo-Lithium Carbonate 02242837 APX ACDEFGV

pms-Lithium Carbonate 02216132 PMS ACDEFGV

Caps Orl 300 mg

Carbolith 00236683 BSL ACDEFGV

Lithane 00406775 SLP ACDEFGV

Apo-Lithium Carbonate 02242838 APX ACDEFGV

pms-Lithium Carbonate 02216140 PMS ACDEFGV

Caps Orl 600 mg

Carbolith 02011239 BSL ACDEFGV

Co.L.L. Orl 300 mg

Lithmax SR 02266695 AAP ACDEFGV

N05AX AUTRES ANTIPSYCHOTIQUES

N05AX08 RISPÉRIDONE

Co. Orl 0,25 mg

Apo-Risperidone 02282119 APX ACDEFGV

Jamp-Risperidone 02359529 JPC ACDEFGV

Mar-Risperidone 02371766 MAR ACDEFGV

Mint-Risperidone 02359790 MNT ACDEFGV

pms-Risperidone 02252007 PMS ACDEFGV

Ran-Risperidone 02328305 SUN ACDEFGV

Risperidone 02356880 SAS ACDEFGV

Risperidone 02533804 SIV ACDEFGV

Sandoz Risperidone 02303655 SDZ ACDEFGV

Teva-Risperidone 02282690 TEV ACDEFGV

Co. Orl 0,5 mg

Apo-Risperidone 02282127 APX ACDEFGV

Jamp-Risperidone 02359537 JPC ACDEFGV

Mar-Risperidone 02371774 MAR ACDEFGV

Mint-Risperidone 02359804 MNT ACDEFGV

pms-Risperidone 02252015 PMS ACDEFGV

Ran-Risperidone 02328313 SUN ACDEFGV

Risperidone 02356899 SAS ACDEFGV

Risperidone 02533928 SIV ACDEFGV

Sandoz Risperidone 02303663 SDZ ACDEFGV

Teva-Risperidone 02264188 TEV ACDEFGV

N05AX08 RISPÉRIDONE

Co. Orl 1 mg

Apo-Risperidone	02282135	APX	ACDEFGV
Jamp-Risperidone	02359545	JPC	ACDEFGV
Mar-Risperidone	02371782	MAR	ACDEFGV
Mint-Risperidone	02359812	MNT	ACDEFGV
pms-Risperidone	02252023	PMS	ACDEFGV
Ran-Risperidone	02328321	SUN	ACDEFGV
Risperidone	02356902	SAS	ACDEFGV
Risperidone	02533936	SIV	ACDEFGV
Sandoz Risperidone	02279800	SDZ	ACDEFGV
Teva-Risperidone	02264196	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 2 mg

Apo-Risperidone	02282143	APX	ACDEFGV
Jamp-Risperidone	02359553	JPC	ACDEFGV
Mar-Risperidone	02371790	MAR	ACDEFGV
Mint-Risperidone	02359820	MNT	ACDEFGV
pms-Risperidone	02252031	PMS	ACDEFGV
Ran-Risperidone	02328348	SUN	ACDEFGV
Risperidone	02356910	SAS	ACDEFGV
Risperidone	02533944	SIV	ACDEFGV
Sandoz Risperidone	02279819	SDZ	ACDEFGV
Teva-Risperidone	02264218	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 3 mg

Apo-Risperidone	02282151	APX	ACDEFGV
Jamp-Risperidone	02359561	JPC	ACDEFGV
Mar-Risperidone	02371804	MAR	ACDEFGV
Mint-Risperidone	02359839	MNT	ACDEFGV
pms-Risperidone	02252058	PMS	ACDEFGV
Ran-Risperidone	02328364	SUN	ACDEFGV
Risperidone	02356929	SAS	ACDEFGV
Risperidone	02533952	SIV	ACDEFGV
Sandoz Risperidone	02279827	SDZ	ACDEFGV
Teva-Risperidone	02264226	TEV	ACDEFGV

N05AX08 RISPÉRIDONE

Co.	Orl	4 mg	Apo-Risperidone	02282178	APX	ACDEFGV
			Jamp-Risperidone	02359588	JPC	ACDEFGV
			Mar-Risperidone	02371812	MAR	ACDEFGV
			Mint-Risperidone	02359847	MNT	ACDEFGV
			pms-Risperidone	02252066	PMS	ACDEFGV
			Risperidone	02356937	SAS	ACDEFGV
			Risperidone	02533960	SIV	ACDEFGV
			Sandoz Risperidone	02279835	SDZ	ACDEFGV
			Taro-Risperidone	02328372	SUN	ACDEFGV
			Teva-Risperidone	02264234	TEV	ACDEFGV

Liq	Orl	1 mg/mL	Jamp-Risperidone	02454319	JPC	ACDEFGV
			pms-Risperidone	02279266	PMS	ACDEFGV

Pds.	IM	12,5 mg	Risperdal Consta	02298465	JAN	(SA)
------	----	---------	------------------	----------	-----	------

Pds.	IM	25 mg	Risperdal Consta	02255707	JAN	(SA)
------	----	-------	------------------	----------	-----	------

Pds.	IM	37,5 mg	Risperdal Consta	02255723	JAN	(SA)
------	----	---------	------------------	----------	-----	------

Pds.	IM	50 mg	Risperdal Consta	02255758	JAN	(SA)
------	----	-------	------------------	----------	-----	------

N05AX12 ARIPIPRAZOLE

Co.	Orl	2 mg	Abilify	02322374	OTS	ACDEFGV
			Apo-Aripiprazole	02471086	APX	ACDEFGV
			Aripiprazole	02506688	SAS	ACDEFGV
			Aripiprazole	02534320	SIV	ACDEFGV
			Auro-Aripiprazole	02460025	ARO	ACDEFGV
			Mint-Aripiprazole	02483556	MNT	ACDEFGV
			pms-Aripiprazole	02466635	PMS	ACDEFGV
			Sandoz Aripiprazole	02473658	SDZ	ACDEFGV

Co.	Orl	5 mg	Abilify	02322382	OTS	ACDEFGV
			Apo-Aripiprazole	02471094	APX	ACDEFGV
			Aripiprazole	02506718	SAS	ACDEFGV
			Aripiprazole	02534339	SIV	ACDEFGV
			Auro-Aripiprazole	02460033	ARO	ACDEFGV
			Mint-Aripiprazole	02483564	MNT	ACDEFGV
			pms-Aripiprazole	02466643	PMS	ACDEFGV
			Sandoz Aripiprazole	02473666	SDZ	ACDEFGV

N05AX12 ARIPIPRAZOLE

Co. Orl 10 mg

Abilify 02322390 OTS ACDEFGV
 Apo-Aripiprazole 02471108 APX ACDEFGV
 Aripiprazole 02506726 SAS ACDEFGV
 Aripiprazole 02534347 SIV ACDEFGV
 Auro-Aripiprazole 02460041 ARO ACDEFGV
 Mint-Aripiprazole 02483572 MNT ACDEFGV
 pms-Aripiprazole 02466651 PMS ACDEFGV
 Sandoz Aripiprazole 02473674 SDZ ACDEFGV

Co. Orl 15 mg

Abilify 02322404 OTS ACDEFGV
 Apo-Aripiprazole 02471116 APX ACDEFGV
 Aripiprazole 02506734 SAS ACDEFGV
 Aripiprazole 02534355 SIV ACDEFGV
 Auro-Aripiprazole 02460068 ARO ACDEFGV
 Mint-Aripiprazole 02483580 MNT ACDEFGV
 pms-Aripiprazole 02466678 PMS ACDEFGV
 Sandoz Aripiprazole 02473682 SDZ ACDEFGV

Co. Orl 20 mg

Abilify 02322412 OTS ACDEFGV
 Apo-Aripiprazole 02471124 APX ACDEFGV
 Aripiprazole 02506750 SAS ACDEFGV
 Aripiprazole 02534363 SIV ACDEFGV
 Auro-Aripiprazole 02460076 ARO ACDEFGV
 Mint-Aripiprazole 02483599 MNT ACDEFGV
 pms-Aripiprazole 02466686 PMS ACDEFGV
 Sandoz Aripiprazole 02473690 SDZ ACDEFGV

Co. Orl 30 mg

Abilify 02322455 OTS ACDEFGV
 Apo-Aripiprazole 02471132 APX ACDEFGV
 Aripiprazole 02506785 SAS ACDEFGV
 Aripiprazole 02534371 SIV ACDEFGV
 Auro-Aripiprazole 02460084 ARO ACDEFGV
 Mint-Aripiprazole 02483602 MNT ACDEFGV
 pms-Aripiprazole 02466694 PMS ACDEFGV
 Sandoz Aripiprazole 02473704 SDZ ACDEFGV

Pds. IM 300 mg

Abilify Maintena 02420864 OTS (SA)

Pds. IM 400 mg

Abilify Maintena 02420872 OTS (SA)

N05AX13	PALIPÉRIDONE						
	PALMITATE DE PALIPÉRIDONE						
Liq	IM	175 mg / 0,875 mL	Invega Trinza	02455943	JAN	(SA)	
Liq	IM	263 mg / 1,315 mL	Invega Trinza	02455986	JAN	(SA)	
Liq	IM	350 mg / 1,75 mL	Invega Trinza	02455994	JAN	(SA)	
Liq	IM	525 mg / 2,625 mL	Invega Trinza	02456001	JAN	(SA)	
Susp	IM	50 mg / 0,5 mL	Invega Sustenna	02354217	JAN	(SA)	
Susp	IM	75 mg / 0,75 mL	Invega Sustenna	02354225	JAN	(SA)	
Susp	IM	100 mg/mL	Invega Sustenna	02354233	JAN	(SA)	
Susp	IM	150 mg / 1,5 mL	Invega Sustenna	02354241	JAN	(SA)	
N05AX15	CARIPRAZINE						
Caps	Orl	1,5 mg	Vraylar	02526794	ABV	(SA)	
Caps	Orl	3 mg	Vraylar	02526808	ABV	(SA)	
Caps	Orl	4,5 mg	Vraylar	02526816	ABV	(SA)	
Caps	Orl	6 mg	Vraylar	02526824	ABV	(SA)	
N05AX16	BREXPIPRAZOLE						
Co.	Orl	0,25 mg	Rexulti	02461749	OTS	ACDEFGV	
Co.	Orl	0,50 mg	Rexulti	02461757	OTS	ACDEFGV	
Co.	Orl	1 mg	Rexulti	02461765	OTS	ACDEFGV	
Co.	Orl	2 mg	Rexulti	02461773	OTS	ACDEFGV	
Co.	Orl	3 mg	Rexulti	02461781	OTS	ACDEFGV	
Co.	Orl	4 mg	Rexulti	02461803	OTS	ACDEFGV	
N05B	ANXIOLYTIQUES						
N05BA	DÉRIVÉS DU BENZODIAZEPINE						
N05BA01	DIAZÉPAM						

N05BA01	DIAZÉPAM						
Co.	Orl	2 mg	Diazepam	00405329	AAP	ACDEFGV	
Co.	Orl	5 mg	Valium	00013285	SLP	ACDEFGV	
			Diazepam	00362158	AAP	ACDEFGV	
Co.	Orl	10 mg	Diazepam	00405337	AAP	ACDEFGV	
Liq	Inj	5 mg/mL	Diazepam	00399728	SDZ	ACDEFGV	
N05BA02	CHLORDIAZÉPOXIDE						
Caps	Orl	5 mg	Chlordiazepoxide	00522724	AAP	ACDEFGV	
Caps	Orl	10 mg	Chlordiazepoxide	00522988	AAP	ACDEFGV	
Caps	Orl	25 mg	Chlordiazepoxide	00522996	AAP	ACDEFGV	
N05BA04	OXAZÉPAM						
Co.	Orl	10 mg	Apo-Oxazepam	00402680	APX	ACDEFGV	
Co.	Orl	15 mg	Apo-Oxazepam	00402745	APX	ACDEFGV	
Co.	Orl	30 mg	Apo-Oxazepam	00402737	APX	ACDEFGV	
N05BA05	CLORAZÉPATE DIPOTASSIQUE						
Caps	Orl	3,75 mg	Clorazepate	00860689	AAP	ACDEFGV	
Caps	Orl	7,5 mg	Clorazepate	00860700	AAP	ACDEFGV	
Caps	Orl	15 mg	Clorazepate	00860697	AAP	ACDEFGV	
N05BA06	LORAZÉPAM						
Co.	Orl	0,5 mg	Ativan	02041413	PFI	ACDEFGVW	
			Apo-Lorazepam	00655740	APX	ACDEFGVW	
			pms-Lorazepam	00728187	PMS	ACDEFGVW	
			Teva-Lorazepam	00711101	TEV	ACDEFGVW	
Co.	Orl	1 mg	Ativan	02041421	PFI	ACDEFGVW	
			Apo-Lorazepam	00655759	APX	ACDEFGVW	
			pms-Lorazepam	00728195	PMS	ACDEFGVW	
			Teva-Lorazepam	00637742	TEV	ACDEFGVW	

N05BA06 LORAZÉPAM

Co. Orl 2 mg

Ativan 02041448 PFI ACDEFGVW
Apo-Lorazepam 00655767 APX ACDEFGVW
pms-Lorazepam 00728209 PMS ACDEFGVW
Teva-Lorazepam 00637750 TEV ACDEFGVW

Co.S.L. Orl 0,5 mg

Ativan SL 02041456 PFI ACDEFGVW
Lorazepam Sublingual 02410745 AAP ACDEFGVW

Co.S.L. Orl 1 mg

Ativan SL 02041464 PFI ACDEFGVW
Lorazepam Sublingual 02410753 AAP ACDEFGVW

Co.S.L. Orl 2 mg

Ativan SL 02041472 PFI ACDEFGVW
Lorazepam Sublingual 02410761 AAP ACDEFGVW

Liq Inj 4 mg/mL

Lorazepam 02243278 SDZ ACDEFVW

N05BA08 BROMAZÉPAM

Co. Orl 3 mg

Apo-Bromazepam 02177161 APX ACDEFGV
Teva-Bromazepam 02230584 TEV ACDEFGV

Co. Orl 6 mg

Apo-Bromazepam 02177188 APX ACDEFGV
Teva-Bromazepam 02230585 TEV ACDEFGV**N05BA09 CLOBAZAM**

Co. Orl 10 mg

Apo-Clobazam 02244638 APX ACDEFGV
Teva-Clobazam 02238334 TEV ACDEFGV**N05BA12 ALPRAZOLAM**

Co. Orl 0,25 mg

Xanax 00548359 UJC ACDEFGV
Apo-Alpraz 00865397 APX ACDEFGV
Teva-Alprazolam 01913484 TEV ACDEFGV

Co. Orl 0,5 mg

Xanax 00548367 UJC ACDEFGV
Apo-Alpraz 00865400 APX ACDEFGV
Teva-Alprazolam 01913492 TEV ACDEFGV**N05BB DÉRIVÉS DU DIPHENYLMETHANE****N05BB01 HYDROXYZINE**

Caps Orl 10 mg

Hydroxyzine 00646059 AAP ACDEFGVW

N05BB01 HYDROXYZINE

Caps Orl 25 mg

Hydroxyzine 00646024 AAP ACDEFGVW

Novo-Hydroxyzine 00738832 TEV ACDEFGVW

Caps Orl 50 mg

Hydroxyzine 00646016 AAP ACDEFGVW

Sir. Orl 2 mg/mL

Atarax 00024694 SLP ACDEFGVW

N05BE DÉRIVÉS DE L'AZASPIRODECANEDIONE**N05BE01 BUSPIRONE**

Co. Orl 10 mg

Apo-Buspirone 02211076 APX ACDEFGV

Auro-Buspirone 02500213 ARO ACDEFGV

Buspirone 02447851 SAS ACDEFGV

Jamp Buspirone 02509911 JPC ACDEFGV

Mint-Buspirone 02519054 MNT ACDEFGV

pms-Buspirone 02230942 PMS ACDEFGV

Teva-Buspirone 02231492 TEV ACDEFGV

N05C HYPNOTIQUES ET SEDATIFS**N05CD DÉRIVÉS DU BENZODIAZEPINE****N05CD01 FLURAZÉPAM**

Caps Orl 15 mg

Flurazepam 00521698 AAP ACDEFGV

Caps Orl 30 mg

Flurazepam 00521701 AAP ACDEFGV

N05CD02 NITRAZÉPAM

Co. Orl 5 mg

Mogadon 00511528 AAP ACDEFGV

Co. Orl 10 mg

Mogadon 00511536 AAP ACDEFGV

N05CD05 TRIAZOLAM

Co. Orl 0,25 mg

Triazolam 00808571 AAP ACDEFGV

N05CD07 TÉMAZÉPAM

Caps Orl 15 mg

Restoril 00604453 AAP ACDEFGV

Caps Orl 30 mg

Restoril 00604461 AAP ACDEFGV

N05CD08 MIDAZOLAM

Liq Inj 1 mg/mL

Midazolam 02240285 SDZ ACDEFGVW

Liq Inj 5 mg/mL

Midazolam 02240286 SDZ ACDEFGVW

N05CF MÉDICAMENTS LIÉS AU BENZODIAZÉPINE**N05CF01 ZOPICLONE**

Co.	Orl	3,75 mg	pms-Zopiclone	02458543	PMS	ACDEFGV
Co.	Orl	5 mg	Apo-Zopiclone	02245077	APX	ACDEFGV
			Jamp-Zopiclone	02406969	JPC	ACDEFGV
			M-Zopiclone	02467941	MRA	ACDEFGV
			Mar-Zopiclone	02386771	MAR	ACDEFGV
			Mint-Zopiclone	02391716	MNT	ACDEFGV
			NRA-Zopiclone	02477378	NRA	ACDEFGV
			pms-Zopiclone	02243426	PMS	ACDEFGV
			ratio-Zopiclone	02246534	TEV	ACDEFGV
			Zopiclone	02344122	SAS	ACDEFGV
			Zopiclone	02385821	SIV	ACDEFGV
Co.	Orl	7,5 mg	Imovane	01926799	SAV	ACDEFGV
			Apo-Zopiclone	02218313	APX	ACDEFGV
			Jamp-Zopiclone	02406977	JPC	ACDEFGV
			M-Zopiclone	02467968	MRA	ACDEFGV
			Mar-Zopiclone	02386798	MAR	ACDEFGV
			Mint-Zopiclone	02391724	MNT	ACDEFGV
			NRA-Zopiclone	02477386	NRA	ACDEFGV
			pms-Zopiclone	02240606	PMS	ACDEFGV
			ratio-Zopiclone	02242481	TEV	ACDEFGV
			Zopiclone	02282445	SAS	ACDEFGV
			Zopiclone	02385848	SIV	ACDEFGV

N06 PSYCHOANALEPTIQUES**N06A ANTIDEPRESSIFS****N06AA INHIBITEURS DE LA MONOAMINE NON SÉLECTIFS DU RECAPTAGE****N06AA01 DÉSIPRAMINE**

Co.	Orl	10 mg	Desipramine	02216248	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	25 mg	Desipramine	02216256	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	50 mg	Desipramine	02216264	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	75 mg	Desipramine	02216272	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	100 mg	Desipramine	02216280	AAP	ACDEFGV

N06AA02		IMIPRAMINE						
Co.	Orl	10 mg		Imipramine	00360201	AAP	ACDEFGV	
				Jamp Imipramine	02546337	JPC	ACDEFGV	
Co.	Orl	25 mg		Imipramine	00312797	AAP	ACDEFGV	
				Jamp Imipramine	02546345	JPC	ACDEFGV	
Co.	Orl	50 mg		Imipramine	00326852	AAP	ACDEFGV	
				Jamp Imipramine	02546353	JPC	ACDEFGV	
Co.	Orl	75 mg		Imipramine	00644579	AAP	ACDEFGV	
				Jamp Imipramine	02546361	JPC	ACDEFGV	
N06AA04		CLOMIPRAMINE						
Caps	Orl	25 mg		Taro-Clomipramine	02497506	TAR	ACDEFGV	
Caps	Orl	50 mg		Taro-Clomipramine	02497514	TAR	ACDEFGV	
Co.	Orl	10 mg		Anafranil	00330566	APX	ACDEFGV	
Co.	Orl	25 mg		Anafranil	00324019	APX	ACDEFGV	
Co.	Orl	50 mg		Anafranil	00402591	APX	ACDEFGV	
N06AA06		TRIMIPRAMINE						
Co.	Orl	12,5 mg		Trimipramine	00740799	AAP	ACDEFGV	
Co.	Orl	25 mg		Trimipramine	00740802	AAP	ACDEFGV	
Co.	Orl	50 mg		Trimipramine	00740810	AAP	ACDEFGV	
Co.	Orl	75 mg		Trimipramine	02070987	AAP	ACDEFGV	
Co.	Orl	100 mg		Trimipramine	00740829	AAP	ACDEFGV	
N06AA09		AMITRIPTYLINE						
Co.	Orl	10 mg		Elavil	00335053	AAP	ACDEFGV	
				Apo-Amitriptyline	02403137	APX	ACDEFGV	
				Jamp-Amitriptyline	02457679	JPC	ACDEFGV	
				Mar-Amitriptyline	02429861	MAR	ACDEFGV	
				pms-Amitriptyline	00654523	PMS	ACDEFGV	

N06AA09 AMITRIPTYLINE

Co.	Orl	25 mg	Elavil	00335061	AAP	ACDEFGV
			Apo-Amitriptyline	02403145	APX	ACDEFGV
			Jamp-Amitriptyline	02457695	JPC	ACDEFGV
			Mar-Amitriptyline	02429888	MAR	ACDEFGV
			pms-Amitriptyline	00654515	PMS	ACDEFGV

Co.	Orl	50 mg	Elavil	00335088	AAP	ACDEFGV
			Apo-Amitriptyline	02403153	APX	ACDEFGV
			Jamp-Amitriptyline	02457687	JPC	ACDEFGV
			Mar-Amitriptyline	02429896	MAR	ACDEFGV
			pms-Amitriptyline	00654507	PMS	ACDEFGV

Co.	Orl	75 mg	Elavil	00754129	AAP	ACDEFGV
			Apo-Amitriptyline	02403161	APX	ACDEFGV
			Jamp-Amitriptyline	02457660	JPC	ACDEFGV
			Mar-Amitriptyline	02429918	MAR	ACDEFGV

N06AA10 NORTRIPTYLINE

Caps	Orl	10 mg	Aventyl	00015229	AAP	ACDEFGV
------	-----	-------	---------	----------	-----	---------

Caps	Orl	25 mg	Aventyl	00015237	AAP	ACDEFGV
------	-----	-------	---------	----------	-----	---------

N06AA12 DOXÉPINE

Caps	Orl	10 mg	Sinequan	00024325	AAP	ACDEFGV
------	-----	-------	----------	----------	-----	---------

Caps	Orl	25 mg	Sinequan	00024333	AAP	ACDEFGV
------	-----	-------	----------	----------	-----	---------

Caps	Orl	50 mg	Sinequan	00024341	AAP	ACDEFGV
------	-----	-------	----------	----------	-----	---------

N06AB INHIBITEURS SPECIFIQUES DU RECAPTAGE DE LA SEROTONINE**N06AB03 FLUOXÉTINE**

N06AB03 FLUOXÉTINE

Caps Orl 10 mg

Prozac 02018985 LIL ACDEFGV
 Apo-Fluoxetine 02216353 APX ACDEFGV
 Auro-Fluoxetine 02385627 ARO ACDEFGV
 Fluoxetine 02393441 AHI ACDEFGV
 Fluoxetine 02286068 SAS ACDEFGV
 Fluoxetine 02374447 SIV ACDEFGV
 Jamp-Fluoxetine 02401894 JPC ACDEFGV
 M-Fluoxetine 02529432 MRA ACDEFGV
 NRA-Fluoxetine 02503875 NRA ACDEFGV
 pms-Fluoxetine 02177579 PMS ACDEFGV
 Teva-Fluoxetine 02216582 TEV ACDEFGV

Caps Orl 20 mg

Prozac 00636622 LIL ACDEFGV
 Apo-Fluoxetine 02216361 APX ACDEFGV
 Auro-Fluoxetine 02385635 ARO ACDEFGV
 Fluoxetine 02383241 AHI ACDEFGV
 Fluoxetine 02286076 SAS ACDEFGV
 Fluoxetine 02374455 SIV ACDEFGV
 Jamp-Fluoxetine 02386402 JPC ACDEFGV
 M-Fluoxetine 02529440 MRA ACDEFGV
 NRA-Fluoxetine 02503883 NRA ACDEFGV
 pms-Fluoxetine 02177587 PMS ACDEFGV
 Teva-Fluoxetine 02216590 TEV ACDEFGV

Caps Orl 40 mg

pms-Fluoxetine 02464640 PMS ACDEFGV

Caps Orl 60 mg

pms-Fluoxetine 02464659 PMS ACDEFGV

Liq Orl 20 mg / 5 mL

Apo-Fluoxetine 02231328 APX (SA)
 Odan-Fluoxetine 02459361 ODN (SA)

N06AB04 CITALOPRAM

N06AB04 CITALOPRAM

Co. Orl 10 mg

Citalopram 02430517 JPC ACDEFGV
 Citalopram 02445719 SAS ACDEFGV
 Citalopram 02387948 SIV ACDEFGV
 Citalopram-10 02325047 PDL ACDEFGV
 M-Citalopram 02532123 MRA ACDEFGV
 Mar-Citalopram 02371871 MAR ACDEFGV
 Mint-Citalopram 02429691 MNT ACDEFGV
 Natco-Citalopram 02409003 NAT ACDEFGV
 pms-Citalopram 02270609 PMS ACDEFGV
 Teva-Citalopram 02312336 TEV ACDEFGV

Co. Orl 20 mg

Celexa 02239607 VLH ACDEFGV
 Apo-Citalopram 02246056 APX ACDEFGV
 Auro-Citalopram 02275562 ARO ACDEFGV
 Citalopram 02430541 JPC ACDEFGV
 Citalopram 02353660 SAS ACDEFGV
 Citalopram 02387956 SIV ACDEFGV
 Citalopram-20 02257513 PDL ACDEFGV
 M-Citalopram 02467836 MRA ACDEFGV
 Mar-Citalopram 02371898 MAR ACDEFGV
 Mint-Citalopram 02429705 MNT ACDEFGV
 Nat-Citalopram 02409011 NAT ACDEFGV
 Natco-Citalopram 02443880 NAT ACDEFGV
 pms-Citalopram 02248010 PMS ACDEFGV
 Septa-Citalopram 02355272 SPT ACDEFGV
 Teva-Citalopram 02293218 TEV ACDEFGV

Co. Orl 30 mg

CTP 30 02296152 SUM ACDEFGV
 AG-Citalopram 02543060 AGP ACDEFGV

N06AB04 CITALOPRAM

Co. Orl 40 mg

Celexa	02239608	VLH	ACDEFGV
Apo-Citalopram	02246057	APX	ACDEFGV
Auro-Citalopram	02275570	ARO	ACDEFGV
Citalopram	02430568	JPC	ACDEFGV
Citalopram	02353679	SAS	ACDEFGV
Citalopram	02387964	SIV	ACDEFGV
Citalopram-40	02257521	PDL	ACDEFGV
M-Citalopram	02467844	MRA	ACDEFGV
Mar-Citalopram	02371901	MAR	ACDEFGV
Mint-Citalopram	02429713	MNT	ACDEFGV
Nat-Citalopram	02409038	NAT	ACDEFGV
Natco-Citalopram	02443899	NAT	ACDEFGV
pms-Citalopram	02248011	PMS	ACDEFGV
Septa-Citalopram	02355280	SPT	ACDEFGV
Teva-Citalopram	02293226	TEV	ACDEFGV

N06AB05 PAROXÉTINE

Co. Orl 10 mg

Paxil	02027887	GSK	ACDEFGV
Apo-Paroxetine	02240907	APX	ACDEFGV
Auro-Paroxetine	02383276	ARO	ACDEFGV
Jamp Paroxetine Tablets	02507773	JPC	ACDEFGV
Jamp-Paroxetine	02368862	JPC	ACDEFGV
M-Paroxetine	02467402	MRA	ACDEFGV
Mar-Paroxetine	02411946	MAR	ACDEFGV
Mint-Paroxetine	02421372	MNT	ACDEFGV
NRA-Paroxetine	02479753	NRA	ACDEFGV
Paroxetine	02282844	SAS	ACDEFGV
Paroxetine	02388227	SIV	ACDEFGV
pms-Paroxetine	02247750	PMS	ACDEFGV
Teva-Paroxetine	02248556	TEV	ACDEFGV

N06AB05 PAROXÉTINE

Co. Orl 20 mg

Paxil	01940481	GSK	ACDEFGV
Apo-Paroxetine	02240908	APX	ACDEFGV
Auro-Paroxetine	02383284	ARO	ACDEFGV
Jamp Paroxetine Tablets	02507781	JPC	ACDEFGV
Jamp-Paroxetine	02368870	JPC	ACDEFGV
M-Paroxetine	02467410	MRA	ACDEFGV
Mar-Paroxetine	02411954	MAR	ACDEFGV
Mint-Paroxetine	02421380	MNT	ACDEFGV
NRA-Paroxetine	02479761	NRA	ACDEFGV
Paroxetine	02248914	PDL	ACDEFGV
Paroxetine	02282852	SAS	ACDEFGV
Paroxetine	02388235	SIV	ACDEFGV
pms-Paroxetine	02247751	PMS	ACDEFGV
Teva-Paroxetine	02248557	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 30 mg

Paxil	01940473	GSK	ACDEFGV
Apo-Paroxetine	02240909	APX	ACDEFGV
Auro-Paroxetine	02383292	ARO	ACDEFGV
Jamp Paroxetine Tablets	02507803	JPC	ACDEFGV
Jamp-Paroxetine	02368889	JPC	ACDEFGV
M-Paroxetine	02467429	MRA	ACDEFGV
Mar-Paroxetine	02411962	MAR	ACDEFGV
Mint-Paroxetine	02421399	MNT	ACDEFGV
NRA-Paroxetine	02479788	NRA	ACDEFGV
Paroxetine	02248915	PDL	ACDEFGV
Paroxetine	02282860	SAS	ACDEFGV
Paroxetine	02388243	SIV	ACDEFGV
pms-Paroxetine	02247752	PMS	ACDEFGV

N06AB06 SERTRALINE

N06AB06 SERTRALINE

Caps Orl 25 mg

Zoloft	02132702	BGP	ACDEFGV
Apo-Sertraline	02238280	APX	ACDEFGV
Auro-Sertraline	02390906	ARO	ACDEFGV
M-Sertraline	02530937	MRA	ACDEFGV
Mar-Sertraline	02399415	MAR	ACDEFGV
Mint-Sertraline	02402378	MNT	ACDEFGV
NRA-Sertraline	02488434	NRA	ACDEFGV
pms-Sertraline	02244838	PMS	ACDEFGV
Sertraline	02469626	JPC	ACDEFGV
Sertraline	02353520	SAS	ACDEFGV
Sertraline	02386070	SIV	ACDEFGV
Teva-Sertraline	02240485	TEV	ACDEFGV

Caps Orl 50 mg

Zoloft	01962817	BGP	ACDEFGV
Apo-Sertraline	02238281	APX	ACDEFGV
Auro-Sertraline	02390914	ARO	ACDEFGV
M-Sertraline	02530945	MRA	ACDEFGV
Mar-Sertraline	02399423	MAR	ACDEFGV
Mint-Sertraline	02402394	MNT	ACDEFGV
NRA-Sertraline	02488442	NRA	ACDEFGV
pms-Sertraline	02244839	PMS	ACDEFGV
Sertraline	02469634	JPC	ACDEFGV
Sertraline	02353539	SAS	ACDEFGV
Sertraline	02386089	SIV	ACDEFGV
Teva-Sertraline	02240484	TEV	ACDEFGV

Caps Orl 100 mg

Zoloft	01962779	BGP	ACDEFGV
Apo-Sertraline	02238282	APX	ACDEFGV
Auro-Sertraline	02390922	ARO	ACDEFGV
M-Sertraline	02530953	MRA	ACDEFGV
Mar-Sertraline	02399431	MAR	ACDEFGV
Mint-Sertraline	02402408	MNT	ACDEFGV
NRA-Sertraline	02488450	NRA	ACDEFGV
pms-Sertraline	02244840	PMS	ACDEFGV
Sertraline	02469642	JPC	ACDEFGV
Sertraline	02353547	SAS	ACDEFGV
Sertraline	02386097	SIV	ACDEFGV
Teva-Sertraline	02240481	TEV	ACDEFGV

N06AB08 FLUVOXAMINE

Co. Orl 50 mg

Luvox 01919342 BGP ACDEFGV
 Apo-Fluvoxamine 02231329 APX ACDEFGV
 Teva-Fluvoxamine 02255529 TEV ACDEFGV

Co. Orl 100 mg

Luvox 01919369 BGP ACDEFGV
 Apo-Fluvoxamine 02231330 APX ACDEFGV
 Teva-Fluvoxamine 02255537 TEV ACDEFGV

N06AB10 ESCITALOPRAM

Co. Orl 10 mg

Cipralex 02263238 VLH ACDEFGV
 Ach-Escitalopram 02434652 AHI ACDEFGV
 Apo-Escitalopram 02295016 APX ACDEFGV
 Auro-Escitalopram 02397358 ARO ACDEFGV
 Escitalopram 02430118 SAS ACDEFGV
 Escitalopram 02429039 SIV ACDEFGV
 Jamp Escitalopram 02508893 JPC ACDEFGV
 Jamp-Escitalopram 02429780 JPC ACDEFGV
 M-Escitalopram 02471418 MRA ACDEFGV
 Mar-Escitalopram 02423480 MAR ACDEFGV
 Mint-Escitalopram 02407418 MNT ACDEFGV
 Mylan-Escitalopram 02309467 MYL ACDEFGV
 Nat-Escitalopram 02440296 NAT ACDEFGV
 NRA-Escitalopram 02476851 NRA ACDEFGV
 pms-Escitalopram 02469243 PMS ACDEFGV
 Sandoz Escitalopram 02364077 SDZ ACDEFGV
 Taro-Escitalopram 02385481 SUN ACDEFGV
 Teva-Escitalopram 02318180 TEV ACDEFGV
 Kye-Escitalopram 02512653 KYE ACDEFGV

Co. Orl 15 mg

N06AB10 ESCITALOPRAM

Co. Orl 20 mg

Ciprallex	02263254	VLH	ACDEFGV
Ach-Escitalopram	02434660	AHI	ACDEFGV
Apo-Escitalopram	02295024	APX	ACDEFGV
Auro-Escitalopram	02397374	ARO	ACDEFGV
Escitalopram	02430126	SAS	ACDEFGV
Escitalopram	02429047	SIV	ACDEFGV
Jamp Escitalopram	02508907	JPC	ACDEFGV
Jamp-Escitalopram	02429799	JPC	ACDEFGV
M-Escitalopram	02471426	MRA	ACDEFGV
Mar-Escitalopram	02423502	MAR	ACDEFGV
Mint-Escitalopram	02407434	MNT	ACDEFGV
Mylan-Escitalopram	02309475	MYL	ACDEFGV
Nat-Escitalopram	02440318	NAT	ACDEFGV
NRA-Escitalopram	02476878	NRA	ACDEFGV
pms-Escitalopram	02469251	PMS	ACDEFGV
Sandoz Escitalopram	02364085	SDZ	ACDEFGV
Taro-Escitalopram	02385503	SUN	ACDEFGV
Teva-Escitalopram	02318202	TEV	ACDEFGV

N06AF INHIBITEURS DE LA MONOAMINE OXYDASE, NON SELECTIFS**N06AF03 PHÉNELZINE**

Co. Orl 15 mg

Nardil 00476552 SLP ACDEFGV

N06AF04 TRANYLCPROMINE

Co. Orl 10 mg

Parnate 01919598 GSK ACDEFGV

N06AG INHIBITEURS DE LA MONOAMINE OXYDASE DE TYPE A**N06AG02 MOCLOBÉMIDE**

Co. Orl 100 mg

Moclobemide 02232148 AAP ACDEFGV

Co. Orl 150 mg

Manerix	00899356	BSL	ACDEFGV
Moclobemide	02232150	AAP	ACDEFGV

Co. Orl 300 mg

Manerix	02166747	BSL	ACDEFGV
Moclobemide	02240456	AAP	ACDEFGV

N06AX AUTRES ANTIDEPRESSIFS**N06AX02 TRYPTOPHANE**

N06AX02 TRYPTOPHANE

Caps	Orl	500 mg							
						Tryptan	00718149	BSL	ACDEFGV
						Apo-Tryptophan	02248540	APX	ACDEFGV
						Teva-Tryptophan	02240334	TEV	ACDEFGV
Co.	Orl	250 mg				Tryptan	02239326	BSL	ACDEFGV
Co.	Orl	500 mg				Tryptan	02029456	BSL	ACDEFGV
						Apo-Tryptophan	02248538	APX	ACDEFGV
						Teva-Tryptophan	02240333	TEV	ACDEFGV
Co.	Orl	750 mg				Tryptan	02239327	BSL	ACDEFGV
						Apo-Tryptophan	02458721	APX	ACDEFGV
Co.	Orl	1 000 mg				Tryptan	00654531	BSL	ACDEFGV
						Apo-Tryptophan	02248539	APX	ACDEFGV
						Teva-Tryptophan	02237250	TEV	ACDEFGV

N06AX05 TRAZODONE

Co.	Orl	50 mg				Apo-Trazodone	02147637	APX	ACDEFGV
						Jamp Trazodone	02442809	JPC	ACDEFGV
						pms-Trazodone	01937227	PMS	ACDEFGV
						Teva-Trazodone	02144263	TEV	ACDEFGV
						Trazodone	02348772	SAS	ACDEFGV
Co.	Orl	100 mg				Apo-Trazodone	02147645	APX	ACDEFGV
						Jamp Trazodone	02442817	JPC	ACDEFGV
						pms-Trazodone	01937235	PMS	ACDEFGV
						Teva-Trazodone	02144271	TEV	ACDEFGV
						Trazodone	02348780	SAS	ACDEFGV
Co.	Orl	150 mg				Apo-Trazodone D	02147653	APX	ACDEFGV
						Jamp Trazodone	02442825	JPC	ACDEFGV
						Teva-Trazodone	02144298	TEV	ACDEFGV
						Trazodone	02348799	SAS	ACDEFGV

N06AX11 MIRTAZAPINE

N06AX11 MIRTAZAPINE

Co.	Orl	15 mg	Apo-Mirtazapine	02286610	APX	ACDEFGV
			Auro-Mirtazapine	02411695	ARO	ACDEFGV
			Mirtazapine	02532689	SAS	ACDEFGV
			Mirtazapine	02496666	SIV	ACDEFGV
			Mylan-Mirtazapine	02256096	MYL	ACDEFGV
			pms-Mirtazapine	02273942	PMS	ACDEFGV
			Sandoz Mirtazapine	02250594	SDZ	ACDEFGV
			Teva-Mirtazapine	02541572	TEV	ACDEFGV

Co.	Orl	30 mg	Remeron	02243910	ORG	ACDEFGV
			Apo-Mirtazapine	02286629	APX	ACDEFGV
			Auro-Mirtazapine	02411709	ARO	ACDEFGV
			Mirtazapine	02370689	SAS	ACDEFGV
			Mirtazapine	02496674	SIV	ACDEFGV
			Mylan-Mirtazapine	02256118	MYL	ACDEFGV
			pms-Mirtazapine	02248762	PMS	ACDEFGV
			Sandoz Mirtazapine	02250608	SDZ	ACDEFGV
			Teva-Mirtazapine	02259354	TEV	ACDEFGV

Co.	Orl	45 mg	Apo-Mirtazapine	02286637	APX	ACDEFGV
			Auro-Mirtazapine	02411717	ARO	ACDEFGV
			Mirtazapine	02496682	SIV	ACDEFGV
			Teva-Mirtazapine	02541580	TEV	ACDEFGV

Co.D.O.	Orl	15 mg	Remeron RD	02248542	ORG	(SA)
			Auro-Mirtazapine OD	02299801	ARO	(SA)

Co.D.O.	Orl	30 mg	Remeron RD	02248543	ORG	(SA)
			Auro-Mirtazapine OD	02299828	ARO	(SA)

Co.D.O.	Orl	45 mg	Remeron RD	02248544	ORG	(SA)
			Auro-Mirtazapine OD	02299836	ARO	(SA)

N06AX12 BUPROPION

Co.L.L.	Orl	100 mg	Odan Bupropion SR	02275074	ODN	ACDEFGV
---------	-----	--------	-------------------	----------	-----	---------

Co.L.L.	Orl	150 mg	Odan Bupropion SR	02275082	ODN	ACDEFGV
---------	-----	--------	-------------------	----------	-----	---------

N06AX12 BUPROPION

Co.L.P. Orl 150 mg

Wellbutrin XL 02275090 BSL ACDEFGV
 Taro-Bupropion XL 02475804 SUN ACDEFGV
 Teva-Bupropion XL 02439654 TEV ACDEFGV

Co.L.P. Orl 150 mg

Zyban 02238441 BSL (SA)

Co.L.P. Orl 300 mg

Wellbutrin XL 02275104 BSL ACDEFGV
 Taro-Bupropion XL 02475812 SUN ACDEFGV
 Teva-Bupropion XL 02439662 TEV ACDEFGV

N06AX16 VENLAFAXINE

Caps.L.L. Orl 37,5 mg

Effexor XR 02237279 BGP ACDEFGV
 Act Venlafaxine XR 02304317 TEV ACDEFGV
 Auro-Venlafaxine XR 02452839 ARO ACDEFGV
 M-Venlafaxine XR 02471280 MRA ACDEFGV
 pms-Venlafaxine XR 02278545 PMS ACDEFGV
 pmsc-Venlafaxine XR 02521466 PMS ACDEFGV
 Sandoz Venlafaxine XR 02310317 SDZ ACDEFGV
 Taro-Venlafaxine XR 02380072 SUN ACDEFGV
 Teva-Venlafaxine XR 02275023 TEV ACDEFGV
 Venlafaxine XR 02516535 JPC ACDEFGV
 Venlafaxine XR 02339242 PDL ACDEFGV
 Venlafaxine XR 02354713 SAS ACDEFGV
 Venlafaxine XR 02385929 SIV ACDEFGV

Caps.L.L. Orl 75 mg

Effexor XR 02237280 BGP ACDEFGV
 Act Venlafaxine XR 02304325 TEV ACDEFGV
 Auro-Venlafaxine XR 02452847 ARO ACDEFGV
 M-Venlafaxine XR 02471299 MRA ACDEFGV
 pms-Venlafaxine XR 02278553 PMS ACDEFGV
 pmsc-Venlafaxine XR 02521482 PMS ACDEFGV
 Sandoz Venlafaxine XR 02310325 SDZ ACDEFGV
 Taro-Venlafaxine XR 02380080 SUN ACDEFGV
 Teva-Venlafaxine XR 02275031 TEV ACDEFGV
 Venlafaxine XR 02516543 JPC ACDEFGV
 Venlafaxine XR 02339250 PDL ACDEFGV
 Venlafaxine XR 02354721 SAS ACDEFGV
 Venlafaxine XR 02385937 SIV ACDEFGV

N06AX16 VENLAFAXINE

Caps.L.L. Orl 150 mg

Effexor XR	02237282	BGP	ACDEFGV
Act Venlafaxine XR	02304333	TEV	ACDEFGV
Auro-Venlafaxine XR	02452855	ARO	ACDEFGV
M-Venlafaxine XR	02471302	MRA	ACDEFGV
pms-Venlafaxine XR	02278561	PMS	ACDEFGV
pmsc-Venlafaxine XR	02521474	PMS	ACDEFGV
Sandoz Venlafaxine XR	02310333	SDZ	ACDEFGV
Taro-Venlafaxine XR	02380099	SUN	ACDEFGV
Teva-Venlafaxine XR	02275058	TEV	ACDEFGV
Venlafaxine XR	02516551	JPC	ACDEFGV
Venlafaxine XR	02339269	PDL	ACDEFGV
Venlafaxine XR	02354748	SAS	ACDEFGV
Venlafaxine XR	02385945	SIV	ACDEFGV

N06AX21 DULOXÉTINE

Caps.L.R. Orl 30 mg

Cymbalta	02301482	LIL	(SA)
Apo-Duloxetine	02440423	APX	(SA)
Auro-Duloxetine	02436647	ARO	(SA)
Duloxetine	02490889	SAS	(SA)
Duloxetine	02453630	SIV	(SA)
Jamp-Duloxetine	02451913	JPC	(SA)
M-Duloxetine	02473208	MRA	(SA)
Mar-Duloxetine	02446081	MAR	(SA)
Mint-Duloxetine	02438984	MNT	(SA)
NRA-Duloxetine	02482126	NRA	(SA)
pms-Duloxetine	02429446	PMS	(SA)
Sandoz Duloxetine	02439948	SDZ	(SA)
Teva-Duloxetine	02456753	TEV	(SA)

N06AX21 DULOXÉTINE

Caps.L.R. Orl 60 mg

Cymbalta	02301490	LIL	(SA)
Apo-Duloxetine	02440431	APX	(SA)
Auro-Duloxetine	02436655	ARO	(SA)
Duloxetine	02490897	SAS	(SA)
Duloxetine	02453649	SIV	(SA)
Jamp-Duloxetine	02451921	JPC	(SA)
M-Duloxetine	02473216	MRA	(SA)
Mar-Duloxetine	02446103	MAR	(SA)
Mint-Duloxetine	02438992	MNT	(SA)
NRA-Duloxetine	02482134	NRA	(SA)
pms-Duloxetine	02429454	PMS	(SA)
Sandoz Duloxetine	02439956	SDZ	(SA)
Teva-Duloxetine	02456761	TEV	(SA)

N06AX26 VORTIOXÉTINE

Co. Orl 5 mg

Trintellix 02432919 VLH ACDEFGV

Co. Orl 10 mg

Trintellix 02432927 VLH ACDEFGV

Co. Orl 20 mg

Trintellix 02432943 VLH ACDEFGV

N06B PSYCHOSTIMULANTS, AGENTS UTILISÉS POUR ADHD ET NOOTROPIQUES**N06BA ADRENERGIQUES AGISSANT CENTRALEMENT****N06BA01 AMPHETAMINE****SELS MIXTES D'AMPHÉTAMINE**

Caps.L.P. Orl 5 mg

Adderall XR	02248808	TAK	ACDEFG
Apo-Amphetamine XR	02445492	APX	ACDEFG
Sandoz Amphetamine XR	02457288	SDZ	ACDEFG
Teva-Amphetamine XR	02439239	TEV	ACDEFG

Caps.L.P. Orl 10 mg

Adderall XR	02248809	TAK	ACDEFG
Apo-Amphetamine XR	02445506	APX	ACDEFG
Sandoz Amphetamine XR	02457296	SDZ	ACDEFG
Teva-Amphetamine XR	02439247	TEV	ACDEFG

Caps.L.P. Orl 15 mg

Adderall XR	02248810	TAK	ACDEFG
Apo-Amphetamine XR	02445514	APX	ACDEFG
Sandoz Amphetamine XR	02457318	SDZ	ACDEFG
Teva-Amphetamine XR	02439255	TEV	ACDEFG

N06BA01 AMPHETAMINE

SELS MIXTES D'AMPHÉTAMINE

Caps.L.P. Orl	20 mg	Adderall XR	02248811	TAK	ACDEFG
		Apo-Amphetamine XR	02445522	APX	ACDEFG
		Sandoz Amphetamine XR	02457326	SDZ	ACDEFG
		Teva-Amphetamine XR	02439263	TEV	ACDEFG
Caps.L.P. Orl	25 mg	Adderall XR	02248812	TAK	ACDEFG
		Apo-Amphetamine XR	02445530	APX	ACDEFG
		Sandoz Amphetamine XR	02457334	SDZ	ACDEFG
		Teva-Amphetamine XR	02439271	TEV	ACDEFG
Caps.L.P. Orl	30 mg	Adderall XR	02248813	TAK	ACDEFG
		Apo-Amphetamine XR	02445549	APX	ACDEFG
		Sandoz Amphetamine XR	02457342	SDZ	ACDEFG
		Teva-Amphetamine XR	02439298	TEV	ACDEFG

N06BA02 DEXAMPHÉTAMINE

Caps.L.L. Orl	10 mg	Dexedrine	01924559	PAL	ACDEFG
		Act-Dextroamphetamine SR	02448319	TEV	ACDEFG
Caps.L.L. Orl	15 mg	Dexedrine	01924567	PAL	ACDEFG
		Act-Dextroamphetamine SR	02448327	TEV	ACDEFG
Co.	Orl 5 mg	Dexedrine	01924516	PAL	ACDEFG
		Dextroamphetamine	02443236	AAP	ACDEFG

N06BA04 MÉTHYLPHÉNIDATE

Caps.L.C. Orl	25 mg	Foquest	02470292	ELV	(SA)
Caps.L.C. Orl	35 mg	Foquest	02470306	ELV	(SA)
Caps.L.C. Orl	45 mg	Foquest	02470314	ELV	(SA)
Caps.L.C. Orl	55 mg	Foquest	02470322	ELV	(SA)
Caps.L.C. Orl	70 mg	Foquest	02470330	ELV	(SA)
Caps.L.C. Orl	85 mg	Foquest	02470349	ELV	(SA)
Caps.L.C. Orl	100 mg	Foquest	02470357	ELV	(SA)

N06BA04 MÉTHYLPHÉNIDATE

Caps.L.P. Orl	10 mg	Biphentin	02277166	ELV	(SA)
		pms-Methylphenidate CR	02536943	PMS	(SA)
Caps.L.P. Orl	15 mg	Biphentin	02277131	ELV	(SA)
		pms-Methylphenidate CR	02536951	PMS	(SA)
Caps.L.P. Orl	20 mg	Biphentin	02277158	ELV	(SA)
		pms-Methylphenidate CR	02536978	PMS	(SA)
Caps.L.P. Orl	30 mg	Biphentin	02277174	ELV	(SA)
		pms-Methylphenidate CR	02536986	PMS	(SA)
Caps.L.P. Orl	40 mg	Biphentin	02277182	ELV	(SA)
		pms-Methylphenidate CR	02536994	PMS	(SA)
Caps.L.P. Orl	50 mg	Biphentin	02277190	ELV	(SA)
		pms-Methylphenidate CR	02537001	PMS	(SA)
Caps.L.P. Orl	60 mg	Biphentin	02277204	ELV	(SA)
		pms-Methylphenidate CR	02537028	PMS	(SA)
Caps.L.P. Orl	80 mg	Biphentin	02277212	ELV	(SA)
		pms-Methylphenidate CR	02537036	PMS	(SA)
Co.	Orl	5 mg	Apo-Methylphenidate	02273950	APX ACDEFGV
			pms-Methylphenidate	02234749	PMS ACDEFGV
Co.	Orl	10 mg	Apo-Methylphenidate	02249324	APX ACDEFGV
			pms-Methylphenidate	00584991	PMS ACDEFGV
Co.	Orl	20 mg	Apo-Methylphenidate	02249332	APX ACDEFGV
			pms-Methylphenidate	00585009	PMS ACDEFGV
Co.L.L.	Orl	20 mg	Apo-Methylphenidate SR	02266687	APX ACDEFGV
Co.L.P.	Orl	18 mg	Concerta ER	02247732	JAN ACDEFGV
			Act Methylphenidate ER	02441934	TEV ACDEFGV
			Apo-Methylphenidate ER	02452731	APX ACDEFGV

N06BA04 MÉTHYLPHÉNIDATE

Co.L.P. Orl 27 mg

Concerta ER 02250241 JAN ACDEFGV
 Act Methylphenidate ER 02441942 TEV ACDEFGV
 Apo-Methylphenidate ER 02452758 APX ACDEFGV

Co.L.P. Orl 36 mg

Concerta ER 02247733 JAN ACDEFGV
 Act Methylphenidate ER 02441950 TEV ACDEFGV
 Apo-Methylphenidate ER 02452766 APX ACDEFGV

Co.L.P. Orl 54 mg

Concerta ER 02247734 JAN ACDEFGV
 Act Methylphenidate ER 02441969 TEV ACDEFGV
 Apo-Methylphenidate ER 02330377 APX ACDEFGV

N06BA07 MODAFINIL

Co. Orl 100 mg

Alertec 02239665 TEV ACDEFGV
 Apo-Modafinil 02285398 APX ACDEFGV
 Auro-Modafinil 02430487 ARO ACDEFGV
 Jamp Modafinil 02503727 JPC ACDEFGV
 Mar-Modafinil 02432560 MAR ACDEFGV
 Modafinil 02530244 SAS ACDEFGV
 Teva-Modafinil 02420260 TEV ACDEFGV

N06BA09 ATOMOXÉTINE

Caps Orl 10 mg

Apo-Atomoxetine 02318024 APX ACDEFG
 Atomoxetine 02467747 SAS ACDEFG
 Atomoxetine 02445883 SIV ACDEFG
 Auro-Atomoxetine 02471485 ARO ACDEFG
 Jamp Atomoxetine 02506807 JPC ACDEFG
 pms-Atomoxetine 02381028 PMS ACDEFG
 Sandoz Atomoxetine 02386410 SDZ ACDEFG
 Teva-Atomoxetine 02314541 TEV ACDEFG

Caps Orl 18 mg

Apo-Atomoxetine 02318032 APX ACDEFG
 Atomoxetine 02467755 SAS ACDEFG
 Atomoxetine 02445905 SIV ACDEFG
 Auro-Atomoxetine 02471493 ARO ACDEFG
 Jamp Atomoxetine 02506815 JPC ACDEFG
 pms-Atomoxetine 02381036 PMS ACDEFG
 Sandoz Atomoxetine 02386429 SDZ ACDEFG
 Teva-Atomoxetine 02314568 TEV ACDEFG

N06BA09 ATOMOXÉTINE

Caps	Orl	25 mg	Apo-Atomoxetine	02318040	APX	ACDEFG
			Atomoxetine	02467763	SAS	ACDEFG
			Atomoxetine	02445913	SIV	ACDEFG
			Auro-Atomoxetine	02471507	ARO	ACDEFG
			Jamp Atomoxetine	02506823	JPC	ACDEFG
			pms-Atomoxetine	02381044	PMS	ACDEFG
			Sandoz Atomoxetine	02386437	SDZ	ACDEFG
			Teva-Atomoxetine	02314576	TEV	ACDEFG
Caps	Orl	40 mg	Apo-Atomoxetine	02318059	APX	ACDEFG
			Atomoxetine	02467771	SAS	ACDEFG
			Atomoxetine	02445948	SIV	ACDEFG
			Auro-Atomoxetine	02471515	ARO	ACDEFG
			Jamp Atomoxetine	02506831	JPC	ACDEFG
			pms-Atomoxetine	02381052	PMS	ACDEFG
			Sandoz Atomoxetine	02386445	SDZ	ACDEFG
			Teva-Atomoxetine	02314584	TEV	ACDEFG
Caps	Orl	60 mg	Apo-Atomoxetine	02318067	APX	ACDEFG
			Atomoxetine	02467798	SAS	ACDEFG
			Atomoxetine	02445956	SIV	ACDEFG
			Auro-Atomoxetine	02471523	ARO	ACDEFG
			Jamp Atomoxetine	02506858	JPC	ACDEFG
			pms-Atomoxetine	02381060	PMS	ACDEFG
			Sandoz Atomoxetine	02386453	SDZ	ACDEFG
			Teva-Atomoxetine	02314592	TEV	ACDEFG
Caps	Orl	80 mg	Apo-Atomoxetine	02318075	APX	ACDEFG
			Atomoxetine	02467801	SAS	ACDEFG
			Auro-Atomoxetine	02471531	ARO	ACDEFG
			Jamp Atomoxetine	02506866	JPC	ACDEFG
			Sandoz Atomoxetine	02386461	SDZ	ACDEFG
			Teva-Atomoxetine	02362511	TEV	ACDEFG
Caps	Orl	100 mg	Apo-Atomoxetine	02318083	APX	ACDEFG
			Atomoxetine	02467828	SAS	ACDEFG
			Auro-Atomoxetine	02471558	ARO	ACDEFG
			Jamp Atomoxetine	02506874	JPC	ACDEFG
			Sandoz Atomoxetine	02386488	SDZ	ACDEFG

N06BA12 LISDEXAMFÉTAMINE

Caps	Orl	10 mg	Vyvanse	02439603	TAK	(SA)
			Apo-Lisdexamfetamine	02546647	APX	(SA)
			Sandoz Lisdexamfetamine Capsules	02546248	SDZ	(SA)
			Teva-Lisdexamfetamine	02545861	TEV	(SA)
Caps	Orl	20 mg	Vyvanse	02347156	TAK	(SA)
			Apo-Lisdexamfetamine	02546655	APX	(SA)
			Sandoz Lisdexamfetamine Capsules	02546256	SDZ	(SA)
			Teva-Lisdexamfetamine	02545888	TEV	(SA)
Caps	Orl	30 mg	Vyvanse	02322951	TAK	(SA)
			Apo-Lisdexamfetamine	02546663	APX	(SA)
			Sandoz Lisdexamfetamine Capsules	02546264	SDZ	(SA)
			Teva-Lisdexamfetamine	02545896	TEV	(SA)
Caps	Orl	40 mg	Vyvanse	02347164	TAK	(SA)
			Apo-Lisdexamfetamine	02546671	APX	(SA)
			Sandoz Lisdexamfetamine Capsules	02546272	SDZ	(SA)
			Teva-Lisdexamfetamine	02545918	TEV	(SA)
Caps	Orl	50 mg	Vyvanse	02322978	TAK	(SA)
			Apo-Lisdexamfetamine	02546698	APX	(SA)
			Sandoz Lisdexamfetamine Capsules	02546280	SDZ	(SA)
			Teva-Lisdexamfetamine	02545926	TEV	(SA)
Caps	Orl	60 mg	Vyvanse	02347172	TAK	(SA)
			Apo-Lisdexamfetamine	02546701	APX	(SA)
			Sandoz Lisdexamfetamine Capsules	02546299	SDZ	(SA)
			Teva-Lisdexamfetamine	02545934	TEV	(SA)
Co.C.	Orl	10 mg	Vyvanse	02490226	TAK	(SA)
			Taro-Lisdexamfetamine Chewable Tablets	02533340	TAR	(SA)
Co.C.	Orl	20 mg	Vyvanse	02490234	TAK	(SA)
			Taro-Lisdexamfetamine Chewable Tablets	02533359	TAR	(SA)
Co.C.	Orl	30 mg	Vyvanse	02490242	TAK	(SA)
			Taro-Lisdexamfetamine Chewable Tablets	02533367	TAR	(SA)
Co.C.	Orl	40 mg	Vyvanse	02490250	TAK	(SA)
			Taro-Lisdexamfetamine Chewable Tablets	02533375	TAR	(SA)

N06BA12 LISDEXAMFÉTAMINE

Co.C. Orl 50 mg

Vyvanse 02490269 TAK (SA)

Taro-Lisdexamfetamine Chewable Tablets 02533383 TAR (SA)

Co.C. Orl 60 mg

Vyvanse 02490277 TAK (SA)

Taro-Lisdexamfetamine Chewable Tablets 02533391 TAR (SA)

N06D MÉDICAMENTS ANTIDÉMENCE**N06DA ANTICHOLINESTÉRASES****N06DA02 DONÉPÉZIL**

Co. Orl 5 mg

Aricept 02232043 PFI ACDEFV

Apo-Donepezil 02362260 APX ACDEFV

Auro-Donepezil 02400561 ARO ACDEFV

Donepezil 02402645 AHI ACDEFV

Donepezil 02475278 RIV ACDEFV

Donepezil 02426846 SAS ACDEFV

Donepezil 02420597 SIV ACDEFV

Jamp-Donepezil 02416948 JPC ACDEFV

M-Donepezil 02467453 MRA ACDEFV

Mar-Donepezil 02402092 MAR ACDEFV

Mint-Donepezil 02408600 MNT ACDEFV

Nat-Donepezil 02439557 NAT ACDEFV

pms-Donepezil 02322331 PMS ACDEFV

Sandoz Donepezil 02328666 SDZ ACDEFV

Septa-Donepezil 02428482 SPT ACDEFV

Taro-Donepezil 02381508 SUN ACDEFV

Teva-Donepezil 02340607 TEV ACDEFV

N06DA02 DONÉPÉZIL

Co. Orl 10 mg

Aricept	02232044	PFI	ACDEFV
Apo-Donepezil	02362279	APX	ACDEFV
Auro-Donepezil	02400588	ARO	ACDEFV
Donepezil	02402653	AHI	ACDEFV
Donepezil	02475286	RIV	ACDEFV
Donepezil	02426854	SAS	ACDEFV
Donepezil	02420600	SIV	ACDEFV
Jamp-Donepezil	02416956	JPC	ACDEFV
M-Donepezil	02467461	MRA	ACDEFV
Mar-Donepezil	02402106	MAR	ACDEFV
Mint-Donepezil	02408619	MNT	ACDEFV
Nat-Donepezil	02439565	NAT	ACDEFV
pms-Donepezil	02322358	PMS	ACDEFV
Sandoz Donepezil	02328682	SDZ	ACDEFV
Septa-Donepezil	02428490	SPT	ACDEFV
Taro-Donepezil	02381516	SUN	ACDEFV
Teva-Donepezil	02340615	TEV	ACDEFV

N06DA03 RIVASTIGMINE

Caps Orl 1,5 mg

Exelon	02242115	KNI	ACDEFV
Apo-Rivastigmine	02336715	APX	ACDEFV
Jamp-Rivastigmine	02485362	JPC	ACDEFV
Med-Rivastigmine	02401614	GMP	ACDEFV
Sandoz Rivastigmine	02324563	SDZ	ACDEFV

Caps Orl 3 mg

Exelon	02242116	KNI	ACDEFV
Apo-Rivastigmine	02336723	APX	ACDEFV
Jamp-Rivastigmine	02485370	JPC	ACDEFV
Med-Rivastigmine	02401622	GMP	ACDEFV
Sandoz Rivastigmine	02324571	SDZ	ACDEFV

Caps Orl 4,5 mg

Exelon	02242117	KNI	ACDEFV
Apo-Rivastigmine	02336731	APX	ACDEFV
Jamp-Rivastigmine	02485389	JPC	ACDEFV
Med-Rivastigmine	02401630	GMP	ACDEFV
Sandoz Rivastigmine	02324598	SDZ	ACDEFV

N06DA03 RIVASTIGMINE

Caps Orl 6 mg

Exelon	02242118	KNI	ACDEFV
Apo-Rivastigmine	02336758	APX	ACDEFV
Jamp-Rivastigmine	02485397	JPC	ACDEFV
Med-Rivastigmine	02401649	GMP	ACDEFV
Sandoz Rivastigmine	02324601	SDZ	ACDEFV

Liq Orl 2 mg

Exelon 02245240 KNI (SA)

N06DA04 GALANTAMINE

Caps.L.P. Orl 8 mg

Auro-Galantamine ER	02425157	ARO	ACDEFV
Galantamine ER	02443015	SAS	ACDEFV
Mylan-Galantamine ER	02339439	MYL	ACDEFV

Caps.L.P. Orl 16 mg

Auro-Galantamine ER	02425165	ARO	ACDEFV
Galantamine ER	02443023	SAS	ACDEFV
Mylan-Galantamine ER	02339447	MYL	ACDEFV

Caps.L.P. Orl 24 mg

Auro-Galantamine ER	02425173	ARO	ACDEFV
Galantamine ER	02443031	SAS	ACDEFV
Mylan-Galantamine ER	02339455	MYL	ACDEFV

N07 AUTRES MÉDICAMENTS DU SYSTÈME NERVEUX**N07A PARAADRENERGIQUES****N07AA ANTICHOLINESTERASES****N07AA01 NÉOSTIGMINE**

Liq Inj 1 mg/mL

Neostigmine Omega 02230592 OMG V

Liq Inj 2,5 mg/mL

Neostigmine Omega 02387166 OMG V

N07AA02 PYRIDOSTIGMINE

Co. Orl 60 mg

Mestinon	00869961	BSL	ACDEFGV
Jamp Pyridostigmine Bromide	02508362	JPC	ACDEFGV
Riva-Pyridostigmine	02495643	RIV	ACDEFGV

Co.L.L. Orl 180 mg

Mestinon SR 00869953 BSL ACDEFGV

N07AB ESTERS DE CHOLINE**N07AB02 BÉTHANÉCHOL**

Co. Orl 10 mg

Duvoid 01947958 PAL ACDEFGV

Co. Orl 25 mg

Duvoid 01947931 PAL ACDEFGV

N07AB02 BÉTHANÉCHOL

Co. Orl 50 mg

Duvoid 01947923 PAL ACDEFGV

N07AX AUTRES PARAADRENERGIQUES

N07AX01 PILOCARPINE

Co. Orl 5 mg

Salagen 02216345 MTP (SA)

Jamp Pilocarpine 02509571 JPC (SA)

M-Pilocarpine 02496119 MRA (SA)

N07B MÉDICAMENTS UTILISÉS EN CAS DE TROUBLES AUX DÉPENDENCES

N07BA MÉDICAMENTS UTILISÉS EN CAS DE DÉPENDANCE À LA NICOTINE

N07BA01 NICOTINE

Gom Orl 2 mg

Actavis 80015240 ACT (SA)

Compliments 80015240 SOB (SA)

Exact 80025660 SDM (SA)

Life Brand 80025660 SDM (SA)

Personnelle 80015240 PJC (SA)

Pas Orl 1 mg

Nic-Hit (mini-lozenge) 80061161 NHI (SA)

Pas Orl 2 mg

Nic-Hit (mini-lozenge) 80059877 NHI (SA)

Pas Orl 4 mg

Nic-Hit (mini-lozenge) 80059869 NHI (SA)

Pth Trd 7 mg

Actavis 80044393 ACT (SA)

Compliments 80044393 SOB (SA)

Equate 02241227 WAL (SA)

Exact 80014321 SDM (SA)

Life Brand 80014321 SDM (SA)

Personnelle 80044393 PJC (SA)

Pharmasave 02241227 PSV (SA)

Pharmasave 80014321 PSV (SA)

Pth Trd 14 mg

Actavis 80044392 ACT (SA)

Compliments 80044392 SOB (SA)

Equate 02241226 WAL (SA)

Exact 80013549 SDM (SA)

Life Brand 80013549 SDM (SA)

Personnelle 80044392 PJC (SA)

Pharmasave 02241226 PSV (SA)

Pharmasave 80013549 PSV (SA)

N07BA01 NICOTINE

Pth Trd 21 mg

Actavis 80044389 ACT (SA)
 Compliments 80044389 SOB (SA)
 Equate 02241228 WAL (SA)
 Exact 80014250 SDM (SA)
 Life Brand 80014250 SDM (SA)
 Personnelle 80044389 PJC (SA)
 Pharmasave 02241228 PSV (SA)
 Pharmasave 80014250 PSV (SA)

N07BA03 VARÉNICLINE

Co. Orl 0,5 mg

Apo-Varenicline 02419882 APX (SA)
 Mint-Varenicline 02546949 MNT (SA)
 NRA-Varenicline 02542951 NRA (SA)
 Teva-Varenicline 02426226 TEV (SA)

Co. Orl 1 mg

Apo-Varenicline 02419890 APX (SA)
 Mint-Varenicline 02546957 MNT (SA)
 NRA-Varenicline 02542978 NRA (SA)
 Teva-Varenicline 02426234 TEV (SA)

Tro Orl 0,5 mg, 1 mg

Apo-Varenicline 02435675 APX (SA)
 NRA-Varenicline 02542986 NRA (SA)
 Teva-Varenicline 02426781 TEV (SA)

N07BB MÉDICAMENTS UTILISÉS EN CAS DE DÉPENDENCE AUX ALCOHOLE

N07BB03 ACAMPROSATE

Co.L.L. Orl 333 mg

Campral 02293269 MYL ACDEFGV

N07BB04 NALTREXONE

Co. Orl 50 mg

Revia 02213826 TEV ACDEFGV
 Apo-Naltrexone 02444275 APX ACDEFGV
 Naltrexone Hydrochloride 02451883 JPC ACDEFGV

N07BC MÉDICAMENTS UTILISÉS EN CAS DE DÉPENDENCE AUX OPIACÉS

N07BC01 BUPRÉNORPHINE

Liq SC 100 mg / 0,5 mL

Sublocade 02483084 IUK ACDEFGV

Liq SC 300 mg / 1,5 mL

Sublocade 02483092 IUK ACDEFGV

N07BC02 MÉTHADONE

N07BC02 MÉTHADONE

Co.	Orl	1 mg	Metadol	02247698	PAL	(SA)
			Apo-Methadone	02533642	APX	(SA)
Co.	Orl	5 mg	Metadol	02247699	PAL	(SA)
			Apo-Methadone	02533650	APX	(SA)
Co.	Orl	10 mg	Metadol	02247700	PAL	(SA)
			Apo-Methadone	02533669	APX	(SA)
Co.	Orl	25 mg	Metadol	02247701	PAL	(SA)
			Apo-Methadone	02533677	APX	(SA)
Liq	Orl	1 mg/mL	Metadol	02247694	PAL	(SA)
Liq	Orl	10 mg/mL	Metadol	02241377	PAL	(SA)
			Metadol-D	02244290	PAL	ACDEFGV
			Jamp-Methadone	02495783	JPC	ACDEFGV
			Odan-Methadone (cherry flavoured)	02495872	ODN	ACDEFGV
			Odan-Methadone (unflavoured)	02495880	ODN	ACDEFGV
			pms-Methadone Hydrochloride (cherry flavoured)	02552736	PMS	ACDEFGV
			pms-Methadone Hydrochloride (unflavoured)	02552728	PMS	ACDEFGV
Pds.	Orl		Methadone Compounded Oral Solution			
			Opioid Dependence / dépendance aux opiacés	00999734		ACDEFGV
			Pain Management / gestion de la douleur	00999801		(SA)

N07BC51 BUPRÉNORPHINE, COMBINAISONS
BUPRÉNORPHINE / NALOXONE

Co.S.L.	Orl	2 mg / 0,5 mg	Suboxone	02295695	IUK	ACDEFGV
			Act Buprenorphine/Naloxone	02453908	TEV	ACDEFGV
			pms-Buprenorphine/Naloxone	02424851	PMS	ACDEFGV
Co.S.L.	Orl	8 mg / 2 mg	Suboxone	02295709	IUK	ACDEFGV
			Act Buprenorphine/Naloxone	02453916	TEV	ACDEFGV
			pms-Buprenorphine/Naloxone	02424878	PMS	ACDEFGV
Flm	Orl	2 mg / 0,5 mg	Suboxone	02502313	IUK	ACDEFGV
Flm	Orl	4 mg / 1 mg	Suboxone	02502321	IUK	ACDEFGV
Flm	Orl	8 mg / 2 mg	Suboxone	02502348	IUK	ACDEFGV

N07BC51 BUPRÉNOPHINE, COMBINAISONS
BUPRÉNOPHINE / NALOXONE

Flm Orl 12 mg / 3 mg Suboxone 02502356 IUK ACDEFGV

N07C PRÉPARATIONS ANTIVERTIGINEUX

N07CA PRÉPARATIONS ANTIVERTIGINEUX

N07CA01 BÉTAHISTINE

Co. Orl 16 mg Serc 02243878 BGP ACDEFGV

Auro-Betahistine 02449153 ARO ACDEFGV

Betahistine 02466449 SAS ACDEFGV

M-Betahistine 02519690 MRA ACDEFGV

Mint-Betahistine 02538148 MNT ACDEFGV

pms-Betahistine 02330210 PMS ACDEFGV

Teva-Betahistine 02280191 TEV ACDEFGV

Co. Orl 24 mg Serc 02247998 BGP ACDEFGV

Auro-Betahistine 02449161 ARO ACDEFGV

Betahistine 02466457 SAS ACDEFGV

M-Betahistine 02519704 MRA ACDEFGV

Mint-Betahistine 02538156 MNT ACDEFGV

pms-Betahistine 02330237 PMS ACDEFGV

Teva-Betahistine 02280205 TEV ACDEFGV

N07CA03 FLUNARIZINE

Caps Orl 5 mg Flunarizine 02246082 AAP ACDEFGV

N07X AUTRES MÉDICAMENTS DU SYSTEME NERVEUX

N07XX AUTRES MÉDICAMENTS DU SYSTEME NERVEUX

N07XX02 RILUZOLE

Co. Orl 50 mg Rilutek 02242763 SAV ACDEFV

Apo-Riluzole 02352583 APX ACDEFV

Mylan-Riluzole 02390299 MYL ACDEFV

N07XX05 AMIFAMPRIDINE

Co. Orl 10 mg Firdapse 02502984 KYE (SA)

Ruzurgi 02503034 MDU (SA)

N07XX06 TÉTRABENAZINE

Co. Orl 25 mg Nitoman 02199270 BSL ACDEFGV

Apo-Tetrabenazine 02407590 APX ACDEFGV

pms-Tetrabenazine 02402424 PMS ACDEFGV

N07XX08	TAFAMIDIS								
Caps	Orl	20 mg				Vyndaqel	02495732	PFI	(SA)
Caps	Orl	61 mg				Vyndamax	02517841	PFI	(SA)
N07XX12	PATISIRAN								
Liq	IV	2 mg/mL				Onpattro	02489252	ALN	(SA)
N07XX14	ÉDARAVONE								
Liq	IV	0,3 mg/mL				Radicava	02475472	MBT	(SA)
Susp	Orl	105 mg / 5 mL				Radicava	02532611	MBT	(SA)

P PRODUITS ANTIPARASITAIRES, INSECTICIDES ET RÉPELLANTS

P01 ANTIPROTOZOAIRE

P01A AGENTS CONTRE LES AMIBES ET AUTRES PROTOZOAIRE

P01AB DÉRIVÉS DE NITROIMIDAZOLE

P01AB01	MÉTRONIDAZOLE								
Co.	Orl	250 mg				Apo-Metronidazole	00545066	APX	ACDEFGVW
						Mint-Metronidazole	02535807	MNT	ACDEFGVW

P01AX AUTRES AGENTS CONTRE LES AMIBES ET AUTRES PROTOZOAIRE

P01AX06	ATOVAQUONE								
Susp	Orl	750 mg / 5 mL				Mepron	02217422	GSK	ACDEFGV
						GLN-Atovaquone	02528495	GLM	ACDEFGV

P01B ANTIPALUDIQUES

P01BA AMINOQUINOLINES

P01BA02	HYDROXYCHLOROQUINE								
Co.	Orl	200 mg				Plaquenil	02017709	SAV	ACDEFGV
						Apo-Hydroxyquine	02246691	APX	ACDEFGV
						Hydroxychloroquine	02519348	SAS	ACDEFGV
						Jamp-Hydroxychloroquine Sulfate	02491427	JPC	ACDEFGV
						Mint-Hydroxychloroquine	02424991	MNT	ACDEFGV
						NRA-Hydroxychloroquine	02511886	NRA	ACDEFGV

P01BA03	PRIMAQUINE								
Co.	Orl	15 mg				Primaquine	02017776	SAV	ACDEFGV

P01C AGENTS CONTRE LEISHMANIOSE ET TRYPANOSOMIASE

P01CX AUTRE AGENTS CONTRE LEISHMANIOSE ET TRYPANOSOMIASE

P01CX01	PENTAMIDINE ISÉTIONATE								
---------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

P01CX01	PENTAMIDINE ISÉTIONATE						
Pds.	Inj	300 mg		Pentamidine Isetionate	02183080	PFI	ACDEFGV
P02	ANTHELMINTIQUES						
P02B	ANTITREMATODAux						
P02BA	DERIVES DE LA QUINOLINE ET SUBSTANCES ASSOCIEES						
P02BA01	PRAZIQUANTEL						
Co.	Orl	600 mg		Biltricide	02230897	BAY	ACDEFGV
P02C	AGENTS ANTINEMATODAux						
P02CA	AGENTS DU BENZIMIDAZOLE						
P02CA01	MÉBENDAZOLE						
Co.	Orl	100 mg		Vermox	00556734	JAN	ACDEFGV
P02CC	DÉRIVÉS DU TETRAHYDROPIRIMIDINE						
P02CC01	PYRANTEL						
Co.	Orl	125 mg		Combantrin	01944363	JNJ	EFG
P03	ECTOPARASITICIDES, Y COMPRIS LES SCABICIDES, LES INSECTICIDES ET REPULSIFS						
P03A	ECTOPARASITICIDES, Y COMPRIS LES SCABICIDES						
P03AC	PYRETHRINES, Y COMPRIS LES COMPOSÉS SYNTHÉTIQUES						
P03AC04	PERMÉTHRINE						
Cr.	Top	1%		Kwellada-P Cream Rinse 1%	02231480	MDI	EFGV
				Nix Cream	00771368	INP	EFGV
Cr.	Top	5%		Nix Dermal	02219905	GCH	EFGV
Lot	Top	5%		Kwellada-P	02231348	MDI	EFGV
P03AC51	PYRETHRUM, EN COMBINAISON PYRÉTHRINES / BUTOXYDE DE PIPÉRONYLE						
Shp	Top	0,33% / 3%		R & C Shampoo and Conditioner	02125447	MDI	EFGV
P03AX	AUTRES ECTOPARASITICIDES, Y COMPRIS LES SCABICIDES						
	CROTAMITON						
Cr.	Top	10%		Eurax	00623377	CLC	EFGV
	MYRISTATE D'ISOPROPYLE						
Liq	Top	50%		Resultz	02279592	ARZ	EFGV
R	SYSTÈME RESPIRATOIRE						

R01 PRÉPARATIONS NASALES**R01A DÉCONGESTIONNANTS ET AUTRES PRÉPARATIONS NASALES, UTILISATION TOP****R01AD CORTICOSTÉROÏDES****R01AD01 BÉCLOMÉTHASONE**

Aém. Nas 50 mcg

Apo-Beclomethasone AQ 02238796 APX ACDEFGV

Mylan-Beclon AQ 02172712 MYL ACDEFGV

R01AD05 BUDÉSONIDE

Aém. Nas 64 mcg

Rhinocort Aqua 02231923 JNJ ACDEFGV

Mylan-Budesonide AQ 02241003 MYL ACDEFGV

Aém. Nas 100 mcg

Mylan-Budesonide AQ 02230648 MYL ACDEFGV

R01AD08 FLUTICASONE

Aém. Nas 50 mcg

Apo-Fluticasone 02294745 APX ACDEFGV

R01AD09 MOMÉTASONE

Vap Nas 0,1%

Nasonex Aqueous 02238465 ORG ACDEFGV

Apo-Mometasone 02403587 APX ACDEFGV

Mometasone 02519127 SAS ACDEFGV

Sandoz Mometasone 02449811 SDZ ACDEFGV

Teva-Mometasone 02475863 TEV ACDEFGV

R01AD11 TRIAMCINOLONE

Liq Nas 55 mcg

Nasacort AQ 02213834 SNC ACDEFGV

Apo-Triamcinolone AQ 02437635 APX ACDEFGV

R01AX AUTRES PRÉPARATIONS NASALES**R01AX03 BROMURE D'IPRATROPIUM**

Vap Nas 0,03%

pms-Ipratropium 02239627 PMS ACDEFGV

R03 MÉDICAMENTS CONTRE LES BRONCHOPNEUMOPATHIES OBSTRUCTIVES**R03A ADRENERGIQUES, INHALANTS****R03AC AGONISTES DES RECEPTEURS ADRENERGIQUES BETA2 SELECTIFS****R03AC02 SALBUTAMOL**

Aém. Inh 100 mcg

Ventolin 02241497 GSK ABCDEFGVW

Apo-Salvent CFC Free 02245669 APX ABCDEFGVW

Novo-Salbutamol HFA 02326450 TEV ABCDEFGVW

Salbutamol HFA 02419858 SAS ABCDEFGVW

Liq Inh 0,5 mg/mL

pms-Salbutamol 02208245 PMS W (SA)

R03AC02	SALBUTAMOL						
Liq	Inh	1 mg/mL		pms-Salbutamol	02208229	PMS	W (SA)
				Teva-Salbutamol Sterinebs	01926934	TEV	W (SA)
Liq	Inh	2 mg/mL		pms-Salbutamol	02208237	PMS	W (SA)
				Teva-Salbutamol Sterinebs	02173360	TEV	W (SA)
Liq	Inh	5 mg/mL		Ventolin	02213486	GSK	W (SA)
Pd.	Inh	200 mcg		Ventolin Diskus	02243115	GSK	ACDEFGVW
R03AC03	TERBUTALINE						
Pd.	Inh	0,5 mg		Bricanyl Turbuhaler	00786616	AZE	ACDEFGV
R03AC12	SALMÉTÉROL						
Pd.	Inh	50 mcg		Serevent Diskus	02231129	GSK	(SA)
R03AC13	FORMOTÉROL						
Pd.	Inh	6 mcg		Oxeze Turbuhaler	02237225	AZE	(SA)
Pd.	Inh	12 mcg		Oxeze Turbuhaler	02237224	AZE	(SA)
R03AC18	INDACATÉROL						
Caps	Inh	75 mcg		Onbrez Breezhaler	02376938	NVR	(SA)

R03AK ADRÉNERGIQUES ET AUTRES MÉDICAMENTS CONTRE LES BRONCHOPNEUMOPATHIES

R03AK06	SALMÉTÉROL ET FLUTICASONE						
Aém.	Inh	25 mcg / 125 mcg		Advair	02245126	GSK	(SA)
Aém.	Inh	25 mcg / 250 mcg		Advair	02245127	GSK	(SA)
Pd.	Inh	50 mcg / 100 mcg		Advair Diskus	02240835	GSK	(SA)
				pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol	02494507	PMS	(SA)
				Wixela Inhub	02495597	MYL	(SA)
Pd.	Inh	50 mcg / 250 mcg		Advair Diskus	02240836	GSK	(SA)
				pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol	02494515	PMS	(SA)
				Wixela Inhub	02495600	MYL	(SA)
Pd.	Inh	50 mcg / 500 mcg		Advair Diskus	02240837	GSK	(SA)
				pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol	02494523	PMS	(SA)
				Wixela Inhub	02495619	MYL	(SA)

R03AK07	FORMOTÉROL ET BUDÉSONIDE						
Pd.	Inh	6 mcg / 100 mcg	Symbicort Turbuhaler	02245385	AZE	(SA)	
Pd.	Inh	6 mcg / 200 mcg	Symbicort Turbuhaler	02245386	AZE	(SA)	
R03AK09	FORMOTÉROL ET MOMÉTASONE						
Aém.	Inh	5 mcg / 100 mcg	Zenhale	02361752	ORG	(SA)	
Aém.	Inh	5 mcg / 200 mcg	Zenhale	02361760	ORG	(SA)	
R03AK10	VILANTÉROL ET FLUTICASONE						
Pd.	Inh	25 mcg / 100 mcg	Breo Ellipta	02408872	GSK	(SA)	
Pd.	Inh	25 mcg / 200 mcg	Breo Ellipta	02444186	GSK	(SA)	
R03AK14	INDACATÉROL AND MOMÉTASONE						
Caps	Inh	150 mcg / 80 mcg	Aectura Breezhaler	02498685	NVR	(SA)	
Caps	Inh	150 mcg / 160 mcg	Aectura Breezhaler	02498707	NVR	(SA)	
Caps	Inh	150 mcg / 320 mcg	Aectura Breezhaler	02498693	NVR	(SA)	

R03AL ADRÉNERGIQUES EN ASSOCIATION AVEC LES ANTICHOLINERGIQUES

R03AL02	SALBUTAMOL ET BROMURE D'IPRATROPIUM						
Liq	Inh	0,5 mg / 2,5 mg / 2,5 mL	Ipratopium Bromide and Salbutamol Sulfate	02483394	JNO	(SA)	
			Teva-Combo Sterinebs	02272695	TEV	(SA)	
Liq	Inh	100 mcg / 20 mcg	Combivent Respiamat	02419106	BOE	ACDEFGV	
R03AL03	VILANTÉROL ET BROMURE D'UMÉCLIDIUM						
Pd.	Inh	25 mcg / 62,5 mcg	Anoro Ellipta	02418401	GSK	(SA)	
R03AL04	INDACATÉROL ET BROMURE DE GLYCOPYRRONIUM						
Caps	Inh	110 mcg / 50 mcg	Ultibro Breezhaler	02418282	NVR	(SA)	
R03AL05	FORMOTÉROL ET BROMURE D'ACLIDINIUM						
Pd.	Inh	12 mcg / 400 mcg	Duaklir Genuair	02439530	CPC	(SA)	
R03AL06	OLODATEROL ET BROMURE DE TIOTROPIUM						
Liq	Inh	2,5 mcg / 2,5 mcg	Inspiolto Respiamat	02441888	BOE	(SA)	
R03AL08	VILANTÉROL, BROMURE D'UMÉCLIDIUM ET FLUTICASONE						
Pd.	Inh	25 mcg / 62,5 mcg / 100mcg	Trelegy Ellipta	02474522	GSK	(SA)	

R03AL11 FORMOTÉROL, BROMURE DE GLYCOPYRRONIUM ET BUDÉSONIDE
 Aém. Inh 5 mcg / 7,2 mcg / 160 mcg Breztri Aerosphere 02518058 AZE (SA)

R03AL12 INDACATÉROL, BROMURE DE GLYCOPYRRONIUM ET MOMÉTASONE
 Caps Inh 150 mcg / 50 mcg / 150mcg Enerzair Breezhaler 02501244 VAL (SA)

R03B AUTRES MÉDICAMENTS CONTRE LES BRONCHOPNEUMOPATHIES OBSTRUCTIVES, INHALANTS

R03BA GLUCOCORTICOÏDES

R03BA01 BÉCLOMÉTHASONE
 Aém. Inh 50 mcg Qvar 02242029 BSL ACDEFGV

Aém. Inh 100 mcg Qvar 02242030 BSL ACDEFGV

R03BA02 BUDÉSONIDE
 Pd. Inh 100 mcg Pulmicort Turbuhaler 00852074 AZE ACDEFGV

Pd. Inh 200 mcg Pulmicort Turbuhaler 00851752 AZE ACDEFGV

Pd. Inh 400 mcg Pulmicort Turbuhaler 00851760 AZE ACDEFGV

Susp Inh 0,125 mg/mL Pulmicort Nebuamp 02229099 AZE (SA)
 Taro-Budesonide 02494264 TAR (SA)
 Teva-Budesonide 02465949 TEV (SA)

Susp Inh 0,25 mg/mL Pulmicort Nebuamp 01978918 AZE (SA)
 Taro-Budesonide 02494272 TAR (SA)

Susp Inh 0,5 mg/mL Pulmicort Nebuamp 01978926 AZE (SA)
 Taro-Budesonide 02494280 TAR (SA)
 Teva-Budesonide 02465957 TEV (SA)

R03BA05 FLUTICASONE
 Aém. Inh 50 mcg Flovent Metered Dose HFA 02244291 GSK ACDEFGV
 Apo-Fluticasone HFA 02528428 APX ACDEFGV

Aém. Inh 125 mcg Flovent Metered Dose HFA 02244292 GSK ACDEFGV
 Apo-Fluticasone HFA 02526557 APX ACDEFGV
 pms-Fluticasone HFA 02503123 PMS ACDEFGV

Aém. Inh 250 mcg Flovent Metered Dose HFA 02244293 GSK ACDEFGV
 Apo-Fluticasone HFA 02510987 APX ACDEFGV
 pms-Fluticasone HFA 02503131 PMS ACDEFGV

R03BA05	FLUTICASONE							
Pd.	Inh	55 mcg	Aermony Respiclick	02467895	TEV	ACDEFGV		
Pd.	Inh	100 mcg	Flovent Diskus	02237245	GSK	ACDEFGV		
Pd.	Inh	113 mcg	Aermony Respiclick	02467909	TEV	ACDEFGV		
Pd.	Inh	232 mcg	Aermony Respiclick	02467917	TEV	ACDEFGV		
Pd.	Inh	250 mcg	Flovent Diskus	02237246	GSK	ACDEFGV		
Pd.	Inh	500 mcg	Flovent Diskus	02237247	GSK	ACDEFGV		
R03BA07	MOMÉTASONE							
Pd.	Inh	100 mcg	Asmanex Twisthaler	02438690	ORG	CDEFG		
Pd.	Inh	200 mcg	Asmanex Twisthaler	02243595	ORG	ACDEFGV		
Pd.	Inh	400 mcg	Asmanex Twisthaler	02243596	ORG	ACDEFGV		
R03BA08	CICLÉSONIDE							
Aém.	Inh	100 mcg	Alvesco	02285606	CPC	ACDEFGV		
Aém.	Inh	200 mcg	Alvesco	02285614	CPC	ACDEFGV		
R03BA09	FLUTICASONE (FUROATE DE)							
Pd.	Inh	100 mcg	Arnuity Ellipta	02446561	GSK	ACDEFGV		
Pd.	Inh	200 mcg	Arnuity Ellipta	02446588	GSK	ACDEFGV		
R03BB	ANTICHOLINERGIQUES							
R03BB01	BROMURE D'IPRATROPIUM							
Aém.	Inh	20 mcg	Atrovent HFA	02247686	BOE	ABCDEFGVW		
			Jamp Ipratropium HFA	02542587	JPC	ABCDEFGVW		
Liq	Inh	125 mcg/mL	pms-Ipratropium	02231135	PMS	(SA)		
Liq	Inh	250 mcg/mL	Apo-Ipravent	02126222	AAP	W (SA)		
			pms-Ipratropium	02231136	PMS	W (SA)		
			pms-Ipratropium (1mL nebules)	02231244	PMS	W (SA)		
			pms-Ipratropium (2mL nebules)	02231245	PMS	W (SA)		
			Teva-Ipratropium	02216221	TEV	W (SA)		

R03BB04 BROMURE DE TIOTROPIUM

Caps Inh 18 mcg

Spiriva 02246793 BOE (SA)

Apo-Tiotropium 02550865 APX (SA)

Lupin-Tiotropium 02537850 LUP (SA)

Liq Inh 2,5 mcg

Spiriva Respimat 02435381 BOE (SA)

R03BB05 BROMURE D'ACLIDINIUM

Pd. Inh 400 mcg

Tudorza Genuair 02409720 CPC (SA)

R03BB06 BROMURE DE GLYCOPYRRONIUM

Caps Inh 50 mcg

Seebri Breezhaler 02394936 NVR (SA)

R03BB07 BROMURE D'UMÉCLIDIUM

Pd. Inh 62,5 mcg

Incruse Ellipta 02423596 GSK (SA)

R03BX AUTRES MÉDICAMENTS CONTRE LES BRONCHOPNEUMOPATHIES OBSTRUCTIVES, INHALANTS**R03BX99 CHLORURE DE SODIUM, HYPERTONIQUE**

Liq Inh 7%

Hyper-Sal 80029414 KEG BCDEFG

Nebusal 80029758 STR CDEFG

R03D AUTRES MÉDICAMENTS CONTRE LES BRONCHOPNEUMOPATHIES OBSTRUCTIVES**R03DA XANTHINES****R03DA04 THÉOPHYLLINE**

Co.L.L. Orl 100 mg

AA-Theo LA 00692689 AAP ACDEFGV

Co.L.L. Orl 200 mg

AA-Theo LA 00692697 AAP ACDEFGV

Co.L.L. Orl 300 mg

AA-Theo LA 00692700 AAP ACDEFGV

Co.L.L. Orl 400 mg

Theo ER 02360101 AAP ACDEFGV

Co.L.L. Orl 600 mg

Theo ER 02360128 AAP ACDEFGV

R03DC ANTAGONISTES DES RECEPTEURS DU LEUCOTRIENE**R03DC03 MONTÉLUKAST**

R03DC03 MONTÉLUKAST

Co. Orl 10 mg

Singulair	02238217	ORG	ACDEFGV
Apo-Montelukast	02374609	APX	ACDEFGV
Auro-Montelukast	02401274	ARO	ACDEFGV
Jamp-Montelukast	02391422	JPC	ACDEFGV
M-Montelukast	02488183	MRA	ACDEFGV
Mar-Montelukast	02399997	MAR	ACDEFGV
Mint-Montelukast	02408643	MNT	ACDEFGV
Montelukast	02379333	SAS	ACDEFGV
Montelukast	02382474	SIV	ACDEFGV
Montelukast Sodium	02379236	AHI	ACDEFGV
Nat-Montelukast	02522136	NAT	ACDEFGV
NRA-Montelukast	02489821	NRA	ACDEFGV
pms-Montelukast	02373947	PMS	ACDEFGV
Sandoz Montelukast	02328593	SDZ	ACDEFGV
Taro-Montelukast	02389517	SUN	ACDEFGV
Teva-Montelukast	02355523	TEV	ACDEFGV

Co.C. Orl 4 mg

Singulair	02243602	ORG	ACDEFGV
Apo-Montelukast	02377608	APX	ACDEFGV
Jamp Montelukast Chewable	02514877	JPC	ACDEFGV
Mar-Montelukast	02399865	MAR	ACDEFGV
Mint-Montelukast	02408627	MNT	ACDEFGV
Montelukast	02382458	SIV	ACDEFGV
Nat-Montelukast	02522101	NAT	ACDEFGV
pms-Montelukast	02354977	PMS	ACDEFGV
Sandoz Montelukast	02330385	SDZ	ACDEFGV
Teva-Montelukast	02355507	TEV	ACDEFGV

Co.C. Orl 5 mg

Singulair	02238216	ORG	ACDEFGV
Apo-Montelukast	02377616	APX	ACDEFGV
Jamp Montelukast Chewable	02514885	JPC	ACDEFGV
Mar-Montelukast	02399873	MAR	ACDEFGV
Mint-Montelukast	02408635	MNT	ACDEFGV
Montelukast	02379325	SAS	ACDEFGV
Montelukast	02382466	SIV	ACDEFGV
Nat-Montelukast	02522128	NAT	ACDEFGV
pms-Montelukast	02354985	PMS	ACDEFGV
Sandoz Montelukast	02330393	SDZ	ACDEFGV
Teva-Montelukast	02355515	TEV	ACDEFGV

R03DC03 MONTÉLUKAST

Gran Orl 4 mg

Singulair 02247997 ORG ACDEFGV

Sandoz Montelukast 02358611 SDZ ACDEFGV

R03DX AUTRES MÉDICAMENTS CONTRE LES BRONCHOPNEUMOPATHIES OBSTRUCTIVES

R03DX05 OMALIZUMAB

Liq SC 150 mg/mL

Xolair (prefilled syringe) 02459795 NVR (SA)

Pds. SC 150 mg

Xolair (single-use vial) 02260565 NVR (SA)

R03DX09 MEPOLIZUMAB

Liq SC 100 mg/mL

Nucala (autoinjector) 02492989 GSK (SA)

Nucala (prefilled syringe) 02492997 GSK (SA)

R03DX10 BENRALIZUMAB

Liq SC 30 mg/mL

Fasenra (autoinjector) 02496135 AZE (SA)

Fasenra (prefilled syringe) 02473232 AZE (SA)

R03DX11 TEZEPELUMAB

Liq SC 210 mg / 1,91 mL

Tezspire (autoinjector) 02529556 AZE (SA)

Tezspire (prefilled syringe) 02529548 AZE (SA)

R05 PRÉPARATIONS CONTRE LA TOUX ET LE RHUME

R05C EXPECTORANTS, A L'EXCLUSION D'UNE COMBINAISON AVEC UN ANTITUSSIF

R05CA EXPECTORANTS

R05CA03 GUAIFÉNÉSINE

Sir. Orl 100 mg / 5 mL

Balminil Expect Sans Sucrose 00609951 TEV G

Robitussin 01931032 GCH G

R05CB MUCOLYTIQUES

R05CB01 ACÉTYLCYSTÉINE

Liq Inh 200 mg/mL

Acetylcysteine 02243098 SDZ ACDEFGV

R05CB13 DORNASE ALFA

Liq Inh 1 mg/mL

Pulmozyme 02046733 HLR (SA)

R05D ANTITUSSIFS, A L'EXCLUSION D'UNE COMBINAISON AVEC UN EXPECTORANT

R05DA ALKALOÏDES D'OPIUM ET DÉRIVÉS

R05DA04 CODÉINE

Co. Orl 15 mg

Teva-Codeine 00593435 TEV ACDEFGVW

Co. Orl 30 mg

Teva-Codeine 00593451 TEV ACDEFGVW

R05DA04	CODÉINE							
Co.L.L.	Orl	50 mg		Codeine Contin	02230302	PFR	W (SA)	
Co.L.L.	Orl	100 mg		Codeine Contin	02163748	PFR	W (SA)	
Co.L.L.	Orl	150 mg		Codeine Contin	02163780	PFR	W (SA)	
Co.L.L.	Orl	200 mg		Codeine Contin	02163799	PFR	W (SA)	
Sir.	Orl	5 mg/mL		Codeine Phosphate	00050024	ATL	ACDEFGVW	
R05DA09	DEXTROMÉTHORPHANE							
Liq	Orl	15 mg/mL		Koffex Sugar Free Clear	01928791	TEV	G	
Sir.	Orl	3 mg/mL		Benylin DM	01944738	JNJ	G	
				Koffex DM	01928783	TEV	G	
R05F	ANTITUSSIFS ET EXPECTORANTS, EN COMBINAISON							
R05FA	DÉRIVÉS DE L'OPIUM ET EXPECTORANTS							
R05FA02	DÉRIVÉS DE L'OPIUM ET EXPECTORANTS							
	DEXTROMÉTHORPHANE / GUAIFÉNÉSINE							
Liq	Orl	3 mg / 20 mg		Robitussin DM Exp	01931024	GCH	G	
R06	ANTIHIISTAMINIQUES SYSTEMIQUES							
R06A	ANTIHIISTAMINIQUES SYSTEMIQUES							
R06AA	AMINOALKYLETHERS							
R06AA02	DIPHENHYDRAMINE							
Co.	Orl	25 mg		Benadryl	02017849	JNJ	G	
				Diphenhydramine	02257548	JPC	G	
Co.	Orl	50 mg		Diphenhydramine	02257556	JPC	G	
Elx	Orl	12,5 mg / 5 mL		Benadryl	02019736	JNJ	G	
				Diphenhydramine HCl Elixir USP	02298503	JPC	G	
Liq	Inj	50 mg/mL		Diphenhydramine HCl	00596612	SDZ	ACDEFGVW	
				Diphenist	02219336	OMG	ACDEFGVW	
R06AA11	DIMENHYDRINATE							
Liq	Inj	50 mg/mL		Dimenhydrinate Injection USP	00392537	SDZ	ACDEFGVW	
R06AA59	DOXYLAMINE, EN COMBINASON							

R06AA59 DOXYLAMINE, EN COMBINASON
DOXYLAMINE / PYRIDOXINE

Co.L.L.	Orl	10 mg / 10 mg	Diclectin	00609129	DUI	ACDEFGV
			Apo-Doxylamine/B6	02413248	APX	ACDEFGV
			pms-Doxylamine-Pyridoxine	02406187	PMS	ACDEFGV

R06AB AMINO-ALKYLES SUBSTITUTES

R06AB04 CHLORPHÉNAMINE (CHLORPHÉNIRAMINE)

Co.	Orl	4 mg	Novo-Pheniram	00021288	TEV	G
-----	-----	------	---------------	----------	-----	---

R06AD DERIVES DU PHENOTHIAZINE

R06AD01 ALIMEMAZINE (TRIMÉPRAZINE)

Co.	Orl	2,5 mg	Panectyl	01926306	SLP	ACDEFGV
-----	-----	--------	----------	----------	-----	---------

Co.	Orl	5 mg	Panectyl	01926292	SLP	ACDEFGV
-----	-----	------	----------	----------	-----	---------

R06AE DÉRIVÉS DU PIPERAZINE

R06AE07 CÉTIRIZINE

Co.	Orl	10 mg	Reactine	02223554	JNJ	G
-----	-----	-------	----------	----------	-----	---

			Apo-Cetirizine	02231603	APX	G
--	--	--	----------------	----------	-----	---

			Cetirizine Extra Strength	02517566	JPC	G
--	--	--	---------------------------	----------	-----	---

			Jamp Cetirizine	02451778	JPC	G
--	--	--	-----------------	----------	-----	---

Co.	Orl	20 mg	Reactine	01900978	JNJ	(SA)
-----	-----	-------	----------	----------	-----	------

			Apo-Cetirizine	02453363	APX	(SA)
--	--	--	----------------	----------	-----	------

			Cetirizine	02515695	SAS	(SA)
--	--	--	------------	----------	-----	------

			Cetirizine	02534126	SIV	(SA)
--	--	--	------------	----------	-----	------

			Jamp Cetirizine Tablets	02517353	JPC	(SA)
--	--	--	-------------------------	----------	-----	------

			M-Cetirizine	02512025	MRA	(SA)
--	--	--	--------------	----------	-----	------

			Mar-Cetirizine	02427141	MAR	(SA)
--	--	--	----------------	----------	-----	------

			pms-Cetirizine	02315963	PMS	(SA)
--	--	--	----------------	----------	-----	------

			Teva-Cetirizine	02528681	TEV	(SA)
--	--	--	-----------------	----------	-----	------

R06AX DIVERS ANTIHISTAMINIQUES SYSTEMIQUES

R06AX13 LORATADINE

Co.	Orl	10 mg	Apo-Loratadine	02243880	APX	G
-----	-----	-------	----------------	----------	-----	---

R06AX17 KÉTOTIFÈNE

Co.	Orl	1 mg	Zaditen	00577308	TEV	CDEFG
-----	-----	------	---------	----------	-----	-------

R07 AUTRES PRODUITS DU SYSTÈME RESPIRATOIRE

R07A AUTRES PRODUITS DU SYSTÈME RESPIRATOIRE**R07AX AUTRES PRODUITS DU SYSTÈME RESPIRATOIRE****R07AX02 IVACAFTOR**

Co. Orl 150 mg Kalydeco 02397412 VTX (SA)

R07AX32 ÉLÉXACAFTOR / TÉZACAFTOR / IVACAFTOR ET IVACAFTOR

Co. Orl 50 mg / 25 mg / 37,5 mg and 75 mg Trikafta 02526670 VTX (SA)

Co. Orl 100 mg / 50 mg / 75 mg and 150 mg Trikafta 02517140 VTX (SA)

Gran Orl 80 mg / 40 mg / 60 mg and 59,5 mg Trikafta 02542285 VTX (SA)

Gran Orl 100 mg / 50 mg / 75 mg and 75 mg Trikafta 02542277 VTX (SA)

S ORGANES SENSORIELS**S01 AGENTS OPHTHALMOLOGIQUES****S01A ANTIINFECTIEUX****S01AA ANTIBIOTIQUES****S01AA12 TOBRAMYCINE**

Liq Oph 0,3% Tobrex 00513962 NVR ACDEFGV

Sandoz Tobramycin 02241755 SDZ ACDEFGV

Ont Oph 0,3% Tobrex 00614254 NVR ACDEFGV

S01AA17 ÉRYTHROMYCINE

Ont Oph 0,5% Erythromycin 02326663 SGQ ACDEFGV

Erythromycin 02141574 PST ACDEFGV

pdp-Erythromycin 01912755 PDP ACDEFGV

S01AA30 EN COMBINAISON AVEC DIFFERENTS ANTIBIOTIQUES**SULFATE DE POLYMYXINE B / BACITRACINE**

Ont Oph 10 000 IU / 500 IU Polysporin 02239157 JNJ G

SULFATE DE POLYMYXINE B / SULFATE DE TRIMÉTHOPRIME

Liq Oph 10000 U/mL Sandoz Polytrimethoprim 02239234 SDZ ACDEFGV

S01AD ANTIVIRAUX**S01AD02 TRIFLURIDINE**

Liq Oph 1% Viroptic 00687456 BSL ACDEFGV

S01AE FLUOROQUINOLONES

S01AE01	OFLOXACINE							
Liq	Oph	0,3%		Ocuflox	02143291	ABV	(SA)	
S01AE03	CIPROFLOXACINE							
Liq	Oph	0,3%		Ciloxan	01945270	NVR	(SA)	
				Sandoz Ciprofloxacin	02387131	SDZ	(SA)	
Ont	Oph	0,3%		Ciloxan	02200864	NVR	(SA)	
S01AE06	GATIFLOXACINE							
Liq	Oph	0,3%		Zymar	02257270	ABV	ACDEFGV	
				Apo-Gatifloxacin	02327260	APX	ACDEFGV	
				Jamp Gatifloxacin	02533235	JPC	ACDEFGV	
S01AE07	MOXIFLOXACINE							
Liq	Oph	0,5%		Vigamox	02252260	NVR	ACDEFGV	
				Apo-Moxifloxacin	02406373	APX	ACDEFGV	
				Jamp-Moxifloxacin	02472120	JPC	ACDEFGV	
				Moxifloxacin	02529076	SAS	ACDEFGV	
				pms-Moxifloxacin	02432218	PMS	ACDEFGV	
				Sandoz Moxifloxacin	02411520	SDZ	ACDEFGV	

S01B AGENTS ANTIINFLAMMATOIRES

S01BA CORTICOSTÉROÏDES, ORDINAIRES

S01BA01	DEXAMÉTHASONE							
Gttes	Oph	0,1%		Maxidex	00042560	NVR	ACDEFGV	
Ont	Oph	0,1%		Maxidex	00042579	NVR	ACDEFGV	
S01BA04	PREDNISOLONE							
Susp	Oph	1%		Pred Forte	00301175	ABV	ACDEFGV	
				Sandoz Prednisolone	01916203	SDZ	ACDEFGV	
				Teva-Prednisolone	00700401	TEV	ACDEFGV	
S01BA07	FLUOROMÉTHOLONE							
Gttes	Oph	0,1%		FML	00247855	ABV	ACDEFGV	
				Sandoz Fluorometholone	00432814	SDZ	ACDEFGV	
Susp	Oph	0,1%		Flarex	00756784	NVR	ACDEFGV	

S01BC AGENTS ANTIINFLAMMATOIRES, NON STÉROÏDIENS

S01BC03 DICLOFÉNAC

S01BC03 DICLOFÉNAC

Liq Oph 0,1%

Voltaren	01940414	NVR	ACDEFGV
Apo-Diclofenac	02441020	APX	ACDEFGV
Diclofenac	02475065	PST	ACDEFGV
Jamp Diclofenac	02534525	JPC	ACDEFGV
Mint-Diclofenac	02475197	MNT	ACDEFGV
Sandoz Diclofenac Ophtha	02454807	SDZ	ACDEFGV

S01BC05 KÉTOROLAC

Liq Oph 0,45%

Acuvail 02369362 ABV ACDEFGV

Liq Oph 0,5%

Acular	01968300	ABV	ACDEFGV
Ketorolac	02245821	AAP	ACDEFGV

S01C AGENTS ANTIINFLAMMATOIRES ET ANTIINFECTIEUX EN COMBINAISON**S01CA CORTICOSTÉROÏDES ET ANTIINFECTIEUX EN COMBINAISON****S01CA01 DEXAMÉTHASONE ET ANTIINFECTIEUX**

DEXAMÉTHASONE / NÉOMYCINE / POLYMYXINE B

Ont Oph 1 mg / 3,5 mg /
6 000 IU

Maxitrol 00358177 NVR ACDEFGV

Susp Oph 1 mg / 3,5 mg /
6 000 IU

Maxitrol 00042676 NVR ACDEFGV

DEXAMÉTHASONE / TOBRAMYCINE

Ont Oph 0,1% / 0,3%

Tobradex 00778915 NVR ACDEFGV

Susp Oph 0,1% / 0,3%

Tobradex 00778907 NVR ACDEFGV

S01E PRÉPARATIONS ANTIGLAUCOME ET MIOTIQUES**S01EA ADRENERGIQUES POUR LE TRAITEMENT DU GLAUCOME****S01EA03 APRACLONIDINE**

Liq Oph 0,5%

Iopidine 02076306 EPS ACDEFGV

S01EA05 BRIMONIDINE

Liq Oph 0,15%

Alphagan P	02248151	ABV	ACDEFGV
Brimonidine P	02301334	AAP	ACDEFGV

Liq Oph 0,2%

Alphagan	02236876	ABV	ACDEFGV
Brimonidine Tartrate	02515377	HIK	ACDEFGV
Jamp-Brimonidine	02449226	JPC	ACDEFGV
Med-Brimonidine	02507811	GMP	ACDEFGV
Sandoz Brimonidine	02305429	SDZ	ACDEFGV

S01EB PARA-ADRENERGIQUES

S01EB01 PILOCARPINE

Gttes Oph 2%

Isopto Carpine 00000868 NVR ACDEFGV

S01EC INHIBITEURS DE L'ANHYDRASE CARBONIQUE

S01EC01 ACÉTAZOLAMIDE

Co. Orl 250 mg

Acetazolamide 00545015 AAP ACDEFGV

S01EC03 DORZOLAMIDE

Liq Oph 2%

Trusopt 02216205 ELV ACDEFGV

Dorzolamide 02522373 JPC ACDEFGV

Jamp-Dorzolamide 02453347 JPC ACDEFGV

Med-Dorzolamide 02457210 GMP ACDEFGV

Sandoz Dorzolamide 02316307 SDZ ACDEFGV

S01EC04 BRINZOLAMIDE

Liq Oph 1%

Azopt 02238873 NVR ACDEFGV

S01EC05 MÉTHAZOLAMIDE

Co. Orl 50 mg

Methazolamide 02245882 AAP ACDEFGV

S01EC54 BRINZOLAMIDE EN COMBINAISON
BRINZOLAMIDE / BRIMONIDINE

Liq Oph 1% / 0,2%

Simbrinza 02435411 NVR ACDEFGV

S01ED BETA-BLOQUANTS

S01ED01 TIMOLOL

Gttes Oph 0,25%

Sandoz Timolol Maleate 02166712 SDZ ACDEFGV

Gttes Oph 0,5%

Timoptic Oph 00451207 ELV ACDEFGV

Apo-Timop 00755834 APX ACDEFGV

Jamp-Timolol 02447800 JPC ACDEFGV

Sandoz Timolol Maleate 02166720 SDZ ACDEFGV

Liq Oph 0,25%

Timolol Maleate-EX 02242275 SDZ ACDEFGV

Liq Oph 0,5%

Timoptic-XE Oph 02171899 ELV ACDEFGV

Timolol Maleate-EX 02242276 SDZ ACDEFGV

S01ED02 BÉTAXOLOL

Susp Oph 0,25%

Betoptic S 01908448 NVR ACDEFGV

S01ED51 TIMOLOL EN COMBINAISON

TIMOLOL / BRIMONIDINE

Liq	Oph	0,5% / 0,2%	Combigan	02248347	ABV	ACDEFGV
			Apo-Brimonidine-Timop	02375311	APX	ACDEFGV
			Jamp Brimonidine/Timolol	02531704	JPC	ACDEFGV

TIMOLOL / BRINZOLAMIDE

Susp	Oph	0,5% / 1%	Azarga	02331624	NVR	ACDEFGV
------	-----	-----------	--------	----------	-----	---------

TIMOLOL / DORZOLAMIDE

Liq	Oph	0,5% / 2%	Cosopt	02240113	ELV	ACDEFGV
			Cosopt PF	02258692	ELV	ACDEFGV
			Apo-Dorzo-Timop	02299615	APX	ACDEFGV
			Dorzolamide and Timolol	02489635	HIK	ACDEFGV
			Dorzolamide-Timolol	02522020	JPC	ACDEFGV
			Jamp-Dorzolamide-Timolol	02457539	JPC	ACDEFGV
			M-Dorzolamide-Timolol	02537796	MRA	ACDEFGV
			Med-Dorzolamide-Timolol	02437686	GMP	ACDEFGV
			Riva-Dorzolamide/Timolol	02441659	RIV	ACDEFGV
			Sandoz Dorzolamide/Timolol	02344351	SDZ	ACDEFGV

TIMOLOL / LATANOPROST

Liq	Oph	0,5% / 0,005%	Xalacom	02246619	BGP	ACDEFGV
			Act Latanoprost/Timolol	02436256	TEV	ACDEFGV
			Jamp-Latanoprost-Timolol	02453770	JPC	ACDEFGV
			M-Latanoprost-Timolol	02514516	MRA	ACDEFGV
			Med-Latanoprost-Timolol	02454505	GMP	ACDEFGV
			Mylan-Latanoprost/Timolol	02373068	MYL	ACDEFGV

TIMOLOL / TRAVOPROST

Liq	Oph	0,5% / 0,004%	Duo Trav PQ	02278251	NVR	ACDEFGV
			Apo-Travoprost-Timop	02415305	APX	ACDEFGV

S01EE ANALOGUES DE LA PROSTAGLANDINE

S01EE01 LATANOPROST

S01EE01 LATANOPROST

Liq Oph 0,005%

Xalatan	02231493	BGP	ACDEFGV
Apo-Latanoprost	02296527	APX	ACDEFGV
GD-Latanoprost	02373041	MYL	ACDEFGV
Jamp-Latanoprost	02453355	JPC	ACDEFGV
Latanoprost Ophthalmic Solution	02489570	HIK	ACDEFGV
M-Latanoprost	02513285	MRA	ACDEFGV
Med-Latanoprost	02426935	GMP	ACDEFGV
Riva-Latanopost	02341085	RIV	ACDEFGV
Sandoz Latanoprost	02367335	SDZ	ACDEFGV
Teva-Latanoprost	02254786	TEV	ACDEFGV

S01EE03 BIMATOPROST

Liq Oph 0,01%

Lumigan RC 02324997 ABV ACDEFGV

Liq Oph 0,03%

Vistitan 02429063 SDZ ACDEFGV

S01EE04 TRAVOPROST

Liq Oph 0,003%

Izba 02457997 NVR ACDEFGV

Liq Oph 0,004%

Travatan Z	02318008	NVR	ACDEFGV
Apo-Travoprost Z	02415739	APX	ACDEFGV
Sandoz Travoprost	02413167	SDZ	ACDEFGV

S01EE06 LATANOPROSTÉNE BUNOD

Liq Oph 0,024%

Vyzulta 02484218 BSH ACDEFGV

S01F MYDRIATIQUES ET CYCLOPLEGIQUES**S01FA ANTICHOLINERGIQUES****S01FA01 ATROPINE**

Gttes Oph 1%

Isopto Atropine	00035017	ALC	ACDEFGVW
Atropine	02023695	PST	ACDEFGVW

S01FA04 CYCLOPENTOLATE

Liq Oph 1%

Cyclogyl 00252506 ALC ACDEFGV

S01FA06 TROPICAMIDE

Liq Oph 0,5%

Mydriacyl 00000981 ALC ACDEFGV

Liq Oph 1%

Mydriacyl 00001007 ALC ACDEFGV

S01G DÉCONGESTIONNANTS ET ANTIALLERGIQUES

S01GX AUTRES ANTIALLERGIQUES

S01GX01 ACIDE CROMOGLICIQUE

Liq Oph 2%

Cromolyn Ophthalmic Solution 02009277 PDP ACDEFGV

S01GX08 KÉTOTIFÈNE

Liq Oph 0,025%

Zaditor 02242324 LTH ACDEFGV

S01GX09 OLOPATADINE

Liq Oph 0,1%

Patanol 02233143 NVR ACDEFGV

Apo-Olopatadine 02305054 APX ACDEFGV

Jamp-Olopatadine 02458411 JPC ACDEFGV

Mint-Olopatadine 02422727 MNT ACDEFGV

Sandoz Olopatadine 02358913 SDZ ACDEFGV

Liq Oph 0,2%

Pataday 02362171 NVR ACDEFGV

Apo-Olopatadine 02402823 APX ACDEFGV

Mint-Olopatadine 02508605 MNT ACDEFGV

Sandoz Olopatadine 02420171 SDZ ACDEFGV

S01L AGENTS POUR LES TROUBLES VASCULAIRES OCULAIRES**S01LA AGENTS ANTINÉOVASCULAIRES**

S01LA04 RANIBIZUMAB

Liq IVL 10 mg/mL

Byooviz 02525852 BIG (SA)

Ranopto 02542250 TEV (SA)

S01LA05 AFLIBERCEPT

Liq IVL 40 mg/mL

Eylea 02415992 BAY (SA)

S01LA06 BROLUCIZUMAB

Liq IVL 6 mg / 0,05 mL

Beovu 02496976 NVR (SA)

S01LA09 FARICIMAB

Liq IVL 6 mg / 0,05 mL

Vabysmo 02527618 HLR (SA)

S01X AUTRES OPHTHALMOLOGIQUES**S01XA AUTRES OPHTHALMOLOGIQUES**

S01XA03 CHLORURE DE SODIUM, HYPERTONIQUE

Gttes Oph 5%

Muro 128 00750824 BSH AEFGV

Odan-Sodium Chloride 80046737 ODN AEFGV

Ont Oph 5%

Muro 128 00750816 BSH AEFGV

Odan-Sodium Chloride 80046696 ODN AEFGV

S01XA18	CICLOSPORIN								
Émuls	Oph	0,1%				Verkazia	02484137	APX	(SA)
S01XA21	MERCAPTAMINE (CYSTÉAMINE)								
Liq	Oph	0,37%				Cystadrops	02485605	RRD	(SA)
S02	AGENTS OTOLOGIQUES								
S02C	CORTICOSTÉROÏDES ET ANTIINFECTIEUX EN COMBINAISON								
S02CA	CORTICOSTÉROÏDES ET ANTIINFECTIEUX EN COMBINAISON								
S02CA02	FLUMETASONE ET ANTIINFECTIEUX								
	FLUMÉTASONE / CLIOQUINOL								
Gttes	Ot	0,2% / 1%				Locacorten-Vioform	00074454	PAL	ACDEFGV
S02CA06	DEXAMÉTHASONE ET ANTIINFECTIEUX								
	DEXAMÉTHASONE / CIPROFLOXACINE								
Susp	Ot	0,1% / 0,3%				Ciprodex	02252716	NVR	ACDEFGV
						Sandoz Ciprofloxacin/Dexamethasone	02506882	SDZ	ACDEFGV
						Taro-Ciprofloxacin/Dexamethasone	02481901	TAR	ACDEFGV
S03	PRÉPARATIONS OPHTHALMOLOGIQUES ET OTOLOGIQUES								
S03C	CORTICOSTÉROÏDES ET ANTIINFECTIEUX EN COMBINAISON								
S03CA	CORTICOSTÉROÏDES ET ANTIINFECTIEUX EN COMBINAISON								
S03CA01	DEXAMÉTHASONE ET ANTIINFECTIEUX								
	DEXAMÉTHASONE / FRAMYCÉTINE / GRAMICIDINE								
Gttes	Oph	0,5 mg / 5 mg / 0,05 mg				Sofracort E/E	02224623	XPI	ACDEFGV
V	DIVERS								
V01	ALLERGENES								
V01A	ALLERGENES								
V01AA	EXTRAITS D'ALLERGENES								
V01AA02	POLLEN DE GRAMINÉES								
Co.S.L.	Orl	100 IR				Oralair	02381885	STA	(SA)
Co.S.L.	Orl	300 IR				Oralair	02381893	STA	(SA)
Tro	SC	105, 250, 700, 2 150 PNU				Pollinex-R	00464988	PAL	(SA)
V01AA20	DIVERS EXTRAITS D'ALLERGENE								
Liq	Inj					Allergy Sera	00999938	HJM	EF-18G
V03	TOUS LES AUTRES PRODUITS THERAPEUTIQUES								

V03A TOUS LES AUTRES PRODUITS THERAPEUTIQUES**V03AB ANTIDOTES**

V03AB06 THIOSULFATE

THIOSULFATE DE SODIUM

Liq Inj 250 mg/mL

Seacalphyx 02386666 SFD ACDEFGVW

V03AC AGENTS CHÉLATEURS DE FER

V03AC01 DÉFÉROXAMINE

Pds. Inj 500 mg

Desferal 01981242 NVR ACDEFGV

Deferoxamine Mesilate 02241600 PFI ACDEFGV

Pds. Inj 2 g

Deferoxamine Mesilate 02247022 PFI ACDEFGV

V03AC02 DÉFÉRIPRONE

Co. Orl 1 000 mg

Ferriprox 02436558 CCC (SA)

Co.L.P. Orl 1 000 mg

Ferriprox MR 02536579 CCC (SA)

Liq Orl 100 mg/mL

Ferriprox 02436523 CCC (SA)

V03AC03 DÉFÉRASIROX

Co. Orl 90 mg

Jadenu 02452219 NVR (SA)

Apo-Deferasirox (Type J) 02485265 APX (SA)

Auro-Deferasirox (Type J) 02527774 ARO (SA)

pms-Deferasirox (Type J) 02528290 PMS (SA)

Sandoz Deferasirox (Type J) 02489899 SDZ (SA)

Taro-Deferasirox (Type J) 02507315 TAR (SA)

Co. Orl 180 mg

Jadenu 02452227 NVR (SA)

Apo-Deferasirox (Type J) 02485273 APX (SA)

Auro-Deferasirox (Type J) 02527782 ARO (SA)

pms-Deferasirox (Type J) 02528304 PMS (SA)

Sandoz Deferasirox (Type J) 02489902 SDZ (SA)

Taro-Deferasirox (Type J) 02507323 TAR (SA)

Co. Orl 360 mg

Jadenu 02452235 NVR (SA)

Apo-Deferasirox (Type J) 02485281 APX (SA)

Auro-Deferasirox (Type J) 02527790 ARO (SA)

pms-Deferasirox (Type J) 02528312 PMS (SA)

Sandoz Deferasirox (Type J) 02489910 SDZ (SA)

Taro-Deferasirox (Type J) 02507331 TAR (SA)

V03AE POUR LE TRAITEMENT DE HYPERKALEMIA ET HYPERPHOSPHATEMIA

V03AE01 POLYSTYRÈNE SULFONATE
POLYSTYRÈNE SULFONATE DE SODIUM

Pds.	Orl	1 g/g	Kayexalate	02026961	SAV	ACDEFGV
			Jamp Sodium Polystyrene Sulfonate	02497557	JPC	ACDEFGV
			Odan-Sodium Polystyrene Sulfonate	02473941	ODN	ACDEFGV
			Solystat	00755338	PDP	ACDEFGV

Susp	Orl	250 mg/mL	Odan-Sodium Polystyrene Sulfonate	02473968	ODN	ACDEFGV
			Solystat	00769541	PDP	ACDEFGV

SULFONATE DE POLYSTYRÈNE CALCIQUE

Pds.	Orl	999 mg/g	Resonium Calcium	02017741	SAV	ACDEFGV
			Jamp Calcium Polystyrene Sulfonate	02502631	JPC	ACDEFGV

V03AE02 SEVELAMER

Co.	Orl	800 mg	Renagel	02244310	SAV	ACDEFGV
			Accel-Sevelamer	02461501	ACC	ACDEFGV

Pds.	Orl	0,8 g	Renvela	02485559	SAV	(SA)
------	-----	-------	---------	----------	-----	------

Pds.	Orl	2,4 g	Renvela	02485567	SAV	(SA)
------	-----	-------	---------	----------	-----	------

V03AE03 LANTHANUM CARBONATE

Co.C.	Orl	500 mg	Fosrenol (Disc/non disp Jun 10/25)	02287153	TAK	(SA)
-------	-----	--------	------------------------------------	----------	-----	------

Co.C.	Orl	750 mg	Fosrenol (Disc/non disp Jul 31/25)	02287161	TAK	(SA)
-------	-----	--------	------------------------------------	----------	-----	------

Co.C.	Orl	1000 mg	Fosrenol (Disc/non disp Jul 31/25)	02287188	TAK	(SA)
-------	-----	---------	------------------------------------	----------	-----	------

V03AE05 OXYHYDROXYDE SUCRO-FERRIQUE

Co.C.	Orl	500 mg	Velphoro	02471574	VFM	(SA)
-------	-----	--------	----------	----------	-----	------

V03AF AGENTS DÉTOXIFIANTS POUR TRAITEMENT ANTINÉOPLASIQUE

V03AF01 MESNA

Pds.	Inj	100 mg/mL	Uromitexan	02241411	BAX	ACDEFGV
------	-----	-----------	------------	----------	-----	---------

V03AF03 FOLINATE DE CALCIUM
LEUCOVORINE CALCIQUE

V03AF03 FOLINATE DE CALCIUM
LEUCOVORINE CALCIQUE

Co. Orl 5 mg

Lederle Leucovorin 02170493 PFI ACDEFGV
Jamp Leucovorin 02548208 JPC ACDEFGV
Mint-Leucovorin 02496828 MNT ACDEFGV
Riva Leucovorin 02493357 RIV ACDEFGV

V03AG MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DE L'HYPERCALCEMIE

V03AG99 MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DE L'HYPERCALCEMIE
PHOSPHATE ACIDE DE SODIUM / BICARBONATE DE SODIUM / POTASSIUM

Co.Eff. Orl 500 mg / 469 mg / 123 mg

Jamp-Sodium Phosphate 80047562 JPC ACDEFGV

V03AH POUR LE TRAITEMENT DE HYPOGLYCÉMIE

V03AH01 DIAZOXIDE

Caps Orl 100 mg

Proglycem 00503347 FRS ACDEFGV

V04 AGENTS DIAGNOSTIQUES

V04C AUTRES AGENTS DIAGNOSTIQUES

V04CJ TESTS DE LA FONCTION THYROÏDIENNE

V04CJ01 THYROTROPINE

Pds. IM 0,9 mg

Thyrogen 02246016 GZM (SA)

APPENDIX I-A / ANNEXE I-A

ABBREVIATIONS OF DOSAGE FORMS / ABRÉVIATIONS DES FORMES POSOLOGIQUES

FORM	CODE	FORME
Metered-Dose Aerosol	Aem/Aém.	Aérosol-dose mesurée
Aerosol (with propellants)	Aer/Aér.	Aérosol (avec agents de propulsion)
Capsule	Cap/Caps	Capsule
Chewable Tablets	TabC/Co.C.	Comprimés à croquer
Controlled Delivery Capsules	CDC/Caps.L.C.	Capsules à libération contrôlée
Cream	Crn/Cr.	Crème
Cartridge	Ctg/Cart	Cartouche
Delayed Release Capsule	CDR/Caps.L.R.	Capsule à libération retardée
Drop	Dps/Gttes	Gouttes
Dressing	Dre	Pansement
Enteric Coated Capsule	ECC/Caps.Ent.	Capsule entérique
Enteric Coated Tablet	ECT/Co.Ent	Comprimés entérique
Elixir	Elx	Élixir
Emulsion	Eml/Émuls	Émulsion
Enema	Enm/Lav.	Lavement
Extended Release Capsules	ERC/Caps.L.P.	Capsules à libération prolongée
Extended Release Tablets	ERT/Co.L.P.	Comprimés à libération prolongée
Effervescent Tablet	Evt/Co.Eff.	Comprimé effervescent
Film	Fln	Film
Gel	Gel	Gel
Granules	Gran	Granules
Gum	Gum/Gom	Gomme
Implant	Imp	Implant
Insert	Ins	Insérer
Kit	Kit/Tro	Trousse
Liquid	Liq	Liquide
Lotion	Lot	Lotion
Lozenge	Loz/Pas	Pastille
Orally Disintegrating Film	ODF	Film à désintégration orale
Orally Disintegrating Tablet	ODT/Co.D.O.	Comprimés à désintégration orale
Ointment	Ont	Onguent, pomade
Patch	Pth	Timbre cutané

APPENDIX I-A / ANNEXE I-A

ABBREVIATIONS OF DOSAGE FORMS / ABRÉVIATIONS DES FORMES POSOLOGIQUES

FORM	CODE	FORME
Powder	Pwr/Pd.	Poudre
Powder for Solution / Powder for Suspension	Pws/Pds.	Poudre pour solution / Poudre pour suspension
Shampoo	Shp	Shampooing
Sublingual Tablet	SlT/Co.S.L.	Comprimé sublingual
Spray	Spr/Vap	Vaporisateur
Sustained-Released Capsule	SRC/Caps.L.L.	Capsule à libération lente
Sustained-Release Disc	Srd	Disque à action soutenue
Sustained-Release Tablet	SRT/Co.L.L.	Comprimé à libération lente
Suppository	Sup/Supp.	Suppositoire
Suspension	Susp/Susp	Suspension
Syrup	Syr/Sir.	Sirop
Tablet	Tab/Co.	Comprimé

APPENDIX I-B/ ANNEXE I-B

ABBREVIATIONS OF ROUTES / ABRÉVIATIONS DES VOIES D'ADMINISTRATION

ROUTE	CODE	VOIE
Buccal	Buc	Buccale, orale
Dental	Den	Dentaire
Inhalation	Inh	Inhalation
Injectable	Inj	Injectable
Instillation	ISL	Instillation
Instrument(s)	Ins	Instrument(s)
Intervertebral	IND	Intervertébrale
Intra Articular	IA	Intra-articulaire
Intrabursal	IBU	Intrabursique
Intracardiac	ICD	Intracardiaque
Intracavity	ICV	Intra-cavitaire
Intradermal	ID	Intradermique
Intrafollicular	INF	Intra-folliculaire
Intraintestinal	ITT	Intraintestinale
Intramuscular	IM	Intramusculaire
Intraocular	IO	Intraoculaire
Intraperitoneal	IP	Intrapéritonéale
Intrapleural	IPL	Intrapleurale
Intrapulmonary	IPU	Intrapulmonaire
Intrathecal	INT	Intra-thécale
Intravenous	IV	intraveineuse
Intraventricular	IVR	Intraventriculaire
Intravesicular	ITV	Intravésicale
Intravitreal	IVL	Intravitréenne
Irrigation	IR	Irrigation
Miscellaneous	Mis	Divers
Nasal	Nas	Nasale
Nil	NIL	Néant
Ophthalmic	Oph	Ophtalmique
Oral	Orl	Orale
Otic	Ot	Otique

APPENDIX I-B/ ANNEXE I-B**ABBREVIATIONS OF ROUTES / ABRÉVIATIONS DES VOIES D'ADMINISTRATION**

ROUTE	CODE	VOIE
Parenteral (Unspecified)	Prt	Parentérale (non spécifiée)
Retrobulbar	RB	Rétrobulbaire
Rectal	Rt	Rectale
Subcutaneous	SC	Sous-cutané
Sublingual	Slg	Sublinguale
Topical	Top	Topique
Transdermal	Trd	Transdermique
Vaginal	Vag	Vaginale

APPENDIX I-C / ANNEXE I-C

ABBREVIATIONS OF MANUFACTURER'S NAMES/ABRÉVIATIONS DES NOMS DE FABRICANTS

AAP	AA Pharma Inc.	FRE	Fresenius Medical Care Canada
ABB	Abbott Laboratories, Ltd.	FRS	Merck Canada Inc.
ABV	Abbvie Corporation	GAC	Galderma Canada Inc.
ACC	Accel Pharma	GCH	GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Inc.
ACT	Actelion Pharmaceuticals Canada Inc.	GIL	Gilead Sciences Inc.
ADZ	Advanz Pharma Canada Inc.	GLM	Glenmark Pharmaceuticals Canada Inc.
AGA	Amgen Canada Inc.	GMD	GenMed, a division of Pfizer Canada Inc.
AHC	Athena Canada Inc.	GMP	Generic Medical Partners
AHI	Accord Healthcare Inc.	GSK	GlaxoSmithKline
AKT	Akcea Therapeutics Inc.	GZM	Genzyme- A Division of Sanofi-Aventis
ALC	Alcon Canada Inc.	HIK	Hikma Canada Ltd.
ALL	Allergan Inc.	HJM	Medavie Blue Cross
ALM	Almirall Canada Ltd.	HLR	Hoffmann-La Roche Ltd/Ltee.
ALN	Alnylam Netherlands B.V.	HLS	HLS Therapeutics Inc.
ALX	Alexion Pharma	HLZ	Hill Dermaceuticals Inc.
ALY	Amylyx Canada Inc.	HOS	Hospira Healthcare Corporation
AMT	Amicus Therapeutics UK Ltd.	HRZ	Horizon Pharma Ireland Ltd.
APN	Aspen Pharmacare Canada Inc.	INP	Insight Pharmaceuticals Corp.
APO	ApoPharma Inc.	IPS	Ipsen Biopharmaceuticals
APX	Apotex Inc.	IUK	Indivior UK Limited
ARN	Accelera Pharma Canada Inc.	JAM	Jamieson Laboratories Ltd.
ARO	Auro Pharma Inc.	JAN	Janssen Inc.
ARZ	Aralez Pharmaceuticals Canada Inc.	JCB	Jacobus Pharmaceutical Company Inc.
ASL	Astellas Pharma Canada Inc.	JNJ	Johnson & Johnson Consumer Group
ATL	Laboratoire Atlas Inc.	JNO	Juno Pharmaceuticals Corp
ATS	Altius Healthcare Inc.	JPC	Jamp Pharma Corporation
ATV	Actavis Pharma Company	KEG	Kego Corporation
AVI	Avir Pharma Inc.	KKI	Kyowa Kirin, Inc.
AXC	Aptalis	KLO	Kaleo Inc.
AZE	AstraZeneca Canada Inc.	KNI	Knight Therapeutics Inc.
BAX	Baxter Corporation	KVR	KVR Pharmaceuticals Inc.
BAY	Bayer Inc., HealthCare Division	KYE	Kye Pharmaceuticals Inc.
BGN	BeiGene (Canada) ULC	LBI	Leadiant Biosciences Inc.
BGP	BGP Pharma Inc.	LBK	Lundbeck Inc.
BIG	Biogen Idec Canada, Inc.	LDN	Leadiant Biosciences Inc.
BMR	Biomarin Pharmaceuticals Canada	LEO	Leo Pharma Inc.
BOE	Boehringer Ingelheim (Canada) Ltd.	LIL	Eli Lilly Canada Inc.
BOX	Biocodex SA	LIN	Linepharma International Inc.
BRI	Bristol-Myers Squibb Canada Inc.	LTH	Labtician Thea
BSH	Baush & Lomb Canada Inc.	LUP	Lupin Pharma Canada Ltd.
BSL	Bausch Health Canada Inc.	LXO	Laboratoire X.O
BVT	Swedish Orphan Biovitrum AB	MAR	Marcan Pharmaceuticals Inc
CBP	Cubist Pharmaceuticals Inc.	MBT	Mitsubishi Tanabe Pharma Corporation
CCC	Chiesi Canada Corp	MCK	Mckesson Canada Corp.
CCM	CellChem Pharmaceuticals Inc.	MDI	Medtech Products Inc.
CEL	Celgene	MDK	MendeliKABS Inc.
CHC	Pfizer Canada Inc., Consumer Healthcare	MDU	Medunik Canada
CHU	Church and Dwight Canada Corp.	MDX	Medexus Inc.
CIP	Cipher Pharmaceuticals Inc.	MJO	Mead Johnson Canada
CLC	Columbia Laboratories Canada Inc.	MNT	Mint Pharmaceuticals Inc.
CPC	Covis Pharma Canada Ltd.	MRA	Mantra Pharma
CLT	Celltrion Healthcare Co., Ltd.	MRZ	Merz Pharmaceuticals Canada Ltd.
DPT	Dermtek Pharmaceuticals Ltd	MSD	MSD Inc.
DUI	Duchesnay	MSP	Mylan Specialty LP
EDO	Endo Ventures Ltd.	MTP	Methapharm Inc.
EIS	Eisai Limited	MYL	Mylan Pharmaceuticals ULC
ELV	Elvium Life Science- A Purdue Company	NAT	Natco Pharma (Canada) Inc.
EMD	EMD Serono Canada Inc.	NHI	Nic-Hit International Inc.
EPS	Essential Pharma Switzerland	NNO	Novo Nordisk Canada Inc.
ERF	Erfa Canada Inc.	NRA	Nora Pharma Inc.
ETH	Ethypharm Inc.	NUT	Nutricorp International
EXZ	Exzell Pharma Inc.	NVR	Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.
FEI	Ferring Inc.	ODN	Odan Laboratories Ltd.
FKB	Fresenius Kabi Canada Ltd.	OMG	Omega Laboratories Limited

APPENDIX I-C / ANNEXE I-C

ABBREVIATIONS OF MANUFACTURER'S NAMES/ABRÉVIATIONS DES NOMS DE FABRICANTS

ORG	Organon Canada Inc.	VTH	Vita Health Company (1985) Ltd
ORI	Orimed Pharma Corporation	VTX	Vertex Pharmaceuticals (Canada) Inc.
OTS	Otsuka Canada Pharmaceuticals Inc.	VVS	Vivus Inc.
PAL	Paladin Labs Inc	WAL	Walmart Pharmacy
PCI	Phebra Canada Inc.	WAM	Wampole Brands
PDL	Pro Doc Laboratories Ltd	WLS	Wellspring Pharmaceutical Canada Corp
PDP	PendoPharm, Division of Pharmascience	WMD	Waymade Canada Inc.
PFB	Pierre Fabre Dermo-Cosmetique	WNC	Warner Chilcott Canada Co.
PFI	Pfizer Canada Inc.	WNP	WN Pharmaceuticals Ltd.
PFR	Purdue Pharma	XPI	Xediton Pharmaceuticals Inc.
PJC	Pharmacie Jean Coutu.		
PMS	Pharmascience Inc.		
PRZ	Pharmaris Canada Inc.		
PST	Pharma Stulln Inc.		
PSV	Pharmasave		
RAN	Ranbaxy Pharmaceuticals Canada Inc		
RCH	Dr. Reddy's Laboratories Inc.		
RIV	Riva Laboratories Ltee		
ROG	Rougier Pharma Inc, Div of Ratiopharm		
RRD	Recordati Rare Diseases Canada Inc		
SAS	Sanis Health Inc.		
SAV	Sanofi-Aventis Canada Inc.		
SAX	Salix Pharmaceuticals Inc.		
SDM	Shoppers Drug Mart		
SDZ	Sandoz Canada Incorporated		
SEV	Servier Canada Inc.		
SFD	Seaford Pharmaceuticals Inc.		
SGC	Seagen Canada Inc.		
SGQ	Sterigen Inc.		
SHI	Shire Canada Inc.		
SIV	Sivem Pharmaceuticals		
SLP	Searchlight Pharma Inc.		
SNC	Sanofi Consumer Health Inc.		
SNE	Smith & Nephew, Inc.		
SNN	Santen Incorporated		
SNV	Sunovion Pharmaceuticals Canada Inc		
SOB	Sobey's Pharmacy		
SPT	Septa Pharmaceuticals Inc.		
STA	Stallergenes Canada Inc.		
STD	Strides Pharma Canada Inc.		
STR	Sterimax Inc.		
SUN	Sun Pharma Canada Inc.		
TAI	Taiho Pharma Canada Inc.		
TAK	Takeda Canada Inc.		
TAR	Taro Pharmaceuticals Inc.		
TEV	Teva Canada Limited		
TLI	Labs Laboratoire Trianon		
TMP	Teva Canada Innovation		
TOL	Tolmar International Ltd.		
TPH	TaroPharma, Divison of Taro Pharmaceuticals		
TRB	Tillotts Pharma AG		
TVX	Tanvex BioPharma USA, Inc.		
UCB	UCB Canada Inc.		
UJC	Upjohn Canada ULC		
UGX	Ultragenyx Canada Inc.		
UTC	United Therapeutics Corporation		
VAL	Valeo Pharma Inc		
VFM	Vifor Fresenius Medical Care Renal Pharma Ltd.		
VIV	ViiV Healthcare ULC		
VLH	Lundbeck Canada Inc.		
VRT	Verity Pharmaceuticals		

ANNEXE II

Préparations extemporanées (préparations magistrales)

Une préparation extemporanée (préparation magistrale) est définie comme un médicament ou un mélange de médicaments préparé ou composé par une pharmacie selon les ordres du prescripteur.

Tout produit ou médicament manipulé conformément à son mode d'emploi (p. ex. mélange, reconstitution, remplissage d'une seringue) n'est pas considéré comme préparation extemporanée.

Médicaments admissibles

Préparations magistrales de gouttes ophtalmiques

La politique relative aux préparations magistrales de gouttes ophtalmiques est décrite [ici](#).

Autres préparations magistrales

Pour être admissible, la préparation magistrale doit répondre à l'un des critères suivants :

1. Contenir au moins un médicament assuré à titre régulier*.
2. Contenir au moins un médicament nécessitant une autorisation spéciale pour lequel une approbation a été accordée.
3. Contenir une combinaison de médicaments assurés à titre régulier* et de médicaments nécessitant une autorisation spéciale pour lesquels une approbation a été accordée.
4. Être une préparation magistrale qui a été approuvée par l'entremise d'une autorisation spéciale.

* Les médicaments assurés à titre régulier comprennent les médicaments inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick qui ne nécessitent pas d'autorisation spéciale, ainsi que les médicaments et les ingrédients utilisés dans les préparations magistrales indiquées ci-dessous.

Médicaments non admissibles

La préparation magistrale n'est pas un médicament admissible si l'une des situations suivantes s'applique :

1. Un autre produit est offert sur le marché.
2. La préparation contient un médicament ou un produit qui figure sur la liste des exclusions du Formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.
3. La préparation est réalisée selon une recette exclusive à partir d'une liste d'ingrédients qui n'a pas été divulguée.
4. La préparation contient un médicament dont la présentation n'est pas admissible (p. ex., poudre plutôt que comprimés), sauf dans les cas où une autorisation spéciale a été accordée.
5. Il s'agit d'une préparation d'hormones bio-identiques réalisée sur mesure.

Pénurie de produits

Lorsqu'il existe une pénurie ou un manque de produit autorisé normalement disponible et que, selon le professionnel de la santé, ce produit est médicalement nécessaire, le produit peut être préparé en pharmacie, exclusivement pendant la période de pénurie ou de manque d'approvisionnement. (Politique sur la fabrication et la préparation en pharmacie de produits pharmaceutiques au Canada Inspectorat de la Direction générale des produits de santé et des aliments, 26 janvier 2009).

Préparations extemporanées assurées à titre régulier

Nom du produit/Ingrédient	PIN	Plans
Anthraline, poudre en composés pour application topique	00901113	ACDEFGV
Disulfiram, poudre	00999087	ACDEFG
Hydrochlorothiazide, poudre et subst. en susp. pour usage par voie orale	00999106	ACDEFGV
Hydrocortisone, poudre (concentration > 0,5 %) pour application topique	00990841	ACDEFGV
LCD (Solution de goudron de houille) pour application topique	00358495	ACDEFGV
Meclizine, poudre	00903076	ACDEFGV
Méthoxsalen, poudre	00903588	ACDEFGV
Prednisone, poudre et suspension pour usage par voie orale	00999108	ACDEFGV
Acide salicylique, en composés pour application topique	00900788	ACDEFGV
Solution saturée d'iodure de potassium	00999105	ACDEFGV
Spironolactone, poudre et subst. en susp. pour usage par voie orale	00999107	ACDEFGV
Soufre, en composés pour application topique	00900826	ACDEFGV

Remarque : Le NIP peut être utilisé pour la soumission des demandes de remboursement visant toute concentration de la préparation extemporanée.

Demandes de remboursement en pharmacie

Des renseignements sur la soumission de demandes de remboursement aux Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick peuvent être consultés en [cliquant ici](#).

- Les demandes de remboursement pour les préparations magistrales doivent être soumises par voie électronique au moyen du DIN/NIP admissible d'au moins un des ingrédients contenus dans la préparation.
- Si une préparation contient à la fois un médicament assuré à titre régulier et un médicament nécessitant une autorisation spéciale, il doit être facturé à l'aide du DIN du médicament nécessitant une autorisation spéciale pour lequel une approbation préalable a été accordée.
- Les demandes de remboursement doivent être identifiées au moyen du code d'intervention de composé non inscrit approprié de l'APhC (version 3).
- Les demandes de remboursement soumises manuellement par les bénéficiaires (qui ont d'abord payé la préparation directement) seront acceptées uniquement pour les préparations assurées à titre régulier. Si la préparation ne contient pas de médicament assuré à titre régulier, la demande de remboursement ne pourra être traitée, à moins qu'une autorisation spéciale ait été accordée.
- Si un fournisseur participant ne soumet pas une demande de remboursement électronique, mais plutôt un reçu à un bénéficiaire pour ensuite soumettre une demande de remboursement manuelle, le fournisseur participant ne doit pas facturer un montant supérieur au montant qui serait payé si la demande était soumise par voie électronique.

Vérifications auprès des pharmacies

- Toutes les demandes de remboursement payées par les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick pourraient faire l'objet d'une vérification et d'un recouvrement.
- Des lettres de vérification visant les préparations magistrales peuvent être envoyées aux fournisseurs pour obtenir des documents attestant les ingrédients utilisés dans la préparation magistrale et le coût d'achat de chaque ingrédient.
- Même s'il est possible de soumettre par voie électronique une demande de remboursement comprenant un DIN/NIP admissible, le paiement pourrait faire l'objet d'un recouvrement si la préparation contient un médicament non admissible.

ANNEXE III

Plan de médicaments du Nouveau-Brunswick Critère d'autorisation spéciale

ABATACEPT (ORENCIA) **Fiole de 250 mg / 15 mL**

Polyarthrite juvénile idiopathique

Pour le traitement des enfants (de 6 à 17 ans) atteints d'une forme active d'intensité modérée à grave de polyarthrite juvénile idiopathique (PJI) qui sont intolérants ou qui ont réagi de façon inadéquate à l'étaNERCEPT.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'abatcept ne sera pas remboursé en combinaison avec un agent inhibiteur du facteur de nécrose tumorale (TNF).
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Injection intraveineuse : La dose intraveineuse est administrée aux semaines 0, 2 et 4, puis toutes les 4 semaines.
- Le traitement initial se limite à un maximum de 16 semaines. Le traitement peut être répété pour les enfants qui ont répondu adéquatement au traitement initial et qui sont victimes d'une poussée d'arthrite.

ABATACEPT (ORENCIA) **Fiole de 250 mg / 15 mL et seringue préremplie de 125 mg/mL**

Polyarthrite Rhumatoïde

Indiqué pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde évolutive modérément à sévèrement active, en association avec du méthotrexate ou d'autres antirhumatismes modificateurs de la maladie (ARMM), chez les patients adultes qui sont réfractaires intolérants ou de contre-indications au :

- méthotrexate (par voie orale ou parentérale), pris seul ou en combinaison avec d'autres ARMM, à une dose de supérieur ou égal à 20 mg par semaine (supérieur ou égal à 15 mg si le patient est âgé de supérieur ou égal à 65 ans) pendant au moins 12 semaines; et
- méthotrexate en association avec au moins deux autres ARMM, tels que l'hydroxychloroquine et la sulfasalazine, pendant au moins 12 semaines.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Une réponse optimale au traitement par ARMM peut prendre jusqu'à 24 semaines. Toutefois, si aucune amélioration n'est perçue après 12 semaines de trithérapie avec ARMM, la couverture peut être envisagée.
3. Si le patient présente une intolérance à la trithérapie avec ARMM, cette dernière doit être décrite et une double thérapie avec ARMM doit être entreprise.
4. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
5. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Infusion intraveineuse : 500 mg pour les patients de inférieur à 60 kg, 750 mg pour les patients de 60-100 kg et 1000 mg pour les patients de supérieur à 100 kg, donné aux semaines 0, 2 et 4 et par la suite toutes les 4 semaines.
- Injection sous-cutanée : une seule dose initiale d'attaque par voie IV pouvant aller jusqu'à 1000 mg peut être administrée, suivie d'une injection sous-cutanée dans un délai d'un jour, et ensuite une injection sous-cutanée de 125 mg une fois par semaine.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

ABÉMACICLIB (VERZENIO) **Comprimés de 50 mg, 100 mg et de 150 mg**

En association avec une endocrinothérapie pour le traitement adjuvant des patients et patientes adultes atteints d'un cancer du sein invasif au stade précoce RH positif et HER2 négatif, ayant subi une résection et étant à risque élevé de récurrence, qui répond à l'un des critères suivants :

- Atteinte au stade pathologique d'au moins 4 ganglions lymphatiques axillaires ipsilatéraux; ou
- Atteinte au stade pathologique de 1 à 3 ganglions lymphatiques axillaires ipsilatéraux et au moins l'un des critères suivants :

- Classification histologique de 3
- Tumeur principale d'au moins 5 cm
- Indice de prolifération Ki-67 d'au moins 20 %

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient n'a pas connu de récurrence de la maladie.

Notes cliniques :

1. Le patient doit avoir un bon indice de performance et ne présenter aucun signe de cancer métastatique ou de cancer inflammatoire du sein.
2. Le patient doit avoir subi une opération chirurgicale définitive de la tumeur primitive du sein dans les 16 mois précédant le début du traitement.
3. Le traitement par l'abémaciclib doit être interrompu dans le cas d'une récurrence de la maladie ou d'une toxicité inacceptable ou après la fin de la période de traitement de 2 ans, selon la première de ces éventualités.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour les patients ayant reçu un traitement antérieur par un inhibiteur des kinases 4 et 6 dépendantes des cyclines (CDK4 et CDK6) ou par l'olaparib ne sont pas admissibles.
- Période d'approbation : 1 an.

ABOBOTULINUMTOXINA (DYSPORT THERAPEUTIC) 300 et 500 unités par fiole

1. Pour le traitement de la dystonie cervicale (torticollis spasmodique) chez les adultes.
2. Pour le traitement de la spasticité focale du membre supérieur et inférieur chez les adultes.
3. Pour le traitement de la spasticité des membres inférieurs chez les enfants âgés de 2 ans et plus.

ABROCITINIB (CIBINQO) Comprimés de 50 mg, 100 mg et de 200 mg

Pour le traitement de la dermatite atopique (DA) modérée à grave chez les patients âgés de 12 ans et plus qui répondent à tous les critères suivants :

- Sont réfractaires ou présentent des contre-indications à un essai adéquat de traitements topiques sur ordonnance combinés à une photothérapie (lorsqu'elle est disponible);
- Sont réfractaires, intolérants ou présentent des contre-indications à un essai adéquat de traitements topiques sur ordonnance en association avec le méthotrexate, la cyclosporine, l'acide mycophénolique ou l'azathioprine;
- Ont un score initial d'évaluation globale du médecin de 3 ou plus et un indice de zone et de gravité de l'eczéma de 7,1 ou plus.

Critères de renouvellement :

- Les demandes de renouvellement doivent fournir la preuve des bienfaits cliniques définis comme une amélioration de 75 % ou plus par rapport à la valeur initiale de l'indice de zone et de gravité de l'eczéma (EASI-75) six mois après le début du traitement.
- Une preuve du maintien de la réponse EASI-75 par rapport à la valeur initiale doit être fournie pour les autorisations subséquentes.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue, un pédiatre ou un immunologiste clinique ayant de l'expérience dans le traitement de la DA modérée à grave.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament immunomodulateur (p. ex., des médicaments biologiques ou des inhibiteurs de Janus kinase) pour le traitement de la DA modérée à grave ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 200 mg par jour.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

ACALABRUTINIB (CALQUENCE) Capsule et comprimé de 100 mg

1. En monothérapie pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique (LLC)/du lymphome à petits lymphocytes (LPL) chez les patients adultes n'ayant jamais été traités auparavant et pour qui le traitement à base de fludarabine est considéré comme inapproprié en raison des risques élevés d'anomalies cytogénétiques (c.-à-d., une délétion 17p, une mutation TP53 ou un IGHV non muté).
2. En monothérapie pour le traitement des patients adultes atteints d'une leucémie lymphoïde chronique (LLC) récidivante/d'un lymphome à petits lymphocytes (LPL) récidivant ayant reçu au moins un traitement antérieur.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que la patiente répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. La patiente doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être interrompu en cas de progression de la maladie ou de toxicité inacceptable.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas prises en considération dans le cas des patients dont la maladie a évolué pendant un traitement avec un inhibiteur de la tyrosine kinase de Burton (BTK) ou Idélalisib.
- Période d'approbation : 1 an.

ACETATE DE NORÉTHINDRONE (NORLUTATE)

Comprimé de 5 mg

Pour le traitement des saignements utérins anormaux chez les patientes qui ne peuvent pas recevoir d'autres traitements hormonaux.

ACIDE OBÉTICHOLOGIQUE (OCALIVA)

Comprimés de 5 mg et de 10 mg

Pour le traitement de la cholangite biliaire primitive (CBP) chez les adultes, dans l'une des deux situations suivantes :

- En association avec l'acide ursodésoxycholique (AUDC) chez les patients ayant présenté une réponse inadéquate à un traitement d'au moins 12 mois par l'AUDC.
- En monothérapie chez les patients présentant une intolérance non traitable à l'AUDC.

Exigences relatives aux demandes initiales :

- Les taux de phosphatases alcalines (PAL) et de bilirubine mesurés avant le début du traitement par l'acide obétichologique doivent être fournis.

Critère de renouvellement :

- Les demandes de renouvellement seront prises en considération pour les patients qui ont:
 - une réduction du taux de PAL à moins de 1,67 fois la limite supérieure de la normale (LSN); ou
 - une réduction d'au moins 15 % du taux de PAL par rapport au départ (c.-à-d. avant le début du traitement par l'acide obétichologique).

Notes cliniques :

1. Le diagnostic doit être confirmé par la présence d'anticorps antimitocondries ou par une biopsie hépatique mettant en évidence une CBP.
2. Une réponse inadéquate est définie comme suit :
 - Taux de PAL \geq 1,67 fois la LSN, ou
 - Taux de bilirubine $>$ LSN et $<$ 2 fois la LSN, ou
 - Signe de cirrhose compensée
3. Des détails doivent être fournis dans le cas des patients qui présentent une intolérance non traitable à l'AUDC.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un gastroentérologue, un hépatologue ou un autre médecin ayant l'expérience du traitement de la CBP.
- Période d'approbation: 12 mois.

ADALIMUMAB

Abrilada seringue préremplie de 20 mg / 0,4 mL, auto-injecteur et seringue préremplie de 40 mg / 0,8 mL

Amgevita seringue préremplie de 20 mg / 0,4 mL, auto-injecteur et seringue préremplie de 40 mg / 0,8 mL

Hadlima auto-injecteur et seringue préremplie de 40 mg / 0,4 mL

Hadlima auto-injecteur et seringue préremplie de 40 mg / 0,8 mL

Hulio seringue préremplie de 20 mg / 0,4 mL, auto-injecteur et seringue préremplie de 40 mg / 0,8 mL

Hyrimoz seringue préremplie de 20 mg / 0,2 mL, auto-injecteur et seringue préremplie de 40 mg / 0,4 mL, auto-injecteur et seringue préremplie de 80 mg / 0,8 mL

Hyrimoz seringue préremplie de 20 mg / 0,4 mL, auto-injecteur et seringue préremplie de 40 mg / 0,8 mL

Idacio auto-injecteur et seringue préremplie de 40 mg / 0,8 mL

Simlandi auto-injecteur et seringue préremplie de 40 mg / 0,4 mL, seringue préremplie de 80 mg / 0,8 mL

Yuflyma auto-injecteur et seringue préremplie de 40 mg / 0,4 mL, auto-injecteur et seringue préremplie de 80 mg / 0,8 mL

Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire

Pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.

- Une quantité maximale de 40 mg toutes les deux semaines sera approuvée.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Arthrite psoriasique

Pour le traitement de l'arthrite psoriasique évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Une quantité maximale de 40 mg toutes les deux semaines sera approuvée.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Colite ulcéreuse

Pour le traitement de la colite ulcéreuse modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin spécialisé en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques, avec des inhibiteurs de Janus kinases ou avec des modulateurs des récepteurs de la sphingosine 1-phosphate ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour un maximum de 160 mg, suivi de 80 mg deux semaines plus tard, puis de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 8 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Hidradénite suppurée

Pour le traitement de l'hidradénite suppurée modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue ou un médecin expérimenté dans le traitement de l'hidradénite suppurée.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité maximum de 160 mg, suivie par une quantité de 80 mg deux semaines plus tard, et de 40 mg toutes les semaines, quatre semaines après la dose initiale.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Maladie de Crohn

Pour le traitement de la maladie de Crohn modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin spécialisé en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité maximum de 160 mg, suivie par une quantité de 80 mg deux semaines plus tard, et de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Polyarthrite rhumatoïde

Pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Psoriasis en plaques

Pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à grave chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 80 mg suivie d'une dose de 40 mg une semaine plus tard, puis 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Spondylarthrite ankylosante

Pour le traitement de la spondylarthrite ankylosante évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Uvéite

Pour le traitement de l'uvéite non infectieuse chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un ophtalmologiste.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 80 mg suivie d'une dose de 40 mg une semaine plus tard, puis 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

AFATINIB (GIOTRIF et marque générique)

Comprimés pelliculés de 20 mg, 30 mg et de 40 mg

Pour le traitement de première intention du cancer du poumon non à petites cellules localement avancé (ne se prêtant pas à un traitement curatif) ou métastatique avec mutation de l'EGFR.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement.

Note clinique :

- Les patients doivent présenter un bon indice fonctionnel.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les approbations seront pour une dose maximale de 40 mg par jour.
- Période d'approbation : 1 an.

AFLIBERCEPT (EYLEA)

Solution de 40 mg/mL pour injection intravitréenne

Œdème maculaire diabétique

Pour le traitement de l'œdème maculaire diabétique chez les patients qui répondent aux critères suivants :

- Œdème maculaire diabétique atteignant le centre de la macula et important du point de vue clinique pour lequel la photocoagulation par laser est également indiquée
- Épaisseur rétinienne centrale de 250 micromètres ou plus

Notes pour les demandes de règlement :

- Une demande de règlement initiale pouvant comprendre jusqu'à deux flacons (un flacon par œil traité) sera automatiquement remboursée si le médicament est prescrit par un ophtalmologiste au Nouveau-Brunswick. Si un traitement en continu est nécessaire, une demande d'autorisation spéciale doit être soumise.
- Les approbations concerneront un maximum d'un flacon par œil tous les 30 jours.
- Période d'approbation : 1 an. Une confirmation de la réponse continue est requise.

Forme néovasculaire (humide) de la dégénérescence maculaire liée à l'âge

Pour le traitement de la forme néovasculaire (humide) de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).

Critères d'arrêt du traitement :

- Réduction de la meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) dans l'œil traité de 15 lettres ou plus lors de deux visites consécutives, attribuable à la DMLA en l'absence d'une autre maladie, ou
- Réduction de la MAVC dans l'œil traité de 30 lettres ou plus par rapport à la mesure de référence et/ou au meilleur résultat enregistré, ou
- Signe de détérioration de la morphologie de la lésion malgré un traitement optimal lors de trois visites consécutives.

Note clinique :

- La MAVC doit être fournie avec la demande initiale et avec les demandes de renouvellement subséquentes.

Notes pour les demandes de règlement :

- Une demande de règlement initiale pouvant comprendre jusqu'à deux flacons (un flacon par œil traité) sera automatiquement remboursée si le médicament est prescrit par un ophtalmologiste au Nouveau-Brunswick. Si un traitement en continu est nécessaire, une demande d'autorisation spéciale doit être soumise.
- Les approbations concerneront un maximum d'un flacon par œil tous les 30 jours.
- Période d'approbation : 1 an.

Œdème maculaire à la suite d'une occlusion veineuse rétinienne

Pour le traitement de l'œdème maculaire secondaire à une occlusion de la veine centrale de la rétine ou à une occlusion de la branche veineuse rétinienne.

Notes pour les demandes de règlement :

- Une demande de règlement initiale pouvant comprendre jusqu'à deux flacons (un flacon par œil traité) sera automatiquement remboursée si le médicament est prescrit par un ophtalmologiste au Nouveau-Brunswick. Si un traitement en continu est nécessaire, une demande d'autorisation spéciale doit être soumise.
- Les approbations concerneront un maximum d'un flacon par œil tous les 30 jours.
- Période d'approbation : 1 an. Une confirmation de la réponse continue est requise.

ALECTINIB (ALECENSARO)

Capsule de 150 mg

Pour le traitement des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules ALK (*anaplastic lymphoma kinase*)-positif, localement avancé (pour lequel il n'existe aucun traitement curatif) ou métastatique :

- en tant que traitement de première ligne, ou
- à la suite de la progression de la maladie avec crizotinib, ou en cas d'intolérance à ce dernier.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement.

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté en cas de progression cliniquement significative de la maladie ou d'effets toxiques inacceptables.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant le alectinib ne seront pas admissibles dans le cas des patients dont la maladie a progressé avec un inhibiteur de l'ALK autre que le crizotinib.
- Aucun autre traitement avec un inhibiteur de l'ALK ne sera remboursé à la suite d'une progression de la maladie avec le alectinib.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

ALGLUCOSIDASE ALFA (MYOZYME)

Fiole de 50 mg

Indiqué pour le traitement de la maladie de Pompe infantile qui se manifeste par l'apparition de symptômes et un diagnostic confirmé de myocardiopathie dans les 12 premiers mois de vie.

Suivi du traitement

Le suivi des indicateurs de la gravité de la maladie et de la réaction au traitement doit, à tout le moins, comprendre:

1. Poids, longueur et circonférence de la tête;
2. Besoin d'aide ventilatoire, notamment supplément d'oxygène, appareil de pression passive expiratoire continue (CPAP), appareil de pression positive expiratoire à deux niveaux (BiPAP) ou intubation endotrachéale et ventilation;

3. Indice de masse du ventricule gauche déterminé par échocardiographie (non pas par un ECG seul);
4. Consultations périodiques en cardiologie;
5. Consultations périodiques en pneumologie.

Abandon du traitement

1. Les patients admissibles au remboursement du coût du traitement à l'alpha-glucosidase alfa doivent accepter de participer à une évaluation à long terme de l'efficacité du traitement en subissant des examens médicaux périodiques. Le défaut de se soumettre aux examens médicaux recommandés et aux enquêtes pourrait faire en sorte de rendre le patient inadmissible au remboursement du médicament.
2. La nécessité de poursuivre un traitement de soins ventilatoires invasif après avoir commencé un traitement de substitution doit être considéré comme un échec du traitement. Le financement d'un traitement de substitution doit être arrêté dans les 6 mois suivant l'introduction d'un ventilateur quand les bébés ne réussissent pas à respirer sans ventilateur ou quand leur état se détériore davantage.
3. La détérioration de la fonction cardiaque, mise en évidence par un échec de l'hypertrophie ventriculaire gauche (comme l'indique l'indice de masse ventriculaire gauche), par plus d'une unité Z=1, ou des résultats cliniques ou des résultats à l'échocardiogramme de dysfonction systolique ou diastolique sans signe d'amélioration, malgré un traitement de substitution s'échelonnant sur 24 semaines, doit être considérée comme un échec du traitement et le financement pour le traitement de substitution doit être arrêté.

ALIROCUMAB (PRALUENT)

Auto-injecteurs de 75 mg/mL, 150 mg/mL et de 300 mg / 2 mL

Pour le traitement de l'hypercholestérolémie familiale (HF) hétérozygote chez les patients adultes qui doivent obtenir une diminution supplémentaire du taux de cholestérol à lipoprotéines de faible densité (C-LDL), si les critères suivants sont respectés :

- Diagnostic probable ou définitif d'HF hétérozygotes à l'aide des critères de Simon Broome ou du Dutch Lipid Network, ou d'un test génétique;
- Le patient n'arrive pas à atteindre la cible souhaitée pour le taux de C-LDL (moins de 2 mmol/L ou au moins une diminution de 50 % du taux de C-LDL par rapport à la valeur observée avant le traitement) malgré une adhésion au traitement confirmé d'au moins 3 mois avec :
 - une statine à dose élevée (p. ex., atorvastatine 80 mg, rosuvastatine 40 mg) en association avec ézétimibe; ou
 - ézétimibe seul, si une forte dose de statine n'est pas possible en raison d'une rhabdomyolyse, d'une contre-indication ou d'une intolérance.

Critère de renouvellement initial :

- Une diminution du taux de C-LDL d'au moins 40 % par rapport à la valeur observée avant le traitement ou atteinte du taux de C-LDL cible de 2 mmol/L.

Critère de renouvellement subséquent :

- Le patient doit continuer de maintenir une diminution du taux de C-LDL de 40 % par rapport à la valeur observée avant le traitement ou avoir atteint un taux de C-LDL cible de 2 mmol/L.

Notes cliniques :

1. Les taux de C-LDL doivent être fournis.
2. L'intolérance à une statine à dose élevée sera considérée si le patient présente une myopathie ou des biomarqueurs anormaux documentés (c.-à-d., créatinine kinase plus élevée que 5 fois la limite supérieure de la normale) après un essai d'au moins deux statines, et
 - pour chaque statine, une réduction de la dose a été tentée plutôt qu'un arrêt de la statine, et l'intolérance a été réversible au moment de l'arrêt de la statine, mais est réapparue lors de la reprise du traitement avec la statine (lorsqu'approprié du point de vue clinique); et
 - au moins une statine a été instaurée à la plus faible de dose quotidienne de départ; et
 - les autres causes d'intolérance ont été éliminées.
3. Les détails doivent être fournis pour les patients qui ne peuvent pas prendre d'ézétimibe en raison d'une intolérance ou d'une contre-indication.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les approbations seront pour une quantité maximum de 300 mg chaque 4 semaines.
- Période d'approbation : 6 mois.
- Période de renouvellement : 1 an.

ALTEPLASE (CATHFLO)

Fiole de 2 mg

Pour le traitement de l'occlusion du cathéter veineux central chez les patients qui reçoivent une hémodialyse à domicile.

**AMBRISANTAN (VOLIBRIS et marques génériques)
Comprimés de 5 mg et de 10 mg**

Pour le traitement des patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) du groupe 1, de classe fonctionnelle III ou IV de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Note clinique :

- Le diagnostic d'HAP doit être confirmé par cathétérisme cardiaque droit.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin possédant de l'expérience dans le traitement de l'HAP.
- L'utilisation combinée de plus d'un antagoniste des récepteurs de l'endothéline ne sera pas remboursée.
- La dose maximale de ambrisentan remboursée sera de 10 mg une fois par jour.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme.

**AMIFAMPRIDINE (FIRDAPSE)
Comprimé de 10 mg**

Pour le traitement du syndrome myasthénique de Lambert-Eaton (SMLE) chez les patients âgés de 18 ans ou plus.

Critère de renouvellement initial :

- Une amélioration d'au moins 30 % au test chronométré du lever de chaise de Mathias (3TUG) par rapport à la mesure de référence.

Critère de renouvellement subséquent :

- Le patient continue de maintenir une amélioration d'au moins 30 % au test 3TUG par rapport à la mesure de référence.

Note clinique :

- Le résultat du test 3TUG doit être fourni au moment de la demande initiale et des demandes de renouvellement.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un neurologue.
- Les autorisations seront accordées jusqu'à une dose quotidienne maximale de 80 mg.
- Période d'approbation initiale : 3 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

**AMIFAMPRIDINE (RUZURGI)
Comprimé de 10 mg**

Pour le traitement du syndrome myasthénique de Lambert-Eaton (SMLE) chez les patients âgés de 6 ans ou plus.

Critère de renouvellement initial :

- Une amélioration d'au moins 30 % au test chronométré du lever de chaise de Mathias (3TUG) par rapport à la mesure de référence.

Critère de renouvellement subséquent :

- Le patient continue de maintenir une amélioration d'au moins 30 % au test 3TUG par rapport à la mesure de référence.

Note clinique :

- Le résultat du test 3TUG doit être fourni au moment de la demande initiale et des demandes de renouvellement.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un neurologue.
- Les autorisations seront accordées jusqu'à une dose quotidienne maximale de 40 mg pour les patients pesant moins de 45 kg et de 100 mg pour les patients pesant 45 kg ou plus.
- Période d'approbation initiale : 3 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

**AMLODIPINE (pdp-AMLODIPINE)
Solution orale de 1 mg/mL**

Pour les patients dont les médicaments doivent être administrés au moyen d'une sonde d'alimentation ou les patients pédiatriques lorsque les comprimés ou capsules oraux ne sont pas une option.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation: 1 an.

ANIFROLUMAB (SAPHNELO)

Fiole de 300 mg

Pour le traitement des patients adultes atteints de lupus érythémateux disséminé (led) modéré à grave avec expression d'auto-anticorps qui répondent à tous les critères suivants :

- Présentent un score de 6 ou plus à l'indice sledai-2k (systemic lupus erythematosus disease activity index 2000).
- Sont réfractaires aux corticostéroïdes oraux (cso) à une dose d'au moins 10 mg par jour de prednisone ou l'équivalent, en plus du traitement standard.

Critères de renouvellement :

- Réduction de la dose de cso à une dose égale ou inférieure à 7,5 mg par jour de prednisone ou l'équivalent; et
- Réduction de l'activité de la maladie mesurée par :
 - Une réduction du score à l'indice sledai-2k à 5 ou moins; ou
 - Une amélioration du score à l'indice BILAG-2004 (british isles lupus assessment group-2004) dans les systèmes organiques touchés et aucune nouvelle aggravation dans les autres systèmes organiques.

Critère visant les renouvellements subséquents :

- Maintien de la réponse initiale obtenue après les 12 premiers mois de traitement par l'anifrolumab.

Notes cliniques :

1. Le traitement standard correspond à l'utilisation d'un médicament immunosuppresseur (p. Ex., rituximab, hydroxychloroquine, acide mycophénolique ou azathioprine), avec ou sans ains.
2. Un score initial à l'indice sledai-2k doit être fourni. Si le score BILAG-2004 est utilisé pour l'évaluation lors du renouvellement, une évaluation BILAG-2004 initiale des systèmes organiques doit également être fournie. La même échelle doit être utilisée pour tous les renouvellements subséquents.
3. L'amélioration dans les systèmes organiques correspond à une réduction de tous les scores de niveau sévère (BILAG-2004 a) ou modérément sévère (BILAG-2004 b) à un score de niveau moindre.
4. L'aggravation dans les systèmes organiques correspond à la présence d'au moins un nouvel élément de niveau BILAG-2004 a ou d'au moins deux nouveaux éléments de niveau BILAG-2004 B.

Critères d'exclusion :

- Led neuropsychiatrique grave ou instable.
- Néphrite lupique grave et évolutive.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 300 mg toutes les quatre semaines.
- Période d'approbation : 1 an.

ANTICHOLINERGIQUE À LONGUE DURÉE D'ACTION (ACLA)

Bromure d'aclidinium (Tudorza Genuair poudre pour inhalation de 400 mcg)

Bromure de glycopyrronium (Seebri Breezhaler poudre pour inhalation de 50 mcg)

Bromure de tiotropium (Spiriva et marques générique poudre pour inhalation de 18 mcg, Spiriva Respimat solution pour inhalation de 2,5 mcg)

Bromure d'uméclidinium (Incruse Ellipta poudre pour inhalation de 62,5 mcg)

- Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), définie par la spirométrie, chez les patients :
 - qui présentent des symptômes persistants, définis par un score d'au moins 3 à l'échelle de la dyspnée du Conseil de recherches médicales (CRM) ou par un score d'au moins 10 au test CAT (COPD Assessment test), et dont le VEMS après bronchodilatation est inférieur à 80 % de la valeur théorique; ou
 - qui ont présenté au cours de la dernière année au moins deux exacerbations modérées de la MPOC ayant nécessité un traitement par antibiotiques et/ou corticostéroïdes à action générale; ou
 - qui ont présenté au moins une exacerbation aiguë grave de la MPOC ayant nécessité une hospitalisation.
- Pour le traitement de la MPOC, définie par la spirométrie, en association avec un bêta₂-agoniste à longue durée d'action/corticostéroïde en inhalation (BALA/CSI), chez les patients dont la maladie n'est pas maîtrisée adéquatement malgré un traitement par un BALA/CSI ou un bêta₂-agoniste à longue durée d'action/anticholinergique à longue durée d'action (BALA/ACLA).

Notes cliniques :

1. La MPOC est définie par une spirométrie indiquant un rapport VEMS/CVF après bronchodilatation inférieur à 0,7. Des rapports de spirométrie de toute date seront acceptés. S'il est impossible d'obtenir une spirométrie, les raisons doivent être clairement expliquées et d'autres données attestant de la gravité de la MPOC doivent être fournies (c.-à-d. score à l'échelle de la dyspnée du CRM).
2. Une maladie qui n'est pas maîtrisée adéquatement malgré un traitement par un BALA/ACLA ou un BALA/CSI est définie par la présence de symptômes persistants pendant au moins deux mois ou la manifestation au cours de la dernière année d'au moins deux exacerbations de la MPOC ayant nécessité un traitement par antibiotiques et/ou

corticostéroïdes à action générale ou d'au moins une exacerbation de la MPOC ayant nécessité une hospitalisation.

Note pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant un traitement d'association par des bronchodilatateurs à longue durée d'action (c.-à-d. BALA et ACLA) pris individuellement ne seront pas prises en considération. Les produits associant un BALA et un ACLA dans le même dispositif d'administration requièrent une autorisation spéciale et sont soumis à des critères qui leur sont propres.

APALUTAMIDE (ERLEADA)

Comprimés de 60 mg et 240 mg

Cancer de la prostate métastatique sensible à la castration

En association avec un traitement anti-androgénique (TAA) pour le traitement des patients souffrant d'un cancer de la prostate métastatique sensible à la castration (CPSCm) qui n'ont jamais eu de TAA ou qui sont dans les 6 mois du début d'un TAA, pour un cancer métastatique.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent avoir un bon indice de performance et aucun facteur de risque de crise d'épilepsie.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas admissibles pour les patients qui sont à moins d'un an de la fin d'un traitement anti-androgénique d'appoint dans un contexte non métastatique.
- Les demandes ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement par darolutamide ou enzalutamide.
- Période d'approbation : 1 an

Cancer de la prostate non métastatique androgéno-indépendant

En association avec un traitement anti-androgénique (TAA) pour le traitement des patients souffrant d'un cancer de la prostate résistant à la castration (CPRC) qui respecte les critères suivants :

- Aucune métastase distante détectable par tomodensitogramme, imagerie par résonance magnétique ou scintigraphie osseuse au technétium 99m.
- Temps de doublement de l'antigène prostatique spécifique (APS) inférieur ou égal à 10 mois pendant un TAA continu (c'est-à-dire un risque élevé de développer des métastases).

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique, selon les résultats radiographiques, que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. La résistance à la castration doit être démontrée pendant le TAA continu et est définie comme un minimum de trois élévations de l'APS, mesurées à au moins une semaine d'intervalle, où la dernière mesure d'APS est supérieure à 2 µg/L.
2. Les taux de testostérone correspondant à la castration doivent être maintenus tout au long du traitement avec l'apalutamide.
3. Les patients doivent avoir un bon indice de performance et aucun facteur de risque de crise d'épilepsie.
4. Le traitement doit être arrêté en cas de confirmation radiographique que la maladie a progressé ou d'effets toxiques inacceptables.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant l'apalutamide ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement avec l'enzalutamide ou le darolutamide.
- Période d'approbation : 1 an

APRÉPITANT (EMEND)

Capsules de 80 mg et de 125 mg

Emballage de trois capsules (capsules de 2x80 mg + capsule de 125 mg)

En association avec un antagoniste des récepteurs 5-HT₃ et la dexaméthasone pour la prévention des nausées et des vomissements immédiats et différés chez les patients qui reçoivent :

- une chimiothérapie hautement émétisante;
- une chimiothérapie modérément émétisante et qui ne sont pas parvenus à maîtriser adéquatement les symptômes avec un antagoniste des récepteurs 5-HT₃ et la dexaméthasone lors d'un cycle antérieur.

Note pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par les hématologues, les oncologues, les clinicien(ne)s adjoint(e)s en oncologie ou les omnipraticien(nes) en oncologie détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.

ARIPIRAZOLE (ABILIFY MAINTENA)

Fioles de 300 mg et de 400 mg

Pour le traitement chez les patients qui :

- ne respectent pas la posologie d'un antipsychotique oral; ou
- reçoivent actuellement un antipsychotique injectable à longue durée d'action et qui ont besoin d'un autre antipsychotique injectable à longue durée d'action.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour le traitement des symptômes psychotiques associés à la démence ne seront pas admissibles.
- Période d'approbation : long terme.

ASCIMINIB (SCEMBLIX)

Comprimés de 20 mg et de 40 mg

Pour le traitement des patients adultes atteints de leucémie myéloïde chronique (LMC) en phase chronique (PC) et porteurs du chromosome Philadelphie (Ph+), qui présentent une résistance ou une intolérance à au moins deux inhibiteurs de tyrosine kinase et ne présentent aucun signe de mutations T315i ou V299L.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice fonctionnel.
2. Le traitement doit être interrompu en cas de progression de la maladie ou de toxicité inacceptable.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas prises en considération dans le cas des patients atteints de LMC en phase accélérée ou blastique.
- Période d'approbation : 1 an.

ASÉNAPINE (SAPHRIS)

Comprimés sublinguaux de 5 mg et de 10 mg

Pour le traitement de courte durée du trouble bipolaire de type I, soit :

1. en monothérapie, après une réponse inadéquate à l'essai d'un traitement par le lithium ou le divalproex sodique, chez les patients ayant des antécédents de réponse inadéquate ou d'intolérance à au moins un antipsychotique moins coûteux; ou
2. en association avec le lithium ou le divalproex sodique, chez les patients ayant des antécédents de réponse inadéquate ou d'intolérance à au moins un antipsychotique moins coûteux.
3. Les demandes seront considérées pour les personnes présentement inscrites dans les Régimes ACDEFGV.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : long terme.

ASFOTASE ALFA (STRENSIQ)

Fiole à usage unique de 18 mg / 0,45 mL, 28 mg / 0,7 mL, 40 mg / 1 mL et de 80 mg / 0,8 mL

Pour les traitements des patients atteints d'hypophosphatasie de forme périnatale, infantile ou juvénile.

Note clinique :

- L'admissibilité au traitement de l'hypophosphatasie est établie par le comité d'experts cliniques canadien sur l'hypophosphatasie. Veuillez communiquer avec les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick au 1-800-332-3691 pour obtenir le formulaire de demande.

Note pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un spécialiste en médecine métabolique ayant de l'expérience du diagnostic et de la gestion de l'hypophosphatasie.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

ATOGÉPANT (QULIPTA) **Comprimés de 10 mg, 30 mg et de 60 mg**

Pour la prévention de la migraine chez les patients adultes ayant reçu un diagnostic confirmé de migraines épisodiques ou chroniques et qui sont réfractaires ou intolérants ou qui présentent une contre-indication à au moins deux catégories de médicaments prophylactiques oraux contre la migraine.

Critères de renouvellement :

- Une réduction d'au moins 50 % du nombre moyen de jours de migraine par mois au moment du premier renouvellement par rapport à la situation initiale.
- Lors des renouvellements suivants, le patient maintient une réduction d'au moins 50 % du nombre moyen de jours de migraine par mois.

Notes cliniques :

1. Le nombre moyen de jours de céphalée et de jours de migraine par mois doit être précisé au moment de la demande initiale et des demandes de renouvellement.
2. Selon les critères de l'International Headache Society, les migraines épisodiques et chroniques se définissent ainsi :
 - Migraines épisodiques : au moins 4 jours de céphalée migraineuse par mois et moins de 15 jours de céphalée par mois sur une période de plus de 3 mois.
 - Migraines chroniques : au moins 8 jours de céphalée migraineuse par mois et plus de 15 jours de céphalée par mois sur une période de plus de 3 mois.

Notes pour les demandes de règlement :

- L'utilisation combinée avec d'autres antagonistes du récepteur du peptide lié au gène de la calcitonine (CGRP) ne sera pas remboursée.
- La dose maximale remboursée est de 60 mg par jour.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

AXITINIB (INLYTA) **Comprimés de 1 mg et de 5 mg**

1. En association avec le pembrolizumab pour le traitement des patients atteints d'un adénocarcinome rénal (AR) avancé ou métastatique qui n'ont jamais reçu de traitement à action générale pour un AR avancé.
2. En monothérapie comme traitement de deuxième intention d'un AR avancé ou métastatique à la suite de la progression de la maladie pendant :
 - un traitement par un inhibiteur de la tyrosine kinase associée au récepteur du facteur de croissance de l'endothélium vasculaire (VEGFR) (c.-à-d., le sunitinib ou le pazopanib); ou
 - une immunothérapie en association avec un traitement par un inhibiteur de la tyrosine kinase (c.-à-d., le pembrolizumab en association avec le lenvatinib ou le nivolumab en association avec le cabozantinib).
3. En monothérapie comme traitement de troisième intention d'un AR avancé ou métastatique à la suite de la progression de la maladie pendant une immunothérapie de première intention (c.-à-d., le nivolumab en association avec l'ipilimumab) ou un traitement de deuxième intention par un inhibiteur de la tyrosine kinase associée au VEGFR (c.-à-d., le sunitinib ou le pazopanib).

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant l'axitinib ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement par le cabozantinib ou le nivolumab en monothérapie.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

AZACITIDINE (ONUREG) **Comprimés de 200 mg et de 300 mg**

Pour le traitement d'entretien des patients adultes qui ont reçu un diagnostic récent de leucémie myéloïde aiguë (de novo ou secondaire suivant un diagnostic antérieur de SMD ou de LMMC) et qui répondent à tous les critères suivants :

- Risque cytogénétique intermédiaire ou faible;

- Rémission complète (RC) ou une rémission complète avec rétablissement hématologique incomplet (RCi) suivant un traitement d'induction, avec ou sans traitement de consolidation, dans les quatre mois précédents;
- N'est pas admissible à recevoir une greffe de cellules souches hématopoïétiques.

Critère de renouvellement :

- Une confirmation écrite que le patient est toujours en rémission complète ou en rémission complète avec rétablissement hématologique incomplet.

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté en cas de rechute de la maladie (c.-à-d. apparition de plus de 5 % de blastes dans la moelle osseuse ou dans le sang périphérique), d'effets toxiques inacceptables ou si le patient devient admissible à une greffe allogénique de moelle osseuse ou de cellules souches.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement par un agent hypométylant.
- Les approbations seront pour une dose quotidienne maximale de 300 mg pendant 14 jours par cycle de 28 jours. Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

AZITHROMYCINE (marques génériques) Comprimé de 600 mg

Pour la prévention des infections disséminées à *Mycobacterium Avium Intracellulare* (MAI) chez les personnes souffrant d'une infection à VIH qui sont grandement immunodéprimés à des niveaux CD4 <0,1 x 10⁹/L.

AZTRÉONAM (CAYSTON) Poudre pour inhalation de 75 mg

Pour le traitement des infections pulmonaires chroniques causées par la bactérie *Pseudomonas aeruginosa* chez les personnes atteintes d'une forme modérée à grave de fibrose kystique dont l'état clinique se détériore malgré un traitement de tobramycine pour inhalation.

Note clinique :

- Le traitement cyclique est calculé par cycles de 28 jours et il compte 28 jours de traitement suivis par 28 jours sans traitement.

Notes pour les demandes de règlement :

- L'utilisation combinée d'aztréonam avec d'autres antibiotiques pour inhalation (p. ex. tobramycine, lévofloxacine), soit de façon concomitante ou durant les périodes sans traitement (dans le cadre de l'administration cyclique d'antibiotiques), ne sera pas remboursée.
- Les demandes des personnes inscrites aux Plans ACDEFGV seront examinées.

BARICITINIB (OLUMIANT) Comprimé de 2 mg

Indiqué pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérément à fortement évolutive, en association avec du méthotrexate ou d'autres antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM), chez les patients adultes qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication au :

- méthotrexate (par voie orale ou parentérale), pris seul ou en association avec d'autres ARMM, à une dose supérieure ou égale à 20 mg par semaine (supérieure ou égale à 15 mg si le patient est âgé 65 ans ou plus) pendant au moins 12 semaines; et
- méthotrexate en association avec au moins deux autres ARMM, tels que l'hydroxychloroquine et la sulfasalazine, pendant au moins 12 semaines.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Une réponse optimale au traitement par ARMM peut prendre jusqu'à 24 semaines. Toutefois, si aucune amélioration n'est perçue après 12 semaines de trithérapie avec ARMM, la couverture peut être envisagée.
3. Si le patient présente une intolérance à la trithérapie avec ARMM, cette dernière doit être décrite et une double thérapie avec ARMM doit être entreprise.
4. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
5. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Quantité maximale approuvée : 2 mg une fois par jour.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Une confirmation de la réponse au traitement est requise.

BÉLIMUMAB (BENLYSTA)
Fiole de 120 mg et de 400 mg
Auto-injecteur de 200 mg/mL

Indiqué en appoint au traitement pour les patients adultes souffrant de néphrite lupique active qui répondent à tous les critères suivants :

- Classe III, IV ou V selon la International Society of Nephrology/Renal Pathology Society
- Avoir entrepris un traitement d'induction standard dans les 60 derniers jours
- Avoir un taux de filtration glomérulaire estimé [eGFR] ≥ 30 mL/min/1,73 m²

Critères visant le renouvellement initial :

Le patient doit répondre à tous les critères suivants :

- Réduction de la dose de glucocorticoïde à $\leq 7,5$ mg/jour de prednisone ou l'équivalent.
- Un eGFR ≥ 60 mL/min/1,73 m², ou pas plus de 20 % en dessous de la valeur avant la poussée rénale (c.-à-d. la valeur avant la poussée).
- Une protéinurie inférieure à 0,7 g/24 heures après :
 - 12 mois de traitement si la valeur de départ de la protéinurie était $< 3,5$ g/24 heures; ou
 - 18 à 24 mois de traitement si la valeur de départ de la protéinurie était comprise dans la gamme néphrotique ($> 3,5$ g/24 heures).

Critère visant les renouvellements subséquents :

- Maintien de la réponse initiale obtenue après les 12 premiers mois de traitement par bélimumab.

Notes cliniques :

1. La mesure initiale du eGFR et du ratio protéines/créatinine urinaire (p.ex., protéinurie) doit être fournie avec la demande initiale et avec les demandes de renouvellement subséquentes. Les demandes initiales doivent aussi inclure le eGFR précédant la poussée rénale.
2. Le traitement d'induction est défini comme une combinaison de corticostéroïdes et de cyclophosphamide ou de mycophénolate.

Critère d'exclusion :

- eGFR inférieur à 30 mL/min/1,73 m².

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un néphrologue ou un rhumatologue ayant l'expérience de la prise en charge de la néphrite lupique.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ne sera pas remboursée.
- Injection intraveineuse : Les approbations seront pour une dose maximale de 10 mg/kg toutes les deux semaines pour les trois premières doses et toutes les 4 semaines par la suite.
- Injection sous-cutanée : Les approbations seront pour une dose maximale de 400 mg par semaine pour 4 doses et de 200 mg par semaine par la suite.
- Période d'approbation : 1 an.

BELZUTIFAN (WELIREG)
Comprimé de 40 mg

Pour le traitement des patients adultes atteints de la maladie de von Hippel-Lindau qui doivent recevoir un traitement contre un adénocarcinome rénal non métastatique, des hémangioblastomes du système nerveux central ou des tumeurs neuroendocrines pancréatiques non métastatiques associés à cette maladie qui ne nécessitent pas d'intervention chirurgicale dans l'immédiat.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

- Le patient doit présenter un bon indice de performance.
- Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

BENRALIZUMAB (FASENRA)

Auto-injecteur et seringue préremplie de 30 mg/mL

Indiqué à titre de médicament d'appoint pour le traitement de l'asthme éosinophile grave chez les patients adultes dont l'état n'est pas adéquatement maîtrisé malgré des corticostéroïdes en inhalation (CSI) à dose élevée jumelée à un ou plusieurs autres médicaments de prévention (p. ex. un bêta-agoniste à longue durée d'action), et qui répondent à l'un des critères suivants :

- nombre d'éosinophiles dans la circulation sanguine $\geq 0,3 \times 10^9$ /L au cours des 12 derniers mois et au moins deux exacerbations de l'asthme cliniquement significatives au cours des 12 derniers mois; ou
- nombre d'éosinophiles dans la circulation sanguine $\geq 0,15 \times 10^9$ /L et traitement d'entretien actuel par des corticostéroïdes oraux.

Critères initiaux d'arrêt du traitement :

- Le score initial au questionnaire sur la maîtrise de l'asthme ne s'est pas amélioré 12 mois après le début du traitement, ou
- Il n'y a eu aucune diminution de la dose d'entretien quotidienne de corticostéroïdes oraux au cours des 12 premiers mois de traitement, ou
- Le nombre d'exacerbations de l'asthme cliniquement significatives a augmenté au cours des 12 derniers mois.

Critères subséquents d'arrêt du traitement :

- Le score au questionnaire sur la maîtrise de l'asthme obtenu après les 12 premiers mois de traitement ne s'est pas maintenu par la suite, ou
- La diminution de la dose d'entretien quotidienne de corticostéroïdes oraux obtenue au cours des 12 premiers mois de traitement ne s'est pas maintenue par la suite, ou
- Le nombre d'exacerbations de l'asthme cliniquement significatives a augmenté au cours des 12 derniers mois.

Notes cliniques :

1. Une évaluation initiale et annuelle de la maîtrise des symptômes de l'asthme basée sur un questionnaire validé de la maîtrise de l'asthme doit être fournie.
2. Un CSI à dose élevée est défini par l'administration d'une dose quotidienne de 500 mcg ou plus de propionate de fluticasone ou l'équivalent.
3. Une exacerbation cliniquement significative est définie comme une aggravation de l'asthme, qui ferait en sorte que le médecin traitant choisisse d'administrer des glucocorticoïdes systémiques pendant au moins 3 jours ou que le patient ait à se rendre au service des urgences ou à être hospitalisé.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un pneumologue, un immunologue clinique, un allergologue ou un interniste expérimenté dans le traitement de l'asthme éosinophile grave.
- L'utilisation combinée de benralizumab avec d'autres médicaments biologiques destinés au traitement de l'asthme ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 30 mg toutes les quatre semaines pendant 12 semaines, et toutes les huit semaines par la suite.
- Période d'approbation : 1 an.

BÊTA-2 AGONISTE À LONGUE DURÉE D'ACTION (BALA)

Formotérol (Oxeze Turbuhaler poudre pour inhalation de 6 mcg, 12 mcg)

Indacatérol (Onbrez Breezhaler poudre pour inhalation de 75 mcg)

Salmétérol (Serevent Diskus poudre pour inhalation de 50 mcg)

Asthme

Pour le traitement de l'asthme chez les patients qui utilisent des doses optimales de corticostéroïdes en inhalation, mais dont l'état est encore mal maîtrisé.

Maladie pulmonaire obstructive chronique

Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), définie par la spirométrie, chez les patients :

- qui présentent des symptômes persistants, définis par un score d'au moins 3 à l'échelle de la dyspnée du Conseil de recherches médicales (CRM) ou par un score d'au moins 10 au test CAT (COPD Assessment test), et dont le VEMS après bronchodilatation est inférieur à 80 % de la valeur théorique; ou
- qui ont présenté au cours de la dernière année au moins deux exacerbations modérées de la MPOC ayant nécessité un traitement par antibiotiques et/ou corticostéroïdes à action générale; ou
- qui ont présenté au moins une exacerbation aiguë grave de la MPOC ayant nécessité une hospitalisation.

Note clinique :

- La MPOC est définie par une spirométrie indiquant un rapport VEMS/CVF après bronchodilatation inférieur à 0,7. Des rapports de spirométrie de toute date seront acceptés. S'il est impossible d'obtenir une spirométrie, les raisons doivent être clairement expliquées et d'autres données attestant de la gravité de la MPOC doivent être fournies (c.-à-d. score à l'échelle de la dyspnée du CRM).

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant un traitement d'association par des bronchodilatateurs à longue durée d'action (c.-à-d. bêta₂-agoniste à longue durée d'action [BALA] et anticholinergique à longue durée d'action [ACLA]) pris individuellement ne seront pas prises en considération. Les produits associant un BALA et un ACLA dans le même dispositif d'administration requièrent une autorisation spéciale et sont soumis à des critères qui leur sont propres.
- Oxeze Turbuhaler n'est pas indiqué pour le traitement de la MPOC, par conséquent les demandes visant ce produit seront considérées seulement pour le traitement de l'asthme.
- Onbrez Breezhaler n'est pas indiqué pour le traitement de l'asthme, par conséquent, les demandes visant ce produit seront considérées seulement pour le traitement de la MPOC.

BÊTA2-AGONISTE À LONGUE DURÉE D'ACTION / ANTICHOLINERGIQUE À LONGUE DURÉE D'ACTION (BALA/ACLA) COMBINAISONS

Formotérol et bromure d'aclidinium (Duaklir Genuair poudre pour inhalation de 12 mcg / 400 mcg)

Indacatérol et /bromure de glycopyrronium (Ultibro Breezhaler poudre pour inhalation de 110 mcg / 50 mcg)

Olodatérol et bromure de tiotropium (Inspiroto Respimat solution pour inhalation de 2,5 mcg / 2,5 mcg)

Vilantérol et bromure d'umécidinium (Anoro Ellipta poudre pour inhalation de 25 mcg / 62,5 mcg)

Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), définie par la spirométrie, chez les patients dont la maladie n'est pas maîtrisée adéquatement malgré un traitement par un bêta₂-agoniste à longue durée d'action (BALA) ou un anticholinergique à longue durée d'action (ACLA).

Notes cliniques :

1. La MPOC est définie par une spirométrie indiquant un rapport VEMS/CVF après bronchodilatation inférieur à 0,7. Des rapports de spirométrie de toute date seront acceptés. S'il est impossible d'obtenir une spirométrie, les raisons doivent être clairement expliquées et d'autres données attestant de la gravité de la MPOC doivent être fournies (c.-à-d. score à l'échelle de la dyspnée du CRM).
2. Une maladie qui n'est pas maîtrisée adéquatement est définie par la présence de symptômes persistants (p. ex. : score d'au moins 3 à l'échelle de la dyspnée du CRM ou score d'au moins 10 au test CAT [COPD Assessment test]) après au moins un mois de traitement par un ACLA ou un BALA.
3. Les associations BALA/ACLA ne sont pas destinées à être utilisées avec un corticostéroïde en inhalation (CSI), à moins que les critères relatifs à la trithérapie par inhalation (BALA/ACLA/CSI) soient respectés.

BÊTA-2 AGONISTE À LONGUE DURÉE D'ACTION / CORTICOSTÉROÏDE INHALATION (BALA/CSI) COMBINAISONS

Formotérol et Budésonide (Symbicort Turbuhaler poudre pour inhalation de 6 mcg / 100 mcg, 6 mcg / 200 mcg)

Formotérol et Mométasone (Zenhale suspension pour inhalation de 5 mcg / 100 mcg, 5 mcg / 200 mcg)

Indacaterol et Mometasone (Ateectura Breezhaler poudre pour inhalation de 150 mcg / 80 mcg, 150 mcg / 160 mcg, 150 mcg / 320 mcg)

Salmétérol et Fluticasone (Advair suspension pour inhalation de 25 mcg / 125 mcg, 25 mcg / 250 mcg)

Salmétérol et Fluticasone (Advair Diskus et marques génériques poudre pour inhalation de 50 mcg / 100 mcg, 50 mcg / 250 mcg, 50 mcg / 500 mcg)

Vilantérol et Fluticasone (Breo Ellipta poudre pour inhalation de 25 mcg / 100 mcg, 25 mcg / 200 mcg)

Asthme

Pour le traitement de l'asthme chez les patients :

- dont l'état est stabilisé par un traitement associant un corticostéroïde en inhalation et un bêta₂-agoniste à longue durée d'action; ou
- qui utilisent des doses optimales de corticostéroïdes en inhalation, mais dont l'état est encore mal maîtrisé.

Maladie pulmonaire obstructive chronique

- Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), définie par la spirométrie, en association avec anticholinergique à longue durée d'action (ACLA), chez les patients dont la maladie n'est pas maîtrisée adéquatement malgré un traitement par un bêta₂-agoniste à longue durée d'action/anticholinergique à longue durée d'action (BALA/ACLA).
- Pour le traitement des patients qui présentent un chevauchement asthme-maladie pulmonaire obstructive chronique (ACO), lorsque les antécédents du patient et les études de la fonction pulmonaire indiquent un diagnostic d'ACO.

Notes cliniques :

1. La MPOC est définie par une spirométrie indiquant un rapport VEMS/CVF après bronchodilatation inférieur à 0,7. Des rapports de spirométrie de toute date seront acceptés. S'il est impossible d'obtenir une spirométrie, les raisons doivent être clairement expliquées et d'autres données attestant de la gravité de la MPOC doivent être fournies (c.-à-d. score à l'échelle de la dyspnée du CRM).

2. Une maladie qui n'est pas maîtrisée adéquatement malgré un traitement par un BALA/ACLA est définie par la présence de symptômes persistants pendant au moins deux mois ou la manifestation au cours de la dernière année d'au moins deux exacerbations de la MPOC ayant nécessité un traitement par antibiotiques et/ou corticostéroïdes à action générale ou d'au moins une exacerbation de la MPOC ayant nécessité une hospitalisation.

Note pour les demandes de règlement :

- Aectura Breezhaler, Breo Ellipta 25 mcg/200 mcg et Zenhale ne sont pas indiqués pour le traitement de la MPOC, par conséquent les demandes visant ces produits seront considérées seulement pour le traitement de l'asthme.

BICARBONATE DE SODIUM (marques génériques)

Comprimé de 500 mg

Pour le traitement de l'acidose métabolique chez les patients qui souffrent de maladie du rein chronique d'insuffisance rénale chronique dont le bicarbonate sérique (CO₂) est de 22 mmol/L et moins.

BICTÉGRAVIR, EMTRICITABINE ET TENOFOVIR ALAFENAMIDE (BIKTARVY)

Comprimé de 50 mg / 200 mg / 25 mg

Pour le traitement des patients adultes infectés par le VIH-1 qui ne présentent aucune substitution connue associée à une résistance aux composants individuels de Biktarvy.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées pour les bénéficiaires du Régimes CU par un infectiologue ou un microbiologiste médical détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Période d'approbation : long terme.

BIMEKIZUMAB (BIMZELX)

Auto-injecteur et seringue préremplie de 160 mg/mL

Pour le traitement du psoriasis en plaques chronique modéré à grave chez les patients adultes qui répondent à tous les critères suivants :

- Présenter un score PASI (Psoriasis Area and Severity Index) supérieur à 10 et un score DLQI (Dermatology Life Quality Index) supérieur à 10, ou une atteinte majeure des zones visibles, du cuir chevelu, des organes génitaux ou des ongles;
- Être réfractaire ou avoir une intolérance à la photothérapie, ou être incapable d'y avoir accès;
- Être réfractaire ou avoir une intolérance ou des contre-indications au méthotrexate (par voie orale ou parentérale) à une dose supérieure ou égale à 20 mg par semaine (supérieure ou égale à 15 mg si le patient est âgé de 65 ans ou plus) pendant au moins 12 semaines.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires aux traitements. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une dose de 320 mg administrée toutes les 4 semaines pendant 16 semaines, puis toutes les 8 semaines par la suite.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

BINIMÉTINIB (MEKTOVI)

Comprimé pelliculé de 15 mg

Pour le traitement des patients présentant un mélanome localement avancé, non résecable ou métastatique, porteur de la mutation BRAF V600, lorsqu'il est utilisé en association avec l'encorafenib.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.

2. Si des métastases cérébrales sont présentes, les patients devraient être asymptomatiques ou stables.
3. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le binimétinib ne sera pas remboursé pour les patients dont la maladie a progressé durant un traitement ciblant la protéine BRAF.
- Les demandes seront admissibles pour les patients qui ont reçu un traitement adjuvant ciblant la protéine BRAF si la progression de la maladie est survenue au moins six mois après la fin du traitement.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.

BOSENTAN (TRACLEER et marques génériques)
Comprimés de 62,5 mg et de 125 mg

Pour le traitement des patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) du groupe 1, de classe fonctionnelle II, III ou IV de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Note clinique :

- Le diagnostic d'HAP doit être confirmé par cathétérisme cardiaque droit.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin possédant de l'expérience dans le traitement de l'HAP.
- L'utilisation combinée de plus d'un antagoniste des récepteurs de l'endothéline ne sera pas remboursée.
- La dose maximale de bosentan remboursée sera de 125 mg deux fois par jour.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme.

BOSUTINIB (BOSULIF)
Comprimés de 100 mg et de 500 mg

Pour le traitement des patients adultes atteints de leucémie myéloïde chronique à chromosome Philadelphie positif (Ph+ LMC) en phase chronique, en phase accélérée ou en crise blastique qui ont présenté une résistance ou une intolérance à un traitement préalable par un inhibiteur de tyrosine kinase.

Note clinique :

- Le patient doit présenter un bon indice de performance.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an

BRIGATINIB (ALUNBRIG)
Comprimés de 30 mg, 90 mg et de 180 mg

Pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules ALK (anaplastic lymphoma kinase)-positif, localement avancé (pour lequel il n'existe aucun traitement curatif) ou métastatique, chez les patients qui n'ont jamais été traités par un inhibiteur de l'ALK.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement.

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté en cas de progression cliniquement significative de la maladie ou d'effets toxiques inacceptables.

Notes pour les demandes de règlement :

- Aucun autre traitement par un inhibiteur de l'ALK ne sera remboursé à la suite d'une progression de la maladie avec le brigatinib.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes, tel qu'il est indiqué [ici](#).

BRIVARACÉTAM (BRIVLERA et marques génériques)
Comprimés de 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg et de 100 mg

Pour le traitement d'appoint des crises épileptiques partielles réfractaires chez les patients qui prennent actuellement deux médicaments antiépileptiques ou plus et qui ont présenté une réponse inadéquate ou une intolérance à un minimum de trois autres médicaments antiépileptiques.

Note pour les demandes de règlement :

- Le patient doit être sous les soins d'un médecin ayant l'expérience du traitement de l'épilepsie.

BRODALUMAB (SILIQ) **Seringue préremplie de 210 mg / 1,5 mL**

Pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à grave chez les patients adultes qui répondent à tous les critères suivants :

- Score PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*) supérieur à 10 et score DLQI (*Dermatology Life Quality Index*) supérieur à 10, ou atteinte majeure des zones visibles, du cuir chevelu, des organes génitaux ou des ongles;
- Absence de réponse ou intolérance à la photothérapie ou incapacité à y avoir accès;
- Absence de réponse, intolérance ou contre-indications à méthotrexate (par voie orale ou parentérale), à une dose supérieure ou égale à 20 mg par semaine (supérieure ou égale à 15 mg si le patient est âgé de 65 ans ou plus) pendant au moins 12 semaines.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués cidessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires aux traitements. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité de 210 mg les semaines 0, 1 et 2, puis de 210 mg toutes les deux semaines par la suite.
- Période initiale d'approbation: 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

BROLUCIZUMAB (BEOVU) **Seringue préremplie de 6 mg / 0,05 mL**

Néovasculaire (humide) de la dégénérescence maculaire liée à l'âge

Pour le traitement de la forme néovasculaire (humide) de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).

Critères d'arrêt du traitement :

- Réduction de la meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) dans l'œil traité de 15 lettres ou plus lors de deux visites consécutives, attribuable à la DMLA en l'absence d'une autre maladie, ou
- Réduction de la MAVC dans l'œil traité de 30 lettres ou plus par rapport à la mesure de référence et/ou au meilleur résultat enregistré, ou
- Signe de détérioration de la morphologie de la lésion malgré un traitement optimal lors de trois visites consécutives.

Note clinique :

- La MAVC doit être fournie avec la demande initiale et avec les demandes de renouvellement subséquentes.

Notes pour les demandes de règlement :

- Une demande de règlement initiale pouvant comprendre jusqu'à deux seringues préremplies (une seringue par œil traité) sera automatiquement remboursée si le médicament est prescrit par un ophtalmologiste au Nouveau-Brunswick. Si un traitement en continu est nécessaire, une demande d'autorisation spéciale doit être soumise.
- Les autorisations seront accordées pour un maximum d'une seringue préremplie par œil toutes les 4 semaines pendant 12 semaines, puis d'une seringue préremplie par œil toutes les 8 semaines.
- Période d'approbation : 1 an.

Œdème maculaire diabétique

Pour le traitement de l'œdème maculaire diabétique chez les patients qui répondent aux critères suivants :

- Œdème maculaire diabétique atteignant le centre de la macula et important du point de vue clinique pour lequel la photocoagulation par laser est également indiquée
- Épaisseur rétinienne centrale de 250 micromètres ou plus

Notes pour les demandes de règlement :

- Une demande de règlement initiale pouvant comprendre jusqu'à deux seringues préremplies (une seringue par œil traité) sera automatiquement remboursée si le médicament est prescrit par un ophtalmologiste au Nouveau-Brunswick. Si un traitement en continu est nécessaire, une demande d'autorisation spéciale doit être soumise.
- Les autorisations seront accordées pour un maximum d'une seringue préremplie par œil toutes les 6 semaines pendant 30 semaines, puis d'une seringue préremplie par œil toutes les 8 semaines.
- Période d'approbation : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

BROMURE D'IPRATROPIUM (marques génériques)
Solution pour inhalation de 125 mcg/mL et de 250 mcg/mL

Pour les patients qui ont tenté d'utiliser un inhalateur avec un tube d'espacement et

- Qui sont incapables de suivre les instructions, de tenir le tube d'espacement ou de tenir le dispositif suffisamment longtemps pour l'actionner en raison de limitations cognitives ou physiques; ou
- Qui ont des difficultés à générer un effort inspiratoire suffisant pour obtenir un bienfait thérapeutique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation initiale : 1 an.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme.

BUDÉSONIDE (PULMICORT NEBUAMP et marques génériques)
Suspension pour inhalation de 0,125 mg/mL, 0,25 mg/mL et de 0,5 mg/mL

1. Pour le traitement des patients qui ont essayé le budésonide par inhalateur et :
 - qui sont incapables de suivre les directives d'utilisation ou ne peuvent tenir le dispositif suffisamment longtemps pour l'actionner en raison de limitations cognitives ou physiques; ou
 - qui ont des difficultés à générer un effort inspiratoire suffisant pour obtenir un bienfait thérapeutique

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : long terme.

2. Pour le traitement des patients chez qui le budésonide est utilisé pour l'irrigation naso-sinusale, lorsque prescrit par un spécialiste ou en consultation avec un spécialiste (p. ex., ORL, allergologue, immunologiste).

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation initiale : 1 an.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme.

BUPROPION (ZYBAN)
Comprimé de 150 mg

Pour l'abandon du tabac chez les adultes de 18 ans ou plus.

Notes cliniques :

1. Le patient doit participer à une forme de consultation pour l'abandon du tabac.
2. Pour en savoir plus sur l'abandon du tabac ou pour obtenir le formulaire de demande d'autorisation spéciale, visitez notre site Web [Thérapies d'abandon du tabac](#).

Notes pour les demandes de règlement :

- Un maximum de 12 semaines de traitement standard (168 comprimés) sera remboursé chaque année sans autorisation spéciale.
- Dans le cas des patients qui réussiront très probablement à cesser de fumer avec un traitement prolongé, une quantité supplémentaire de 168 comprimés pourrait être approuvée dans le cadre du processus d'autorisation spéciale.
- Les demandes visant un traitement de remplacement de la nicotine (timbre, gomme, pastille) destiné à être utilisé en association avec un médicament d'ordonnance pour l'abandon du tabac sans nicotine (varénicline ou bupropion) ne sont pas admissibles.
- Les demandes d'autorisation spéciale devront être soumises à l'aide du formulaire de demande d'autorisation spéciale Thérapie d'abandon du tabac.

BUROSUMAB (CRYSVITA)
Fioles unidoses de 10 mg/mL, 20 mg/mL et de 30 mg/mL

Pour le traitement de l'hypophosphatémie liée au chromosome X qui répond aux critères suivants :

- Initié chez l'enfant d'au moins un an pour qui la fermeture épiphysaire ne s'est pas encore produite
- Hypophosphatémie de jeûne
- Fonction rénale normale (définie par une créatininémie sous la limite supérieure de la normale selon l'âge)
- Preuve radiographique de rachitisme avec un score de gravité du rachitisme (RSS) de 2 ou plus
- Présence confirmée d'un variant du gène PHEX (*phosphate-regulating endopeptidase homolog, X-linked*) chez le patient ou un membre de la famille immédiate dont l'hérédité est associée au chromosome X

Critères d'arrêt du traitement :

Chez les enfants de moins de 18 ans dont la fermeture épiphysaire ne s'est pas encore produite et qui répondent aux critères ci-dessus, le traitement devrait être arrêté dans les cas suivants :

- il n'y a aucune amélioration vérifiable du score RSS total après 12 mois de traitement par rapport au score RSS total initial; ou
- le score RSS total obtenu après les 12 premiers mois de traitement ne s'est pas maintenu par la suite.

Chez les adolescents de 13 à 17 ans chez qui la fermeture épiphysaire s'est produite, qui répondent aux critères ci-dessus et qui ont commencé le traitement alors qu'ils étaient enfants, le traitement devrait être arrêté si l'une des situations suivantes se présente :

- hyperparathyroïdie; ou
- néphrocalcinose; ou
- preuve d'une fracture ou d'une pseudo-fracture à la suite d'un examen par radiographie.

Chez les adultes qui répondent aux critères ci-dessus et qui ont commencé le traitement alors qu'ils étaient enfants, le traitement devrait être arrêté si l'une des situations suivantes se produit :

- hyperparathyroïdie; ou
- néphrocalcinose; ou
- preuve d'une fracture ou d'une pseudo-fracture à la suite d'un examen par radiographie.

Note clinique :

- Une évaluation initiale et annuelle du score RSS doit être fournie pour les enfants chez qui la fermeture épiphysaire ne s'est pas encore produite.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant des adultes n'ayant jamais été traités ne sont pas admissibles.
- Doit être prescrit par un médecin qui travaille au sein d'une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé qui ont de l'expérience avec le diagnostic et la prise en charge de l'hypophosphatémie liée au chromosome X.
- Les approbations pour les enfants (1 à 17 ans) seront pour une quantité maximale de 90 mg toutes les deux semaines.
- Les approbations pour les adultes (18 ans et plus) seront pour une quantité maximale de 90 mg toutes les quatre semaines.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

CABOTEGRAVIR (VOCABRIA)

Comprimé de 30 mg

CABOTEGRAVIR ET RILPIRIVINE (CABENUVA)

Trousse de dosage de 600 mg / 3 ml et de 900 mg / 3 ml

Trousse de dosage de 400 mg / 2 ml et de 600 mg / 2 ml

Pour le traitement de l'infection par le VIH-1 chez les adultes présentant une suppression virologique stable (taux d'ARN du VIH-1 inférieur à 50 copies par ml).

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées pour les bénéficiaires du Régime CU par un infectiologue ou un microbiologiste médical détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Période d'approbation : long terme.

CABOZANTINIB (CABOMETYX)

Comprimés de 20 mg, 40 mg et de 60 mg

Adénocarcinome rénal métastatique

1. En association avec le nivolumab pour le traitement de l'adénocarcinome rénal avancé (ne se prêtant pas à une chirurgie curative) ou métastatique chez les patients qui n'ont pas reçu de traitement à action générale antérieur pour l'adénocarcinome rénal avancé.
2. En monothérapie comme traitement de deuxième intention de l'adénocarcinome rénal avancé (ne se prêtant pas à une chirurgie curative) ou métastatique à la suite de la progression de la maladie pendant :
 - un traitement par un inhibiteur de la tyrosine kinase (ITK) ciblant le récepteur du facteur de croissance de l'endothélium vasculaire (VEGFR) (c.-à-d., le sunitinib ou le pazopanib); ou
 - un traitement par le pembrolizumab en association avec l'axitinib ou le lenvatinib.
3. En monothérapie comme traitement de troisième intention de l'adénocarcinome rénal avancé (ne se prêtant pas à une chirurgie curative) ou métastatique à la suite de la progression de la maladie pendant :
 - une monothérapie de première intention par un ITK ciblant le VEGFR (c.-à-d. le sunitinib ou le pazopanib) et une monothérapie de deuxième intention par le nivolumab; ou
 - un traitement de première intention par le nivolumab en association avec l'ipilimumab et un traitement de deuxième intention par un ITK ciblant le VEGFR (c.-à-d. le sunitinib ou le pazopanib).

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

- Le patient doit présenter un bon indice de performance et n'avoir aucune métastase active dans le système nerveux central.
- Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les patients qui présentent une progression de la maladie pendant un traitement adjuvant par le pembrolizumab ou dans les six mois suivant la fin de ce traitement ne sont pas admissibles au cabozantinib en association avec le nivolumab pour le traitement de l'adénocarcinome rénal avancé.
- Les demandes visant le cabozantinib ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant une monothérapie par l'axitinib.
- Période d'approbation : 1 an.

Cancer différencié de la thyroïde

Pour le traitement du carcinome différencié localement avancé ou métastatique de la thyroïde chez les patients adultes qui répondent à tous les critères suivants :

- Patients réfractaires ou non admissibles au traitement par l'iode radioactif;
- Patients dont la maladie a progressé après un traitement antérieur avec de un à deux inhibiteurs de la tyrosine kinase du récepteur du facteur de croissance de l'endothélium vasculaire (VEGFR).

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et qu'aucun signe de progression de la maladie n'a été observé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les patients souffrant d'un cancer anaplasique ou médullaire de la thyroïde ne sont pas admissibles.
- Les demandes visant le cabozantinib seront admissibles pour les patients atteints d'un cancer différencié de la thyroïde comportant une fusion du gène RET qui ont reçu du selpercatinib.
- Période d'approbation : 1 an.

Carcinome hépatocellulaire avancé

Pour le traitement de deuxième intention du carcinome hépatocellulaire non résécable chez les patients adultes qui répondent à tous les critères suivants :

- progression de la maladie avec sorafenib ou lenvatinib;
- classe A de la classification de Child-Pugh;
- indice de performance ECOG de 0 ou 1.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et qu'il continue de tirer des avantages cliniques du médicament.

Note clinique :

- Le traitement doit être poursuivi jusqu'à ce que le patient ne tire plus d'avantages cliniques ou présente une toxicité inacceptable.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant le cabozantinib ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement par le régorafénib ou immunothérapie (l'atézolizumab en association avec le bevacizumab ou le durvalumab en association avec le trémélimumab).
- Période d'approbation : 6 mois.

CANAGLIFLOZIN (INVOKANA)

Comprimés de 100 mg et de 300 mg

Pour le traitement des patients adultes atteints du diabète de type 2 en association avec :

- la metformine pour les patients qui ne parviennent pas à contrôler adéquatement leur glycémie avec la metformine; ou
- la metformine et une sulfonylurée, chez les patients qui ne parviennent pas à contrôler adéquatement leur glycémie avec la metformine et une sulfonylurée.

Note clinique :

- Dans le cas des patients qui ne peuvent pas prendre la metformine ou une sulfonylurée en raison de contreindications ou d'intolérance, des détails doivent être fournis.

CANAKINUMAB (ILARIS)
Solution pour injection de 150 mg/mL

Pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique évolutive chez les patients âgés de deux ans ou plus qui ont présenté une réponse inadéquate ou une intolérance aux corticostéroïdes systémiques (avec ou sans méthotrexate) et au tocilizumab.

Note clinique :

- L'intolérance se définit par la manifestation d'un effet indésirable grave comme décrit dans la monographie du produit. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un rhumatologue qui connaît bien l'utilisation des ARMM biologiques chez les enfants.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité de 4 mg/kg pour les patients supérieur à 9 kg, jusqu'à un maximum de 300 mg, administré toutes les quatre semaines.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation de renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.
- Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

CARIPRAZINE (VRAYLAR)
Capsules de 1,5 mg, 3 mg, 4,5 mg, et 6 mg

Pour le traitement de la schizophrénie chez les adultes.

Note pour les demande de règlement :

- Période d'approbation : long terme.

CEFTOLOZANE ET TAZOBACTAM (ZERBAXA)
Fiole de 1 g / 0,5 g

Pour le traitement des patients atteints d'un *Pseudomonas aeruginosa* multirésistant aux médicaments, lorsqu'aucune autre option thérapeutique n'est possible.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un spécialiste en maladies infectieuses ou un médecin microbiologiste.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

CÉRITINIB (ZYKADIA)
Capsule de 150 mg

En monothérapie pour le traitement des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules ALK (anaplastic lymphoma kinase)-positif, localement avancé (pour lequel il n'existe aucun traitement curatif) ou métastatique, qui ont présenté une progression de leur maladie pendant un traitement par le crizotinib ou qui ne tolèrent pas ce médicament.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté en cas de progression cliniquement significative de la maladie ou d'effets toxiques inacceptables.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant le céritinib ne seront pas admissibles dans le cas des patients dont la maladie a progressé avec un inhibiteur de l'ALK autre que le crizotinib.
- Aucun autre traitement avec un inhibiteur de l'ALK ne sera remboursé à la suite d'une progression de la maladie avec le céritinib.
- Période d'approbation : 1 an.

CERLIPONASE ALFA (BRINEURA)
Solution de 150 mg / 5 mL pour perfusion intracérébroventriculaire

Pour le traitement de la céréoïde-lipofuscinose neuronale de type 2, si tous les critères suivants sont respectés :

- Diagnostic confirmé de la céréoïde-lipofuscinose neuronale de type 2 d'après l'activité de l'enzyme tripeptidyl-peptidase 1 (TPP1) et l'analyse du génotype de la CLN2
- Score de 1 point ou plus pour chacun des aspects de la motricité et du langage de la CLN2 Clinical Rating Scale
- Score combiné motricité-langage de 3 points ou plus de la CLN2 Clinical Rating Scale

Critères d'arrêt du traitement :

- Réduction de 2 points ou plus du score combiné motricité-langage de la CLN2 Clinical Rating Scale qui est soutenue à n'importe laquelle de deux évaluations consécutives effectuées sur une période de 24 semaines; ou
- Score combiné motricité-langage de 0 de la CLN2 Clinical Rating Scale à deux évaluations consécutives effectuées sur une période de 24 semaines.

Note clinique :

- Les données sur les plus récents scores des aspects de la motricité et du langage de la CLN2 Clinical Rating Scale doivent être fournies avec toutes les demandes.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un spécialiste avec de l'expérience en traitement de la céréoïde-lipofuscinose neuronale de type 2.
- Période d'approbation : 6 mois.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

CERTOLIZUMAB PEGOL (CIMZIA)

Auto-injecteur et seringue préremplie de 200 mg/mL

Arthrite psoriasique

- Pour le traitement de l'arthrite psoriasique à prédominance axiale chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose maximale tolérée pendant une période minimale de deux semaines chacun.
- Pour le traitement de l'arthrite psoriasique à prédominance périphérique chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication :
 - à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose maximale tolérée pendant une période minimale de deux semaines chacun; et
 - au méthotrexate (par voie orale ou parentérale) à une dose de supérieur ou égal à 20 mg par semaine (supérieur ou égal à 15 mg si le patient est âgé de supérieur ou égal à 65 ans) pendant au moins 8 semaines; et
 - au léflunomide pris pendant au moins 10 semaines ou à la sulfasalazine prise pendant au moins 3 mois.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires aux traitements. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour un maximum de 400 mg aux semaines 0, 2 et 4, puis 200 mg toutes les deux semaines (ou 400 mg toutes les quatre semaines).
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

Polyarthrite rhumatoïde

Indiqué pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde évolutive modérément à sévèrement active, en association avec du méthotrexate ou d'autres antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM), chez les patients adultes qui sont réfractaires intolérants ou de contre-indications au :

- méthotrexate (par voie orale ou parentérale), pris seul ou en combinaison avec d'autres ARMM, à une dose de supérieur ou égal à 20 mg par semaine (supérieur ou égal à 15 mg si le patient est âgé de supérieur ou égal à 65 ans) pendant au moins 12 semaines; et
- méthotrexate en association avec au moins deux autres ARMM, tels que l'hydroxychloroquine et la sulfasalazine, pendant au moins 12 semaines.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.

2. Une réponse optimale au traitement par ARMM peut prendre jusqu'à 24 semaines. Toutefois, si aucune amélioration n'est perçue après 12 semaines de trithérapie avec ARMM, la couverture peut être envisagée.
3. Si le patient présente une intolérance à la trithérapie avec ARMM, cette dernière doit être décrite et une double thérapie avec ARMM doit être entreprise.
4. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
5. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 400 mg pour les semaines 0, 2, et 4, puis 200 mg toutes les deux semaines (ou 400 mg toutes les quatre semaines)
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

Spondylarthrite ankylosante

Indiqués pour le traitement des patients adultes atteints de spondylarthrite ankylosante d'intensité modérée à grave (p. ex. score supérieur ou égal à 4 sur 10 mesuré à l'aide de l'indice d'activité de la spondylarthrite ankylosante de Bath [Bath AS Disease Activity Index – BASDAI]) qui :

- présentent des symptômes axiaux et qui n'ont pas réagi à l'usage séquentiel d'au moins deux AINS à la dose optimale sur une période minimale de 2 semaines chaque ou chez qui les traitements par AINS sont contre-indiqués; ou
- ont des symptômes périphériques et qui ne répondent pas, ou qui ont des contre-indications, à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose optimale pendant une période minimale de 2 semaines chaque et qui ont réagi inadéquatement à la dose optimale ou à la dose de tolérance maximale d'un ARMM.

Critères de renouvellement :

- une diminution d'au moins deux points sur l'échelle BASDAI, comparativement au score obtenu avant le traitement; ou
- réponse clinique adéquate, déterminée par une amélioration fonctionnelle importante (mesurée par les résultats de tests tels que le questionnaire d'évaluation de l'état de santé [QEES] ou « la capacité à retourner au travail »).

Note clinique :

- Les patients souffrant d'uvéite récurrente (au moins deux épisodes sur une période de 12 mois) comme complication d'une maladie du squelette axial n'ont pas à essayer les AINS seuls.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 400 mg pour les semaines 0, 2, et 4, puis 200 mg toutes les deux semaines (ou 400 mg toutes les quatre semaines)
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

CÉTIRIZINE (REACTINE et marques génériques)

Comprimé pelliculé de 20 mg

Indiqué pour le soulagement de l'urticaire chronique modéré à sévère chez les patients qui présentent de l'urticaire, un œdème de Quincke ou les deux depuis au moins six semaines.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : long terme.

CIPROFLOXACINE (CILOXAN et marques générique)

Onguent ophtalmique de 0,3%

Solution ophtalmique de 0,3%

1. Pour le traitement des infections ophtalmiques causées par des bactéries sensibles.
2. Pour la prévention des infections ophtalmiques associées à une chirurgie oculaire non urgente.

Note pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par des ophtalmologistes et des optométristes prescripteurs détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.

**CIPROFLOXACINE (CIPRO et marques génériques)
Comprimés de 250 mg, 500 mg et de 750 mg**

1. Pour le traitement de ce qui suit :
 - Exacerbations aiguës d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, en présence d'un risque d'infection à *Pseudomonas*
 - Prostatite bactérienne
 - Infections pulmonaires liées à la fibrose kystique
 - Neutropénie fébrile
 - Infections par un microorganisme à Gram négatif (p. ex., ostéomyélite, infections articulaires) qui résistent aux autres antibactériens oraux
 - Infections causées par les bactéries *Pseudomonas aeruginosa* (chez les souches vulnérables)
 - Gastroentérite bactérienne grave lorsque les autres antibactériens (p. ex., macrolides, sulfaméthoxazole/triméthoprimine) sont inefficaces, non tolérés ou contre-indiqués
 - Otite externe grave (maligne)
 - Infections des voies urinaires ou pyélonéphrite aiguë non compliquées lorsque des bactéries résistantes sont en cause ou lorsque les autres antibactériens sont inefficaces, non tolérés ou contre-indiqués
2. Pour la chimioprophylaxie après un contact étroit avec un cas d'infection invasive à méningocoque.
3. Pour la prévention de l'endophtalmie chez les patients ayant subi une chirurgie de la cataracte avec vitrectomie non planifiée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par les infectiologues, les internistes, les hématologues, les microbiologistes médicaux, les oncologues, les cliniciens adjoints en oncologie, les omnipraticiens en oncologie, les pneumologues ou les urologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Les comprimés de ciprofloxacine de 250 mg, 500 mg et 750 mg sont des services assurés habituels pour le régime B.

**CIPROFLOXACINE (CIPRO)
Suspension orale de 500 mg / 5 mL**

Pour le traitement des patients chez qui les comprimés oraux ne sont pas une option et qui répondent autrement aux critères d'autorisation spéciale pour les comprimés de ciprofloxacine.

Note pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par les infectiologues, les internistes, les hématologues, les microbiologistes médicaux, les oncologues, les cliniciens adjoints en oncologie, les omnipraticiens en oncologie, les pneumologues ou les urologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.

**CLADRIBINE (MAVENCLAD)
Comprimé de 10 mg**

Pour le traitement de la sclérose en plaques récurrente-rémittente (SPRR) chez les patients adultes qui répondent à tous les critères suivants :

- Diagnostic confirmé en fonction des critères de McDonald;
- Au moins une poussée invalidante ou nouvelle activité révélée par un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) au cours de la dernière année;
- Patient ambulatoire, avec ou sans aide (c.-à-d. score récent de 6,5 ou moins sur l'échelle étendue du statut d'invalidité [EDSS]);
- Absence de réponse ou intolérance à au moins un médicament modificateur de la maladie (p. ex. interféron, glatiramère, fumarate de diméthyle, tériflunomide, ocrélizumab).

Notes cliniques :

1. Le traitement doit être arrêté chez les patients dont le score à l'échelle EDSS est de 7 ou plus.
2. Une poussée se définit par l'apparition de symptômes neurologiques nouveaux ou aggravés, qui durent au moins 24 heures et ne sont pas accompagnés de fièvre ou d'infection, précédée par un état de stabilité d'une durée d'au moins un mois et accompagnée de nouveaux résultats neurologiques objectifs observés au cours d'une évaluation menée par un neurologue.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un neurologue.
- Les demandes des personnes inscrites aux régimes ACDEFGV seront examinées.
- Les approbations seront pour une quantité de 1,75 mg/kg, jusqu'à concurrence de 200 mg par année de traitement.
- La période d'approbation est de deux ans.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

COBIMÉTINIB (COTELLIC) **Comprimé de 20 mg**

Pour le traitement du mélanome non résecable ou métastatique avec mutation *BRAF* V600, en association avec le vémurafénib.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient a répondu au traitement et qu'il n'y a aucun signe de progression de la maladie.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent avoir un bon statut de rendement.
2. Si des métastases cérébrales sont présentes, les patients devraient être asymptomatiques ou présenter des symptômes stables.
3. Le traitement doit être arrêté en cas de progression de la maladie ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le cobimétinib ne sera pas remboursé pour les patients dont la maladie a progressé durant un traitement ciblant la protéine BRAF.
- Les demandes seront admissibles pour les patients qui ont reçu un traitement adjuvant ciblant la protéine BRAF si la progression de la maladie est survenue au moins six mois après la fin du traitement.
- Période d'approbation : 6 mois.

CODÉINE (CODEINE CONTIN) **Comprimés à libération contrôlée de 50 mg, 100 mg, 150 mg et de 200 mg**

Pour le traitement de la douleur cancéreuse et de la douleur chronique non cancéreuse chez les patients qui recevaient précédemment un produit de codéine à libération immédiate.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les approbations seront pour une dose maximale de 200 mg deux fois par jour.
- Période d'approbation : 1 an.

CRIZOTINIB (XALKORI) **Capsules de 200 mg et de 250 mg**

1. Pour le traitement des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules ALK (anaplastic lymphoma kinase)-positif, localement avancé (pour lequel il n'existe aucun traitement curatif) ou métastatique, en tant que :
 - traitement de première ligne, ou
 - traitement de deuxième intention à la suite d'une chimiothérapie.
2. En monothérapie pour le traitement de première intention des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules localement avancé (pour lequel il n'existe aucun traitement curatif) ou métastatique ROS1-positif.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement.

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté en cas de progression cliniquement significative de la maladie ou d'effets toxiques inacceptables

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant le crizotinib ne seront pas admissibles dans le cas des patients dont la maladie a progressé avec un inhibiteur de l'ALK.
- Période d'approbation : 1 an.

CYCLOSPORINE (VERKAZIA) **Émulsion ophtalmique de 0,1 %**

Pour le traitement des patients pédiatriques de 4 à 18 ans atteints de kératoconjonctivite vernale grave qui répondent aux critères suivants :

- Grade 3 (grave) ou 4 (très grave) sur l'échelle de Bonini, ou
- Grade 4 (marqué) ou 5 (grave) sur l'échelle modifiée d'Oxford.

Critères d'arrêt du traitement :

- Le traitement devrait être arrêté si aucune amélioration des signes et des symptômes de la kératoconjonctivite vernale grave n'est observée, ou
- Le traitement devrait être arrêté si les signes et les symptômes de la kératoconjonctivite vernale grave ont disparu.

Note clinique :

- Des documents attestant de la gravité des signes et des symptômes de la kératoconjonctivite vernale grave doivent être fournis au début du traitement et à son renouvellement.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le patient doit être sous les soins d'un médecin ayant l'expérience du diagnostic et du traitement de la kératoconjonctivite vernale grave.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

CYSTEAMINE (CYSTADROPS)
Solution ophtalmique de 0,37%

Pour le traitement des dépôts cornéens de cristaux de cystine chez les patients âgés de deux ans ou plus atteints de cystinose.

Note clinique :

- Diagnostic de cystinose confirmé par une mutation du gène de la cystinosine (transporteur de la cystine du lysosome) ou un taux élevé de cystine des globules blancs. De la documentation doit être fournie.

Note pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un ophtalmologiste ayant l'expérience du traitement des dépôts cornéens de cristaux de cystine.

CYSTÉAMINE (PROCYSBI)
Capsules à libération retardée de 25 mg et de 75 mg

Pour le traitement de la cystinose néphropathique infantile avec mutation documentée du gène de la cystinosine (transporteur de cystine lysosomale) ou un taux élevé de cystine dans les globules blancs.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin expérimenté dans le diagnostic et la gestion de la cystinose.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

DABIGATRAN ETEXILATE (PRADAXA et marque générique)
Capsules de 110 mg et de 150 mg

Indiqué pour la prévention de l'accident vasculaire cérébral et de l'embolie systémique chez les patients ou patientes présentant une fibrillation auriculaire.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : long terme.

DABRAFÉNIB (TAFINLAR)
Capsules de 50 mg et de 75 mg

Mélanome métastatique

Pour le traitement du mélanome non résecable ou métastatique avec mutation BRAF V600, en monothérapie ou en association avec le tramétinib.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Si des métastases cérébrales sont présentes, les patients doivent être asymptomatiques ou stables.
3. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le dabrafénib ne sera pas remboursé pour les patients dont la maladie a progressé durant un traitement ciblant la protéine BRAF.
- Les demandes seront admissibles pour les patients qui ont reçu un traitement adjuvant ciblant la protéine BRAF si la progression de la maladie est survenue au moins six mois après la fin du traitement.
- Période d'approbation : 6 mois.

Traitement adjuvant du mélanome

En association avec le tramétinib pour le traitement adjuvant des patients atteints d'un mélanome cutané qui répondent à tous les critères suivants :

- maladie de stade IIIA (limitée aux métastases de plus de 1 mm dans les ganglions lymphatiques) à IIID (AJCC, 8^e édition);
- mutation BRAF V600;
- résection complète de la maladie, y compris des métastases en transit.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être poursuivi jusqu'à la survenue d'une récurrence de la maladie ou l'apparition d'effets toxiques inacceptables, jusqu'à un maximum de 12 mois.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes sont admissibles pour les patients qui présentent des micrométastases dans les ganglions lymphatiques régionaux d'après une biopsie des ganglions lymphatiques sentinelles.
- Les demandes ne sont pas admissibles pour les patients qui ont reçu une immunothérapie adjuvante pendant plus de trois mois. Les patients peuvent passer à un traitement ciblant la protéine BRAF au cours des trois premiers mois de l'immunothérapie pour atteindre un total de 12 mois de traitement adjuvant.
- Période d'approbation : jusqu'à 12 mois.

DALTÉPARIN (FRAGMIN)

Seringue préremplie de 12,500 IU/mL

Seringue préremplie et flacon multidose de 25,000 IU/mL

1. Pour le traitement d'une thrombo-embolie veineuse (TEV) et/ou d'une embolie pulmonaire (PE) pour un maximum de 30 jours.
2. Pour le traitement prolongé d'une thrombo-embolie veineuse (TEV) symptomatique récidivante qui est survenue pendant que le patient reçoit des doses thérapeutiques de warfarine.
3. Indiqué pour la prévention des événements thromboemboliques veineux (ETEV) jusqu'à 35 jours après une arthroplastie élective de la hanche ou d'une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche.
4. Indiqué pour la prévention des ETEV jusqu'à 14 jours après une arthroplastie élective du genou.
5. Indiqué pour la prévention des événements thromboemboliques veineux (ETEV) après une chirurgie abdominale ou pelvienne pour le traitement d'une tumeur maligne, pendant une période maximale de 28 jours.
6. Pour le traitement et la prévention secondaire d'une thrombo-embolie veineuse (TEV) symptomatique ou d'embolie pulmonaire (PE) pour une période maximale de 6 mois pour les patients souffrant de cancer chez qui le warfarin n'est pas une option.

Note pour les demandes de règlement :

- Une quantité annuelle de 35 jours de traitement est possible sans autorisation spéciale.

DAPTOMYCINE (CUBICIN RF)

Fiole à usage unique de 500 mg / 10mL

Pour le traitement des infections à bactéries Gram positif résistantes, y compris les infections causées par des souches de *Staphylococcus aureus* résistantes à la méthicilline, chez les patients qui n'ont pas répondu ou qui présentent une contre-indication ou une intolérance à la vancomycine, ou chez qui la vancomycine i.v. ne convient pas.

Note clinique :

- La daptomycine est inhibée par la présence de surfactant pulmonaire et ne doit pas être utilisée pour traiter les infections des voies respiratoires.

Note pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un spécialiste des maladies infectieuses ou un microbiologiste médical.

DARBÉPOÉTINE ALFA (ARANESP)

Seringues préremplies de 10 mg / 0,4 mL, 20 mg / 0,5 mL, 30 mcg / 0,3 mL, 40 mcg / 0,4 mL, 50 mcg / 0,5 mL, 60 mcg / 0,3 mL, 80 mcg / 0,4 mL, 100 mcg / 0,5 mL, 130 mcg / 0,65 mL, 150 mcg / 0,3 mL, 200 mcg / 0,4 mL, 300 mcg / 0,6 mL et de 500 mcg / 1 mL

1. Traitement de l'anémie associé à une insuffisance rénale chronique.

Notes pour les demandes de règlement :

- La darbépoétine est administrée aux patients qui reçoivent des traitements de dialyse (néphropathie en phase terminale) par l'entremise de dialyseurs.
- Période d'approbation : long terme.

- Indiqué pour le traitement des patients tributaires de transfusions sanguines qui souffrent d'une hémopathie maligne, qui ont besoin d'une transfusion ≥ 2 unités de culot globulaire par mois sur une période de 3 mois.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite d'une réponse clinique satisfaisante ou d'une réduction des besoins transfusionnels.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

DAROLUTAMIDE (NUBEQA) Comprimé pelliculé de 300 mg

Cancer de la prostate métastatique sensible à la castration

En association avec un traitement au docétaxel et un traitement anti-androgénique (TAA) pour le traitement des patients souffrant d'un cancer de la prostate métastatique sensible à la castration qui n'ont jamais eu de TAA ou qui sont dans les 6 mois du début d'un TAA, pour un cancer métastatique.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

- Les patients doivent avoir un bon indice de performance et être admissibles à la chimiothérapie.
- Le traitement doit être interrompu en cas de progression de la maladie ou de toxicité inacceptable.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas admissibles pour les patients qui sont à moins d'un an de la fin d'un traitement anti-androgénique d'appoint dans un contexte non métastatique.
- Les demandes ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement par apalutamide ou enzalutamide.
- Période d'approbation : 1 an

Cancer de la prostate non métastatique résistant à la castration

En association avec un traitement anti-androgénique (TAA) pour le traitement du cancer de la prostate non métastatique résistant à la castration chez les patients dont le temps de doublement de l'antigène prostatique spécifique est de 10 mois ou moins malgré un traitement anti-androgénique en continu (c'est-à-dire qui présentent un risque élevé de métastases).

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique, selon les résultats radiographiques, que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

- La résistance à la castration doit être démontrée pendant le TAA continu et est définie comme un minimum de trois élévations de l'APS, mesurées à au moins une semaine d'intervalle, où la dernière mesure d'APS est supérieure à 2 µg/L.
- Les taux de testostérone correspondant à la castration doivent être maintenus tout au long du traitement par le darolutamide.
- Les patients doivent avoir un bon indice de performance.
- Le traitement doit être arrêté en cas de confirmation radiographique que la maladie a progressé ou d'effets toxiques inacceptables.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant le darolutamide ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement par l'apalutamide ou l'enzalutamide.
- Période d'approbation : 1 an.

DARUNAVIR ET COBICISTAT (PREZCOBIX) Comprimé pelliculé de 800 mg / 150 mg

Pour le traitement de l'infection par le VIH-1 chez les patients qui n'ont jamais reçu de traitement ou qui ont déjà été traités et qui ne présentent pas de mutation associée à une résistance au darunavir.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées pour les bénéficiaires du Régimes CU par un infectiologue ou un microbiologiste médical détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Période d'approbation : long terme.

DASATINIB (SPRYCEL et marques génériques)
Comprimés de 20 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg, 100 mg et de 140 mg

1. Pour le traitement des patients adultes atteints de leucémie myéloïde chronique (LMC) à chromosome Philadelphie positif (Ph+) en phase chronique, accélérée ou blastique.
2. Pour le traitement des patients atteints de leucémie lymphoblastique aiguë (LLA) à chromosome Philadelphie positif (Ph+).

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

DÉCITABINE / CÉDAZURIDINE (INQOVI)
Comprimé de 35 mg / 100 mg

Pour le traitement des patients adultes atteints d'un syndrome myélodysplasique (SMD), antérieurement traité ou non, qui répondent à tous les critères suivants :

- Novo et secondaire, incluant tous les sous-types hématologiques selon la classification franco-américano-britannique (anémie réfractaire, anémie réfractaire avec sidéroblastes en couronne, anémie réfractaire avec excès de blastes et leucémie myélomonocytaire chronique [LMMC])
- Groupes de risque intermédiaire-1, intermédiaire-2 et élevé définis par l'indice pronostique international (IPSS : International Prognostic Scoring System)
- Le patient n'a pas présenté une progression de la maladie pendant un traitement par un agent hypométhylant

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être interrompu en cas de progression de la maladie ou de toxicité inacceptable.

Note sur la demande de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

DEFERASIROX (JADENU et marques génériques)
Comprimés pelliculés de 90 mg, 180 mg et de 360 mg

Pour le traitement de la surcharge en fer chronique.

DÉFÉRIPRONE (FERRIPROX)
Comprimé de 1000 mg et solution orale de 100 mg/mL
DÉFÉRIPRONE (FERRIPROX MR)
Comprimés à libération prolongée de 1000 mg

Pour le traitement des patients présentant une surcharge en fer post-transfusionnelle en raison de syndromes thalassémiques et lorsque le traitement par chélation actuel est inefficace.

Note pour les demandes de règlement :

- L'utilisation combinée de plus d'un traitement par chélation du fer ne sera pas remboursée.

DENOSUMAB (JUBBONTI)
Seringue préremplie de 60 mg/mL

1. Pour le traitement de l'ostéoporose chez les patients qui présentent un risque élevé de fractures; et une contre-indication, une intolérance gastro-intestinale grave ou un cas réfractaire aux bisphosphonates.
2. Pour la prévention des fractures ostéoporotiques chez les patients qui présentent une contre-indication, une intolérance gastro-intestinale grave ou un cas réfractaire aux bisphosphonates et qui répondent à l'un des critères suivants :
 - Présenter un cancer de la prostate non métastatique et recevoir un traitement antiandrogénique
 - Présenter un cancer du sein non métastatique et recevoir un inhibiteur de l'aromatase comme traitement adjuvant
 - Recevoir une corticothérapie par voie générale de longue durée, définie comme ≥ 5 mg de prednisone ou son équivalent par jour depuis au moins 3 mois

Notes cliniques :

1. Réfractaire se définit par une fracture de fragilisation ou une preuve de diminution de la densité minérale osseuse en dessous du niveau observé avant le traitement, malgré l'observance pendant un an d'un autre traitement offert contre l'ostéoporose.
2. Risque élevé de fractures :
 - risque modéré de fractures sur 10 ans (10 % à 20 %) selon l'outil conçu par l'Association canadienne des radiologistes et Ostéoporose Canada (CAROC) ou l'outil d'évaluation du risque de fracture de l'Organisation mondiale de la Santé (FRAX), avec antécédents de fracture de fragilisation, ou
 - risque élevé de fractures sur 10 ans ($\geq 20\%$) selon l'outil CAROC ou l'outil FRAX.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : long terme.

DENOSUMAB (WYOST)

Fiole à usage unique de 120 mg / 1,7 mL

Indiqué pour la prévention des complications liées au squelette chez les patients atteints d'un cancer de la prostate résistant à la castration et qui présentent un ou plusieurs métastases osseuses.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

DESMOPRESSINE (marques génériques)

Comprimés de 0,1 mg et de 0,2 mg

DESMOPRESSINE (DDAVP MELT)

Comprimés à dissolution orale de 60 mcg et de 120 mcg

- Indiqué pour le traitement du diabète insipide.
- Indiqué pour le traitement des patients âgés de 18 ans ou plus atteints d'énurésie nocturne.

Note pour les demandes de règlement :

- Les formes orales de desmopressine sont des services assurés habituel pour les régimes CDEF-18G.

DESMOPRESSINE (marque générique)

Vaporisateur intranasale de 10 mcg/dose mesurée

Pour le traitement des patients atteints de diabète insipide.

Note clinique :

- L'utilisation des préparations nasales n'est plus indiquée pour les patients atteints d'énurésie nocturne à cause d'un risque d'hyponatrémie.

DIÉNOGEST (VISANNE et marques génériques)

Comprimé de 2 mg

Pour la douleur pelvienne liée à l'endométriose chez les femmes pour qui un traitement hormonal de rechange moins coûteux s'est révélé inefficace ou contre-indiqué.

Note clinique :

- Les contraceptifs oraux combinés en continu et la médroxyprogestérone sont des exemples d'hormones moins coûteuses.

DOLUTÉGRAVIR ET RILPIVIRINE (JULUCA)

Comprimé de 50 mg / 25 mg

Comme régime complet de remplacement du régime antirétroviral courant pour le traitement de l'infection par le VIH-1 chez les patients adultes présentant une suppression virologique stable (taux d'ARN du VIH-1 inférieur à 50 copies par mL).

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées pour les bénéficiaires du Régimes CU par un infectiologue ou un microbiologiste médical détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Période d'approbation : long terme.

DORAVIRINE (PIFELTRO)

Comprimé de 100 mg

À utiliser en association avec d'autres antirétroviraux chez les patients adultes infectés par le VIH-1 qui ne présentent aucune mutation connue associée à une résistance à la doravirine.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées pour les bénéficiaires du Régimes CU par un infectiologue ou un microbiologiste médical détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Période d'approbation : long terme.

DORNASE ALFA (PULMOZYME)

Solution de 1 mg/mL

Pour le traitement des patients atteints de fibrose kystique présentant des signes cliniques de maladie pulmonaire (p. ex. exacerbations pulmonaires fréquentes, VEMS inférieur à 90 % de la valeur prédite, difficulté à éliminer les sécrétions).

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes présentées par les personnes inscrites aux Régimes ABCDEFGV seront examinées.
- Période d'approbation : long terme.

DULOXÉTINE (CYMBALTA et marques génériques)

Capsules à libération retardée de 30 mg et de 60 mg

Douleur chronique

Pour le traitement des patients souffrant de douleur chronique.

Note pour les demandes de règlement :

- La dose maximale remboursée est de 60 mg par jour.

Trouble dépressif majeur

Pour le traitement du trouble dépressif majeur chez les patients de 18 ans et plus qui ont échoué un traitement avec au moins un antidépresseur moins coûteux.

Note pour les demandes de règlement :

- La dose maximale recommandée est de 60 mg par jour.

DUPILUMAB (DUPIXENT)

Auto-injecteur et seringue de 200 mg / 1,14 mL et de 300 mg / 2 mL

Asthme

1. Pour le traitement d'appoint de l'asthme sévère de type 2 ou de phénotype éosinophilique chez les patients de 6 à 11 ans dont l'état n'est pas adéquatement maîtrisé malgré une corticothérapie en inhalation à dose moyenne ou élevée jumelée à un ou plusieurs autres médicaments de prévention (p. ex., un bêta₂-agoniste à longue durée d'action) ou une corticothérapie en inhalation à dose élevée seule et qui répondent aux critères suivants :
 - nombre d'éosinophiles dans la circulation sanguine $\geq 0,15 \times 10^9/L$ au cours des 12 derniers mois; et
 - asthme non maîtrisé avec au moins une exacerbation de l'asthme cliniquement significative au cours des 12 derniers mois.

Critères initiaux d'arrêt du traitement :

- Le score au questionnaire sur la maîtrise de l'asthme ne s'est pas amélioré 12 mois après le début du traitement, ou
- Le nombre d'exacerbations de l'asthme cliniquement significatives a augmenté au cours des 12 derniers mois.

Critères subséquents d'arrêt du traitement :

- Le score au questionnaire sur la maîtrise de l'asthme obtenu après les 12 premiers mois de traitement ne s'est pas maintenu par la suite, ou
- Le nombre d'exacerbations de l'asthme cliniquement significatives a augmenté au cours des 12 derniers mois.

Notes cliniques :

1. Une évaluation initiale et annuelle de la maîtrise des symptômes de l'asthme basée sur un questionnaire validé de la maîtrise de l'asthme doit être fournie.
2. Une corticothérapie en inhalation à dose moyenne correspond à une dose quotidienne de 200 à 400 mcg de propionate de fluticasone ou l'équivalent et une corticothérapie en inhalation à dose élevée correspond à une dose quotidienne supérieure à 400 mcg de propionate de fluticasone ou l'équivalent.
3. Une exacerbation cliniquement significative est définie comme une aggravation de l'asthme nécessitant l'administration d'une corticothérapie à action générale pendant au moins 3 jours, l'hospitalisation du patient ou une visite aux urgences.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un pneumologue ou un allergologue pédiatrique ayant de l'expérience dans le traitement de l'asthme sévère.

- L'utilisation combinée de dupilumab avec d'autres médicaments biologiques destinés au traitement de l'asthme ne sera pas remboursée.
 - Quantité maximale approuvée : 200 mg toutes les deux semaines ou 300 mg toutes les quatre semaines.
 - Période d'approbation : 1 an.
2. Pour le traitement d'appoint de l'asthme sévère de type 2 ou de phénotype éosinophilique ou de l'asthme sévère nécessitant une corticothérapie orale chez les patients de 12 ans et plus dont l'état n'est pas adéquatement maîtrisé malgré une corticothérapie en inhalation à dose élevée jumelée à un ou plusieurs autres médicaments de prévention (p. ex., un bêta₂-agoniste à longue durée d'action) et qui répondent à l'un des critères suivants :
- nombre d'éosinophiles dans la circulation sanguine $\geq 0,15 \times 10^9/L$ au cours des 12 derniers mois; ou
 - asthme nécessitant une corticothérapie orale.

Critères initiaux d'arrêt du traitement :

- Le score au questionnaire sur la maîtrise de l'asthme ne s'est pas amélioré 12 mois après le début du traitement, ou
- Il n'y a eu aucune diminution de la dose d'entretien quotidienne de corticostéroïdes oraux au cours des 12 premiers mois de traitement, ou
- Le nombre d'exacerbations de l'asthme cliniquement significatives a augmenté au cours des 12 derniers mois.

Critères subséquents d'arrêt du traitement :

- Le score au questionnaire sur la maîtrise de l'asthme obtenu après les 12 premiers mois de traitement ne s'est pas maintenu par la suite, ou
- La diminution de la dose d'entretien quotidienne de corticostéroïdes oraux obtenue au cours des 12 premiers mois de traitement ne s'est pas maintenue par la suite, ou
- Le nombre d'exacerbations de l'asthme cliniquement significatives a augmenté au cours des 12 derniers mois.

Notes cliniques :

1. Une évaluation initiale et annuelle de la maîtrise des symptômes de l'asthme basée sur un questionnaire validé de la maîtrise de l'asthme doit être fournie.
2. Une évaluation initiale et annuelle du nombre d'exacerbations cliniquement significatives de l'asthme doit être fournie.
3. Une corticothérapie en inhalation à dose élevée est définie comme une dose quotidienne de 500 mcg ou plus de propionate de fluticasone ou l'équivalent.
4. Une exacerbation cliniquement significative est définie comme une aggravation de l'asthme nécessitant l'administration d'une corticothérapie à action générale pendant au moins 3 jours, l'hospitalisation du patient ou une visite aux urgences.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un pneumologue, un immunologue clinique, un allergologue ou un interniste expérimenté dans le traitement de l'asthme sévère.
- L'utilisation combinée de dupilumab avec d'autres médicaments biologiques destinés au traitement de l'asthme ne sera pas remboursée.
- Quantité maximale approuvée : 600 mg à la semaine 0, puis 300 mg toutes les deux semaines par la suite.
- Période d'approbation : 1 an.

Dermatite Atopique

Pour le traitement de la dermatite atopique (DA) modérée à grave chez les patients âgés de 12 ans et plus qui répondent à tous les critères suivants :

- Sont réfractaires ou présentent des contre-indications à un essai adéquat de traitements topiques sur ordonnance combinés à une photothérapie (lorsqu'elle est disponible);
- Sont réfractaires, intolérants ou présentent des contre-indications à un essai adéquat de méthotrexate, de cyclosporine, d'acide mycophénolique ou d'azathioprine.
- Ont un score initial d'évaluation globale du médecin de 3 ou plus et un indice de zone et de gravité de l'eczéma de 7,1 ou plus.

Critères de renouvellement :

- Les demandes de renouvellement doivent fournir la preuve des bienfaits cliniques définis comme une amélioration de 75 % ou plus par rapport à la valeur initiale de l'indice de zone et de gravité de l'eczéma (EASI-75) six mois après le début du traitement.
- Une preuve du maintien de la réponse EASI-75 par rapport à la valeur initiale doit être fournie pour les autorisations subséquentes.

Note clinique :

- Ne pas utiliser en association avec la photothérapie ou des médicaments immunomodulateurs (p. ex. des médicaments biologiques ou des inhibiteurs de Janus kinase) pour le traitement de la DA modérée à grave.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue, un pédiatre ou un immunologiste clinique ayant de l'expérience dans le traitement de la DA modérée à grave.

- L'utilisation combinée de plus d'un médicament immunomodulateur (p. ex., des médicaments biologiques ou des inhibiteurs de Janus kinase) pour le traitement de la DA modérée à grave ne sera pas remboursée.
- Quantité maximale approuvée de 600 mg à la semaine 0, suivie de 300 mg toutes les deux semaines par la suite.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

ÉCULIZUMAB (SOLIRIS)

Fiole à usage unique de 300 mg / 30 mL

Pour le traitement de l'hémoglobinurie paroxystique nocturne (HPN).

Notes cliniques :

1. Il est nécessaire de soumettre une demande de couverture en incluant les formulaires de consentement et d'autorisation spéciale requis dûment remplis. De plus, le patient doit :
 - a) répondre aux critères cliniques d'admissibilité à la couverture pour l'eculizumab (couverture initiale ou continue, selon le cas);
 - b) ne répondre à aucun des critères énoncés dans les paragraphes traitant des contre-indications ou de la révocation de la couverture.
2. S'il vous plaît, contactez le régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick au 1-800-332-3691 pour obtenir une trousse de renseignements sur les critères cliniques et les formulaires nécessaires.

Note pour les demandes de règlement :

- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumis comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

ÉDARAVONE (RADICAVA)

Solution pour injection 0,3 mg/mL

Solution orale de 105 mg / 5 mL

Pour le traitement de la sclérose latérale amyotrophique (SLA) probable ou certaine chez les patients qui répondent à tous les critères suivants :

- score d'au moins deux points pour chaque élément sur l'échelle d'évaluation fonctionnelle ALS-Révisée (ALSFRS-R);
- capacité vitale forcée (CVF) égale ou supérieure à 80 % de la valeur théorique;
- présence de symptômes de la SLA depuis deux ans ou moins;
- une ventilation permanente non effractive ou effractive n'est pas requise.

Critères d'arrêt du traitement :

- Le patient est non ambulatoire (score de 0 ou 1 pour l'élément 8 de l'échelle ALSFRS-R) et incapable de couper sa nourriture et de se nourrir sans aide, indépendamment du fait qu'une gastrostomie soit en place (score de 0 pour les éléments 5a ou 5b de l'échelle ALSFRS-R);
- Le patient a besoin de ventilation permanente non effractive ou effractive;

Note clinique :

- Les scores ALSFRS-R et la CVF doivent être fournis.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin expérimenté dans le diagnostic et la gestion de la SLA.
- Période d'approbation initiale: 6 mois.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

ÉLOSULFASE ALFA (VIMIZIM)

Fiole à usage unique de 5 mg / 5 mL

Pour le traitement des patients ayant un diagnostic de mucopolysaccharidose de type IVA (MPS IVA).

Note clinique :

- Veuillez communiquer avec les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick au 1-800-332-3691 pour obtenir des renseignements sur les critères complets.

Note pour les demandes de règlement :

- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

**EMPAGLIFLOZINE (JARDIANCE)
Comprimés de 10 mg et de 25 mg**

1. Pour le traitement des patients adultes atteints du diabète de type 2 en association avec :
 - la metformine pour les patients qui ne parviennent pas à contrôler adéquatement leur glycémie avec la metformine; ou
 - la metformine et une sulfonylurée, chez les patients qui ne parviennent pas à contrôler adéquatement leur glycémie avec la metformine et une sulfonylurée.
2. Comme traitement d'appoint à un régime alimentaire, à l'exercice et au traitement standard pour réduire l'incidence des décès d'origine cardiovasculaire chez les patients atteints de diabète de type 2 :
 - qui ne parviennent pas à maîtriser adéquatement leur glycémie malgré l'essai adéquat d'un traitement par la metformine; ou qui présentent une contre-indication ou une intolérance à la metformine; et
 - qui présentent une maladie cardiovasculaire établie.

Notes cliniques :

1. Dans le cas des patients qui ne peuvent pas prendre la metformine ou une sulfonylurée en raison de contre-indications ou d'intolérance, des détails doivent être fournis.
2. La maladie cardiovasculaire établie se définit par la présence de l'un des éléments suivants (les détails doivent être fournis) :
 - infarctus du myocarde (IM);
 - maladie coronarienne plurivasculaire touchant au moins deux artères coronaires principales (sans égard à l'état de la revascularisation);
 - maladie coronarienne monovasculaire accompagnée d'une sténose importante et d'un résultat d'épreuve d'effort non effractive positif;
 - angine instable avec maladie coronarienne monovasculaire ou plurivasculaire;
 - antécédents d'accident ischémique cérébral ou d'AVC hémorragique;
 - maladie artérielle occlusive périphérique.

**EMPAGLIFLOZINE ET METFORMINE (SYNJARDY)
Comprimés de 5 mg / 500 mg, 5 mg / 850 mg et de 5 mg / 1000 mg,
12,5 mg / 500 mg, 12,5 mg / 850 mg et de 12,5 mg / 1000 mg**

Pour le traitement du diabète de type 2 chez les patients dont l'état est déjà stable grâce à un traitement par l'empagliflozine et la metformine, pour remplacer l'empagliflozine et la metformine prises individuellement.

**EMTRICITABINE, RILPIVIRINE ET TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE (ODEFSEY)
Comprimé de 200 mg / 25 mg / 25 mg**

Pour le traitement des patients adultes infectés par le VIH-1 qui répondent aux critères suivants :

- Aucune mutation connue associée à une résistance au ténofovir, à l'emtricitabine ou à la classe des inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI).
- Charge virale égale ou inférieure à 100 000 copies/mL.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées pour les bénéficiaires du Régimes CU par un infectiologue ou un microbiologiste médical détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Période d'approbation : long terme.

**EMTRICITABINE, TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE, ELVITÉGRAVIR, ET COBICISTAT (GENVOYA)
Comprimé de 150 mg / 150 mg / 200 mg / 10 mg**

Pour le traitement de l'infection par le VIH- chez les patients âgés de 12 ans et plus (pesant au moins 35 kg) qui ne présentent pas de mutation associée à une résistance aux composants individuels de Genvoya.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées pour les bénéficiaires du Régimes CU par un infectiologue ou un microbiologiste médical détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Période d'approbation : long terme.

**EMTRICITABINE, TÉNOFOVIR DISOPROXIL, ELVITÉGRAVIR, ET COBICISTAT (STRIBILD)
Comprimé de 200 mg / 300 mg / 150 mg / 150 mg**

Indiqué comme régime complet pour les patients infectés par le VIH-1 qui n'ont jamais reçu de traitement antirétroviral pour qui l'éfavirenz n'est pas indiqué.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées pour les bénéficiaires du Régimes CU par un infectiologue ou un microbiologiste médical détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Période d'approbation : long terme.

ENCORAFENIB (BRAFTOVI)

Capsule de 75 mg

Cancer colorectal métastatique

En association avec panitumumab pour le traitement des patients souffrant d'un cancer colorectal métastatique qui répondent aux critères suivants :

- Porteur d'une mutation BRAF V600E
- Progression de la maladie après au moins un autre traitement pour le cancer métastatique
- Aucun traitement antérieur par un inhibiteur de l'EGFR

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- L'encorafénib ne sera pas remboursé pour les patients dont la maladie a progressé durant un traitement ciblant la protéine BRAF.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.

Mélanome métastatique

Pour le traitement des patients atteints d'un mélanome non résecable ou métastatique porteur de la mutation BRAF V600 lorsqu'il est utilisé en association avec le binimétinib.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Si des métastases cérébrales sont présentes, les patients devraient être asymptomatiques ou stables.
3. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- L'encorafénib ne sera pas remboursé pour les patients dont la maladie a progressé durant un traitement ciblant la protéine BRAF.
- Les demandes seront admissibles pour les patients qui ont reçu un traitement adjuvant ciblant la protéine BRAF si la progression de la maladie est survenue au moins six mois après la fin du traitement.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.

ENTRECTINIB (ROZLYTREK)

Capsules de 100 mg et de 200 mg

Traitement du cancer du poumon non à petites cellules

En monothérapie pour le traitement de première intention des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules localement avancé (incurable) ou métastatique ROS1-positif.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite affirmant que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent avoir un bon statut de rendement.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou que des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

Tumeurs solides qui présentent une fusion du gène NTRK

En monothérapie pour le traitement des patients adultes atteints de tumeurs solides extra-crâniennes non résecables, localement avancées ou métastatiques, qui répondent à l'ensemble des critères suivants :

- Les tumeurs ont une fusion du gène NTRK (récepteur tyrosine-kinase de la neurotrophine) sans mutation de résistance acquise connue;

- Pas d'autres options thérapeutiques satisfaisantes;
- Pas admissible à la chirurgie et/ou à la radiothérapie en raison d'un risque important de morbidité.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique, selon les résultats radiographiques, que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent présenter un bon indice fonctionnel.
2. Si des métastases au niveau du système nerveux central sont présentes, les patients doivent être asymptomatiques.
3. Le traitement doit être arrêté en cas de confirmation radiographique que la maladie a progressé ou d'effets toxiques inacceptables.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas prises en considération dans le cas des patients dont la maladie a évolué pendant un traitement par un inhibiteur des récepteurs TRK.
- Période d'approbation : 6 mois.

ENZALUTAMIDE (XTANDI)

Capsule de 40 mg

Cancer de la prostate métastatique résistant à la castration

Pour le traitement des patients atteints d'un cancer de la prostate métastatique résistant à la castration.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent avoir un bon indice de performance et aucun facteur de risque de crise d'épilepsie.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant l'enzalutamide ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement par l'apalutamide ou darolutamide.
- Période d'approbation : 1 an.

Cancer de la prostate métastatique sensible à la castration

En association avec un traitement anti-androgénique (TAA) pour le traitement des patients souffrant d'un cancer de la prostate métastatique sensible à la castration (CPSCm) qui n'ont jamais eu de TAA ou qui sont dans les 6 mois du début d'un TAA, pour un cancer métastatique.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent avoir un bon indice de performance et aucun facteur de risque de crise d'épilepsie.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas admissibles pour les patients qui sont à moins d'un an de la fin d'un traitement anti-androgénique d'appoint dans un contexte non métastatique.
- Les demandes ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement par apalutamide ou darolutamide.
- Période d'approbation : 1 an

Cancer de la prostate non métastatique résistant à la castration

En association avec un traitement anti-androgénique (TAA) pour le traitement du cancer de la prostate non métastatique résistant à la castration chez les patients dont le temps de doublement de l'antigène prostatique spécifique (APS) est de 10 mois ou moins malgré un traitement anti-androgénique en continu (c'est-à-dire qui présentent un risque élevé de métastases).

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique, selon les résultats radiographiques, que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. La résistance à la castration doit être démontrée pendant le TAA continu et est définie comme un minimum de trois élévations de l'APS, mesurées à au moins une semaine d'intervalle, où la dernière mesure d'APS est supérieure à 2 µg/L.
2. Les taux de testostérone correspondant à la castration doivent être maintenus tout au long du traitement par l'enzalutamide.
3. Les patients doivent avoir un bon indice de performance et aucun facteur de risque de crise d'épilepsie.
4. Le traitement doit être arrêté en cas de confirmation radiographique que la maladie a progressé ou d'effets toxiques inacceptables.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant l'enzalutamide ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement par l'apalutamide ou darolutamide.
- Période d'approbation : 1 an.

ÉPLÉRÉNONE (INSPIRA et marque générique)

Comprimés de 25 mg et de 50 mg

Pour le traitement des patients souffrant d'une insuffisance cardiaque chronique de classe II de la New York Heart Association (NYHA) avec une dysfonction systolique du ventricule gauche (avec une fraction d'éjection inférieure ou égale à 40 %), comme traitement d'appoint au traitement standard.

Note clinique :

- Les patients doivent suivre une thérapie optimale avec un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA), ou un bloqueur des récepteurs de l'angiotensine (BRA), et un bêta bloquant (à moins d'être contre-indiqué), à la dose recommandée ou la dose maximale tolérée.

ÉPOÉTINE ALFA (EPREX)

Seringues préremplies de 1 000 UI / 0,5 mL, 2 000 UI / 0,5 mL, 3 000 UI / 0,3 mL, 4 000 UI / 0,4 mL, 5000 UI / 0,5 mL, 6 000 UI / 0,6 mL, 8 000 UI / 0,8 mL, 10 000 UI / mL, 20 000 UI / mL, 30 000 IU / 0,75 mL et de 40 000 UI/mL

1. Pour le traitement de l'anémie associée à une insuffisance rénale chronique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les patients dialysés (néphropathie au stade ultime) reçoivent l'époétine par l'intermédiaire des unités de dialyse.
 - Période d'approbation : long terme.
2. Indiqué pour le traitement des patients tributaires de transfusions sanguines qui souffrent d'une hémopathie maligne, qui ont besoin d'une transfusion ≥ 2 unités de culot globulaire par mois sur une période de 3 mois.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite d'une réponse clinique satisfaisante ou d'une réduction des besoins transfusionnels.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

ÉPOPROSTÉNOLO SODIUM (CARIPUL ET FLOLAN)

Fiole de 0,5 mg et de 1,5 mg

Pour le traitement des patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) du groupe 1, de classe fonctionnelle III ou IV de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Note clinique :

- Le diagnostic d'HAP doit être confirmé par cathétérisme cardiaque droit.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin possédant de l'expérience dans le traitement de l'HAP.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme.

EPTINÉZUMAB (VYEPTI)

Fiole de 100 mg et 300 mg

Pour la prévention de la migraine chez les patients adultes ayant reçu un diagnostic confirmé de migraines épisodiques ou chroniques et qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à au moins deux catégories de médicaments prophylactiques oraux contre la migraine.

Critères de renouvellement :

- Une réduction d'au moins 50 % du nombre moyen de jours de migraine par mois au moment du premier renouvellement par rapport à la situation initiale.
- Lors des renouvellements suivants, le patient maintient une réduction d'au moins 50 % du nombre moyen de jours de migraine par mois.

Notes cliniques :

1. Le nombre moyen de jours de céphalée et de jours de migraine par mois doit être précisé au moment de la demande initiale et des demandes de renouvellement.
2. Selon les critères de l'International Headache Society, les migraines épisodiques et chroniques se définissent ainsi :
 - Migraines épisodiques : au moins 4 jours de céphalée migraineuse par mois et moins de 15 jours de céphalée par mois sur une période de plus de 3 mois.
 - Migraines chroniques : au moins 8 jours de céphalée migraineuse par mois et plus de 15 jours de céphalée par mois sur une période de plus de 3 mois.

Notes pour les demandes de règlement :

- L'utilisation combinée avec d'autres antagonistes du récepteur du peptide lié au gène de la calcitonine (CGRP) ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 1 fiole à toutes les 12 semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

ESLICARBAZÉPINE (APTIOM)

Comprimés de 200 mg, 400 mg, 600 mg et de 800 mg

Traitement d'appoint pour les crises épileptiques partielles réfractaires chez les patients qui prennent actuellement deux médicaments antiépileptiques ou plus, et qui ne réagissent pas adéquatement ou qui sont intolérants à un minimum de trois autres médicaments antiépileptiques.

Note pour les demandes de règlement :

- Le patient doit être sous les soins d'un médecin ayant l'expérience du traitement de l'épilepsie.

ÉTANERCEPT

Brenzys auto-injecteur et seringue préremplie de 50 mg/mL

Erelzi seringue préremplie de 25 mg / 0,5 mL, auto-injecteur et seringue préremplie de 50 mg/mL

Rymti auto-injecteur et seringue préremplie de 50 mg/mL

Arthrite psoriasique

- Pour le traitement de l'arthrite psoriasique à prédominance axiale chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose maximale tolérée pendant une période minimale de deux semaines chacun.
- Pour le traitement de l'arthrite psoriasique à prédominance périphérique chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication :
 - à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose maximale tolérée pendant une période minimale de deux semaines chacun; et
 - au méthotrexate (par voie orale ou parentérale) à une dose supérieure ou égale à 20 mg par semaine (supérieure ou égale à 15 mg si le patient est âgé de 65 ans ou plus) pendant au moins 8 semaines; et
 - au léflunomide pris pendant au moins 10 semaines ou à la sulfasalazine prise pendant au moins 3 mois.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires aux traitements. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture de l'étanercept seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- Les approbations seront pour un maximum de 50 mg une fois par semaine.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Polyarthrite juvénile idiopathique

Pour le traitement des enfants (de 4 à 17 ans) atteints d'une forme active d'intensité modérée à grave de polyarthrite juvénile idiopathique qui ne réagissent pas adéquatement à au moins un traitement par antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM).

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un rhumatologue qui connaît bien l'utilisation des ARMM biologiques chez les enfants.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture de l'étanercept seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 0,8 mg/kg, jusqu'à 50 mg par semaine.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Polyarthrite rhumatoïde

Indiqué pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde évolutive modérément à sévèrement active, en association avec du méthotrexate ou d'autres antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM), chez les patients adultes qui sont réfractaires, intolérants ou présentent des contre-indications au :

- méthotrexate (par voie orale ou parentérale), pris seul ou en combinaison avec d'autres ARMM, à une dose supérieure ou égale à 20 mg par semaine (supérieure ou égale à 15 mg si le patient est âgé de 65 ans ou plus) pendant au moins 12 semaines; et
- méthotrexate en association avec au moins deux autres ARMM, tels que l'hydroxychloroquine et la sulfasalazine, pendant au moins 12 semaines.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Une réponse optimale au traitement par ARMM peut prendre jusqu'à 24 semaines. Toutefois, si aucune amélioration n'est perçue après 12 semaines de trithérapie avec ARMM, la couverture peut être envisagée.
3. Si le patient présente une intolérance à la trithérapie avec ARMM, cette dernière doit être décrite et une double thérapie avec ARMM doit être entreprise.
4. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
5. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture de l'étanercept seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 50 mg par semaine.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Psoriasis en plaques

Pour le traitement du psoriasis en plaques chronique modéré à grave chez les patients qui répondent à tous les critères suivants :

- Score PASI (Psoriasis Area and Severity Index) supérieur à 10 et score DLQI (Dermatology Life Quality Index) supérieur à 10, ou atteinte majeure des zones visibles, du cuir chevelu, des organes génitaux ou des ongles;
- Absence de réponse ou intolérance à la photothérapie ou incapacité à y avoir accès;
- Absence de réponse, intolérance ou contre-indications au méthotrexate (par voie orale ou parentérale), à une dose supérieure ou égale à 20 mg par semaine (supérieure ou égale à 15 mg si le patient est âgé de 65 ans ou plus) pendant au moins 12 semaines.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires aux traitements. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.

- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture de l'étanercept seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 50 mg deux fois par semaine pendant 12 semaines, puis une fois par semaine.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Spondylarthrite ankylosante

Indiqués pour le traitement des patients adultes atteints de spondylarthrite ankylosante d'intensité modérée à grave (p. ex. score supérieur ou égal à 4 sur 10 mesuré à l'aide de l'indice d'activité de la spondylarthrite ankylosante de Bath [Bath AS Disease Activity Index-BASDAI]) qui :

- présentent des symptômes axiaux et qui n'ont pas réagi à l'usage séquentiel d'au moins deux AINS à la dose optimale sur une période minimale de 2 semaines ou chez qui les traitements par AINS sont contre-indiqués; ou
- ont des symptômes périphériques et qui ne répondent pas, ou qui ont des contre-indications, à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose optimale pendant une période minimale de 2 semaines, et qui ont réagi inadéquatement à la dose optimale ou à la dose de tolérance maximale d'un ARMM.

Critères de renouvellement :

- une diminution d'au moins deux points sur l'échelle BASDAI, comparativement au score obtenu avant le traitement; ou
- réponse clinique adéquate, déterminée par une amélioration fonctionnelle importante (mesurée par les résultats de tests tels que le questionnaire d'évaluation de l'état de santé [QEEES] ou « la capacité à retourner au travail »).

Note clinique :

- Les patients souffrant d'uvéite récurrente (au moins deux épisodes sur une période de 12 mois) comme complication d'une maladie du squelette axial n'ont pas à essayer les AINS seuls.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture de l'étanercept seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 50 mg par semaine.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme.

ÉTRAVIRINE (INTELENCE)

Comprimés de 100 mg et de 200 mg

Indiqué pour le traitement des patients infectés par le VIH-1 (bénéficiaires du plan U) qui ont reçu un traitement antirétroviral et subi un échec virologique en raison de souches de VIH-1 qui résistent à plusieurs agents antirétroviraux, y compris d'autres inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse

ÉVÉROLIMUS (AFINITOR et marques génériques)

Comprimés de 2,5 mg, 5 mg et de 10 mg

Adénocarcinome rénal métastatique

Pour le traitement de l'adénocarcinome rénal avancé ou métastatique à la suite de la progression de la maladie pendant un traitement par un inhibiteur de la tyrosine kinase.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Cancer du sein avancé

Pour le traitement du cancer du sein avancé avec récepteurs hormonaux positifs et HER2 négatif chez les personnes ménopausées, en association avec l'exémestane, à la suite d'une récurrence ou d'une progression de la maladie après un traitement par un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

Tumeurs neuroendocrines

- Pour le traitement des tumeurs neuroendocrines pancréatiques (TNEP) évolutives bien ou modérément différenciées, non résécables, localement avancées ou métastatiques.
- Pour le traitement des tumeurs neuroendocrines (TNE) non fonctionnelles du tube digestif ou du poumon, bien différenciées, non résécables, localement avancées ou métastatiques, chez les patients dont la maladie a progressé au cours des six derniers mois selon les examens radiologiques.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant l'évérolimus ne seront pas prises en considération dans le cas des patients dont la maladie a évolué pendant un traitement par le sunitinib pour des TNEP.
- Période d'approbation : 1 an.

ÉVOLOCUMAB (REPATHA)

Auto-injecteur de 140 mg/mL

Pour le traitement de l'hypercholestérolémie familiale (HF) hétérozygote chez les patients adultes qui doivent obtenir une diminution supplémentaire du taux de cholestérol à lipoprotéines de faible densité (C-LDL), si les critères suivants sont respectés :

- Diagnostic probable ou définitif d'HF hétérozygotes à l'aide des critères de Simon Broome ou du Dutch Lipid Network, ou d'un test génétique;
- Le patient n'arrive pas à atteindre la cible souhaitée pour le taux de C-LDL (moins de 2 mmol/L ou au moins une diminution de 50 % du taux de C-LDL par rapport à la valeur observée avant le traitement) malgré une adhésion au traitement confirmé d'au moins 3 mois avec :
 - une statine à dose élevée (p. ex., atorvastatine 80 mg, rosuvastatine 40 mg) en association avec ézétimibe;
 - ézétimibe seul, si une forte dose de statine n'est pas possible en raison d'une rhabdomyolyse, d'une contre-indication ou d'une intolérance.

Critère de renouvellement initial :

- Une diminution du taux de C-LDL d'au moins 40 % par rapport à la valeur observée avant le traitement ou atteinte du taux de C-LDL cible de 2 mmol/L.

Critère de renouvellement subséquent :

- Le patient doit continuer de maintenir une diminution du taux de C-LDL de 40 % par rapport à la valeur observée avant le traitement ou avoir atteint un taux de C-LDL cible de 2 mmol/L.

Notes cliniques :

1. Les taux de C-LDL doivent être fournis.
2. L'intolérance à une statine à dose élevée sera considérée si le patient présente une myopathie ou des biomarqueurs anormaux documentés (c.-à-d., créatinine kinase plus élevée que 5 fois la limite supérieure de la normale) après un essai d'au moins deux statines, et
 - pour chaque statine, une réduction de la dose a été tentée plutôt qu'un arrêt de la statine, et l'intolérance a été réversible au moment de l'arrêt de la statine, mais est réapparue lors de la reprise du traitement avec la statine (lorsqu'approprié du point de vue clinique); et
 - au moins une statine a été instaurée à la plus faible de dose quotidienne de départ; et
 - les autres causes d'intolérance ont été éliminées.
3. Les détails doivent être fournis pour les patients qui ne peuvent pas prendre d'ézétimibe en raison d'une intolérance ou d'une contre-indication.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les approbations seront pour une quantité maximum de 140 mg chaque 2 semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

EXTRAIT ALLERGÉNIQUE DE POLLEN DE GRAMINÉES (ORALAIR) Comprimés sublinguaux de 100IR et de 300IR

Pour le traitement saisonnier de la rhinite allergique au pollen de plantes herbacées chez les patients qui n'ont pas répondu à la pharmacothérapie conventionnelle, ou qui y sont intolérants.

Notes cliniques :

1. Un traitement aux extraits d'allergènes de plantes herbacées doit être commencé par un médecin ayant la formation et l'expérience adéquates pour le traitement des maladies allergiques respiratoires.
2. Le traitement doit être commencé quatre mois avant le début de la saison pollinique et ne doit pas se poursuivre au-delà de la saison.
3. Le traitement ne doit pas être administré pendant plus de trois années consécutives.

EXTRAIT MODIFIÉ D'HERBE À POUX ABSORBÉ SUR TYROSINE (POLLINEX-R) Seringues pré-remplies de 105 PNU / 0,5 mL, 250 PNU / 0,5 mL, 700 PNU / 0,5 mL et de 2150 PNU / 0,5 mL

Pour le traitement des patients qui souffrent de rhinoconjonctivite allergique IgE-dépendante grave et saisonnière (qui dure depuis deux ans ou plus), lorsqu'une thérapie optimale (ex. corticostéroïdes administrés par voie nasale ou antihistaminiques H₁) et l'éviction de l'allergène ont été insuffisantes pour contrôler les symptômes.

Notes cliniques :

1. Un traitement aux extraits allergéniques de pollen d'herbe à poux doit être commencé par un médecin ayant la formation et l'expérience adéquates pour traiter des maladies allergiques respiratoires.
2. Le traitement doit être commencé un mois avant le début de la saison de l'herbe à poux.
3. La durée optimale du traitement est inconnue. Par conséquent, si aucune amélioration des symptômes n'est notée après trois ans, le traitement doit être arrêté.

FARICIMAB (VABYSMO) Fiole à usage unique de 6 mg / 0,05 mL

Œdème maculaire diabétique

Pour le traitement de l'œdème maculaire diabétique chez les patients qui répondent aux critères suivants:

- Œdème maculaire diabétique atteignant le centre de la macula et important du point de vue clinique pour lequel la photocoagulation par laser est également indiquée
- Épaisseur rétinienne centrale de 250 micromètres ou plus

Notes pour les demandes de règlement :

- Une demande de règlement initiale pouvant comprendre jusqu'à deux flacons (un flacon par œil traité) sera automatiquement remboursée si le médicament est prescrit par un ophtalmologiste au Nouveau-Brunswick. Si un traitement en continu est nécessaire, une demande d'autorisation spéciale doit être soumise.
- Les approbations concerneront un maximum d'un flacon par œil tous les 4 semaines.
- Période d'approbation : 1 an. Une confirmation de la réponse continue est requise.

Forme néovasculaire (humide) de la dégénérescence maculaire liée à l'âge

Pour le traitement de la forme néovasculaire (humide) de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).

Critères d'arrêt du traitement :

- Réduction de la meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) dans l'œil traité de 15 lettres ou plus lors de deux visites consécutives, attribuable à la DMLA en l'absence d'une autre maladie, ou
- Réduction de la MAVC dans l'œil traité de 30 lettres ou plus par rapport à la mesure de référence et/ou au meilleur résultat enregistré, ou
- Signe de détérioration de la morphologie de la lésion malgré un traitement optimal lors de trois visites consécutives.

Note clinique :

- La MAVC doit être fournie avec la demande initiale et avec les demandes de renouvellement subséquentes.

Notes pour les demandes de règlement :

- Une demande de règlement initiale pouvant comprendre jusqu'à deux flacons (un flacon par œil traité) sera automatiquement remboursée si le médicament est prescrit par un ophtalmologiste au Nouveau-Brunswick. Si un traitement en continu est nécessaire, une demande d'autorisation spéciale doit être soumise.
- Les approbations concerneront un maximum d'un flacon par œil tous les 4 semaines pour 16 semaines, suivi de 1 flacon par œil toutes les 8 semaines par la suite.
- Période d'approbation : 1 an.

**FÉBUXOSTAT (marques génériques)
Comprimé de 80 mg**

Pour le traitement de la goutte symptomatique chez les patients réfractaires, intolérants ou présentant une contre-indication à l'allopurinol.

**FÉDRATINIB (INREBIC)
Capsule de 100 mg**

Pour le traitement de la splénomégalie ou des symptômes qui s'y rattachent chez les patients adultes :

- atteints de myélofibrose primitive à risque intermédiaire 2 ou élevé, de myélofibrose consécutive à une polycythémie vraie ou de myélofibrose consécutive à une thrombocythémie essentielle;
- qui présentent une contre-indication ou une intolérance au ruxolitinib.

Critère de renouvellement :

- Confirmation que le patient a répondu au traitement, comme en témoigne la réduction de la taille de la rate ou l'amélioration des symptômes.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être interrompu chez les patients qui présentent une augmentation progressive de la taille de la rate, un retour des symptômes constitutionnels ou l'apparition d'effets indésirables graves.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé à la suite d'un traitement avec ruxolitinib.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

**FENTANYL (marques génériques)
Timbre transdermique de 12 mcg/h, 25 mcg/h, 37 mcg/h, 50 mcg/h, 75 mcg/h et de 100 mcg/h**

Pour le traitement de la douleur cancéreuse et de la douleur chronique non cancéreuse chez les patients adultes qui recevaient précédemment une dose quotidienne orale d'au moins 60 mg d'équivalent morphine et qui :

- ont présenté une réponse inadéquate, une intolérance ou une contre-indication aux opioïdes par voie orale; ou
- sont incapables de prendre un traitement par voie orale.

**FERRIC DERISOMALTOSE (MONOFERRIC)
Fiole de 100 mg/mL**

Pour le traitement de l'anémie ferriprive chez les patients qui :

- ont une intolérance aux préparations de fer à prise orale; ou
- n'ont pas répondu à l'administration de fer par voie orale après quatre semaines d'essai.

Notes cliniques :

- L'anémie ferriprive se caractérise par un taux d'hémoglobine (Hb) de ≤ 130 g/L et un taux de ferritine de ≤ 30 mcg/L ou un coefficient de saturation de la transferrine (CST) de ≤ 30 %.
- Les plus récents résultats relatifs aux taux d'hémoglobine et de ferritine/CST doivent être joints à la demande.

**FÉSOTÉRODINE (TOVIAZ et marque générique)
Comprimés à libération prolongée de 4 mg et de 8 mg**

Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale manifestée par le besoin impérieux d'uriner, l'incontinence d'urgence et les mictions fréquentes chez les patients qui ont été intolérants ou qui ont eu une réponse insuffisante à une période d'essai raisonnable avec un médicament destiné au traitement de l'hyperactivité vésicale inscrit à titre de garantie régulière (p. ex. oxybutynine à libération immédiate, solifénacine ou toltérodine).

Notes cliniques :

1. Les demandes pour le traitement de l'incontinence d'effort ne seront pas prises en considération.
2. À ne pas utiliser en association avec d'autres traitements pharmacologiques pour l'hyperactivité vésicale.

**FIDAXOMICINE (DIFICID)
Comprimé pelliculé de 200 mg**

Pour le traitement de l'infection à Clostridium difficile (ICD) chez les patients :

- qui ont présenté un deuxième épisode ou un épisode subséquent à la suite d'un traitement par la vancomycine orale; ou
- qui ont présenté un échec thérapeutique avec la vancomycine orale pour l'épisode actuel d'ICD; ou
- qui ont une intolérance ou une contre-indication à la vancomycine orale.

Critère de second traitement :

- Le second traitement par la fidaxomicine sera seulement considéré en cas de récurrence rapide survenant dans les 8 semaines suivant le début du traitement le plus récent par la fidaxomicine.

Notes cliniques :

1. Un échec au traitement est défini par un traitement de 14 jours à la vancomycine sans amélioration clinique acceptable.
2. L'intolérance est définie par la manifestation d'effets indésirables graves. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un spécialiste des maladies infectieuses ou un gastroentérologue.
- Les demandes seront approuvées pour 200 mg, deux fois par jour, pendant 10 jours.

FILGRASTIM

Grastofil seringues préremplies de 300 mcg / 0,5 mL et de 480 mcg / 0,8 mL

Nivestym seringues préremplies de 300 mcg/0,5 mL et de 480 mcg/0,8 mL, fiole de 300 mcg/mL et de 480 mcg / 1,6 mL

Nypozi seringues préremplies de 300 mcg / 0.5 mL et 480 mcg / 0.8 mL

Appui à la chimiothérapie

Pour la prévention de la neutropénie fébrile chez les patients recevant une chimiothérapie myélosuppressive avec intention curative qui :

- ont un risque élevé de neutropénie fébrile due à un traitement de chimiothérapie, des comorbidités ou une neutropénie grave préexistante; ou
- ont eu un épisode de neutropénie fébrile, de septicémie neutropénique ou de neutropénie profonde dans un cycle de chimiothérapie antérieur; ou
- ont eu une réduction de la dose, ou un délai de traitement supérieur à une semaine en raison de la neutropénie.

Note clinique :

- Les patients atteints d'un cancer incurable recevant une chimiothérapie palliative ne sont pas admissibles à la couverture du filgrastim pour la prévention de la neutropénie fébrile.

Indications pour cas bénins

- Pour augmenter le nombre de neutrophiles et réduire l'incidence et la durée de l'infection chez les patients atteints de neutropénie congénitale, idiopathique ou cyclique.
- Pour la prévention et le traitement de la neutropénie chez les patients présentant une infection au VIH.

Soutien pour la greffe de cellules souches

- Pour la mobilisation des cellules progénitrices du sang périphérique aux fins d'une greffe de cellules souches.
- Pour favoriser la prise de greffe suivant une greffe de cellules souches.

Note pour les demandes de règlement :

- Toutes les demandes de couverture pour le filgrastim seront approuvées pour les versions biosimilaires seulement.

FINÉRÉNONE (KERENDIA)

Comprimés de 10 mg et 20 mg

Comme traitement d'appoint au traitement standard pour réduire le risque d'insuffisance rénale terminale, de décès cardiovasculaire, d'infarctus du myocarde non mortel et d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque chez les patients adultes souffrant d'insuffisance rénale chronique et de diabète de type 2 et qui répondent à tous les critères suivants :

- Taux de filtration glomérulaire (eGFR) supérieur ou égale à 25 mL/min/1,73 m².
- Rapport albumine/créatinine (ACR) urinaire supérieur ou égale à 3 mg/mmol.
- Ne pas être atteint d'insuffisance cardiaque de classe II à IV selon la classification de la New York Heart Association (NYHA).

Notes cliniques :

1. Les résultats du laboratoire pour le taux de filtration glomérulaire et le rapport albumine/créatinine urinaire doivent être fournis.
2. Le traitement doit être arrêté si le taux de filtration glomérulaire est moins de 15 mL/min/1,73 m² ou si le rapport albumine/créatinine urinaire a augmenté par rapport à la valeur initiale.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un néphrologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un antagoniste des récepteurs des minéralocorticoïdes (p. ex., spironolactone, éplérénone) ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 20 mg par jour.
- Période d'approbation : long terme.

FINGOLIMOD (GILENYA et marques génériques)
Capsule de 0,5 mg

Pour le traitement de patients adultes atteints de la sclérose en plaques récurrente-rémittente (SPRR) qui répondent à tous les critères suivants :

- Diagnostic confirmé en fonction des critères de McDonald
- Au moins une rechute invalidante ou nouvelle activité révélée par un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) au cours des deux dernières années
- Patient ambulatoire, avec ou sans aide (c.-à-d. score récent de 6,5 ou moins sur l'échelle étendue du statut d'invalidité)

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté chez les patients dont le score sur l'échelle étendue du statut d'invalidité est égal ou supérieur à 7.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes des personnes inscrites aux Plans ACDEFGV seront examinées.
- L'utilisation combinée avec d'autres agents modificateurs de la maladie destinés au traitement de la SPRR ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation : 2 ans.

FLUCONAZOLE (DIFLUCAN)
Poudre pour suspension orale de 50 mg / 5 mL

Pour le traitement des patients souffrant :

- d'une candidose oropharyngée qui n'ont pas obtenu de réponse avec de la nystatine, ou
- d'infections systémiques et pour qui les comprimés oraux de fluconazole ne sont pas une option.

FLUDARABINE (FLUDARA)
Comprimé pelliculé de 10 mg

- Pour le traitement de première intention de la leucémie lymphoïde chronique (LLC) /du lymphome à petits lymphocytes (LPL) en association avec le rituximab (avec ou sans cyclophosphamide).
- Pour le traitement de la LLC / du LPL chez les patients qui n'ont pas répondu à un traitement antérieur par un agent alkylant ou qui ont présenté une récurrence pendant ou après un tel traitement.

FLUOXÉTINE (marques génériques)
Solution orale de 20 mg / 5 mL

Pour les patients chez qui les capsules orales ne sont pas une option.

FORMOTEROL, GLYCOPYRRONIUM BROMIDE ET BUDESONIDE (BREZTRI AEROSPHERE)
Suspension pour inhalation 5 mcg / 7,2 mcg / 160 mcg

Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), définie par la spirométrie, chez les patients dont la maladie n'est pas maîtrisée adéquatement malgré un traitement par un bêta2-agoniste à longue durée d'action/anticholinergique à longue durée d'action (BALA/ACLA).

Notes cliniques :

1. La MPOC est définie par une spirométrie indiquant un rapport VEMS/CVF après bronchodilatation inférieur à 0,7. Des rapports de spirométrie de toute date seront acceptés. S'il est impossible d'obtenir une spirométrie, les raisons doivent être clairement expliquées et d'autres données attestant de la gravité de la MPOC doivent être fournies (c.-à-d. score à l'échelle de la dyspnée du CRM).
2. Une maladie qui n'est pas maîtrisée adéquatement malgré un traitement par un BALA/ACLA est définie par la présence de symptômes persistants pendant au moins deux mois ou la manifestation au cours de la dernière année d'au moins deux exacerbations de la MPOC ayant nécessité un traitement par antibiotiques et/ou corticostéroïdes à action générale ou d'au moins une exacerbation de la MPOC ayant nécessité une hospitalisation.
3. Les patients ne devraient pas prendre un BALA, un ACLA et un corticostéroïde en inhalation (trithérapie en inhalation) comme traitement initial.

Note sur la demande de règlement :

- Période d'approbation : long terme.

FOSFOMYCINE (MONUROL et marque générique)
Sachet de 3g

Pour le traitement des infections urinaires non compliquées chez les patientes adultes lorsque:

- Le microorganisme infectieux résiste aux autres agents oraux; OU
- Les autres traitements moins coûteux ne sont pas tolérés.

Note clinique :

- L'usage de la fosfomycine n'est pas indiqué pour le traitement de la pyélonéphrite ou d'un phlegmon périnéphrétique.

FOSLÉVODOPA/FOSCARBIDOPA (VYALEV)

Fiole de 240 mg/mL / 12 mg/mL

Pour le traitement des patients adultes atteints de la maladie de Parkinson à un stade avancé répondant à la lévodopa qui répondent à tous les critères suivants :

- Présente une invalidité sévère, avec au moins 25 % des heures d'éveil passées en période « off » et/ou avec des dyskinésies continues incommodes induites par la lévodopa, malgré l'essai de doses fréquentes de lévodopa (au moins cinq doses par jour)
- Le patient a fait un essai adéquat de la dose maximale tolérée de lévodopa et a présenté une réponse clinique démontrée
- Le patient a essayé, sans succès, les médicaments d'appoint suivants, s'ils ne sont pas contre-indiqués ou contraires au jugement clinique du prescripteur : l'amantadine, un agoniste de la dopamine, l'entacapone et un inhibiteur de la monoamine-oxydase

Critère de renouvellement :

- Le patient présente une réduction importante du temps passé en période « off » ou des dyskinésies induites par la lévodopa ainsi que des améliorations de l'invalidité associée.

Note clinique :

- Le temps passé en période « off », la fréquence des fluctuations motrices et la gravité de l'invalidité associée doivent être évalués par un neurologue ayant une surspécialité en troubles du mouvement ou possédant de l'expérience dans la prise en charge de la maladie de Parkinson au stade avancé et basés sur des sources fiables et adéquates (ex., entrevue clinique d'un patient ou d'un partenaire de soins, journal des symptômes moteurs).

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un neurologue ayant une surspécialité en troubles du mouvement ou possédant de l'expérience dans la prise en charge de la maladie de Parkinson au stade avancé.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

FRÉMANEZUMAB (AJOVY)

Auto-injecteur et seringue préremplie de 225 mg / 1,5 mL

Pour la prévention de la migraine chez les patients adultes ayant reçu un diagnostic confirmé de migraines épisodiques ou chroniques et qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à au moins deux catégories de médicaments prophylactiques oraux contre la migraine.

Critères de renouvellement :

- Une réduction d'au moins 50 % du nombre moyen de jours de migraine par mois au moment du premier renouvellement par rapport à la situation initiale.
- Lors des renouvellements suivants, le patient maintient une réduction d'au moins 50 % du nombre moyen de jours de migraine par mois.

Notes cliniques :

1. Le nombre moyen de jours de céphalée et de jours de migraine par mois doit être précisé au moment de la demande initiale et des demandes de renouvellement.
2. Selon les critères de l'International Headache Society, les migraines épisodiques et chroniques se définissent ainsi :
 - Migraines épisodiques : au moins 4 jours de céphalée migraineuse par mois et moins de 15 jours de céphalée par mois sur une période de plus de 3 mois.
 - Migraines chroniques : au moins 8 jours de céphalée migraineuse par mois et plus de 15 jours de céphalée par mois sur une période de plus de 3 mois.

Notes pour les demandes de règlement :

- L'utilisation combinée avec d'autres antagonistes du récepteur du peptide lié au gène de la calcitonine (CGRP) ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

FUMARATE DE DIMÉTHYLE (TECFIDERA et marques génériques) Capsules à libération retardée de 120 mg et de 240 mg

Pour le traitement de patients adultes atteints de la sclérose en plaques récurrente-rémittente (SPRR) qui répondent à tous les critères suivants :

- Diagnostic confirmé en fonction des critères de McDonald
- Au moins une rechute invalidante ou nouvelle activité révélée par un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) au cours des deux dernières années
- Patient ambulatoire, avec ou sans aide (c.-à-d. score récent de 6,5 ou moins sur l'échelle étendue du statut d'invalidité)

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté chez les patients dont le score sur l'échelle étendue du statut d'invalidité est égal ou supérieur à 7.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes des personnes inscrites aux Plans ACDEFGV seront examinées.
- Les ordonnances rédigées par des neurologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- L'utilisation combinée avec d'autres agents modificateurs de la maladie destinés au traitement de la SPRR ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation: 2 ans.

FUROATE DE FLUTICASONE ET UMÉCLINDINIUM ET VILANTÉROL (TRELEGY ELLIPTA) Poudre sèche pour inhalation de 100 mcg / 62.5 mcg / 25 mcg

Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), définie par la spirométrie, chez les patients dont la maladie n'est pas maîtrisée adéquatement malgré un traitement par un bêta₂-agoniste à longue durée d'action/anticholinergique à longue durée d'action (BALA/ACLA).

Notes cliniques :

1. La MPOC est définie par une spirométrie indiquant un rapport VEMS/CVF après bronchodilatation inférieur à 0,7. Des rapports de spirométrie de toute date seront acceptés. S'il est impossible d'obtenir une spirométrie, les raisons doivent être clairement expliquées et d'autres données attestant de la gravité de la MPOC doivent être fournies (c.-à-d. score à l'échelle de la dyspnée du CRM).
2. Une maladie qui n'est pas maîtrisée adéquatement malgré un traitement par un BALA/ACLA est définie par la présence de symptômes persistants pendant au moins deux mois ou la manifestation au cours de la dernière année d'au moins deux exacerbations de la MPOC ayant nécessité un traitement par antibiotiques et/ou corticostéroïdes à action générale ou d'au moins une exacerbation de la MPOC ayant nécessité une hospitalisation.
3. Les patients ne devraient pas prendre un BALA, un ACLA et un corticostéroïde en inhalation (trithérapie en inhalation) comme traitement initial.

GALCANÉZUMAB (EMGALITY) Auto-injecteur et seringue préremplie de 120 mg/mL

Pour la prévention de la migraine chez les patients adultes ayant reçu un diagnostic confirmé de migraines épisodiques ou chroniques et qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à au moins deux catégories de médicaments prophylactiques oraux contre la migraine.

Critères de renouvellement :

- Une réduction d'au moins 50 % du nombre moyen de jours de migraine par mois au moment du premier renouvellement par rapport à la situation initiale.
- Lors des renouvellements suivants, le patient maintient une réduction d'au moins 50 % du nombre moyen de jours de migraine par mois.

Notes cliniques :

1. Le nombre moyen de jours de céphalée et de jours de migraine par mois doit être précisé au moment de la demande initiale et des demandes de renouvellement.
2. Selon les critères de l'International Headache Society, les migraines épisodiques et chroniques se définissent ainsi :
 - Migraines épisodiques : au moins 4 jours de céphalée migraineuse par mois et moins de 15 jours de céphalée par mois sur une période de plus de 3 mois.
 - Migraines chroniques : au moins 8 jours de céphalée migraineuse par mois et plus de 15 jours de céphalée par mois sur une période de plus de 3 mois.

Notes pour les demandes de règlement :

- L'utilisation combinée avec d'autres antagonistes du récepteur du peptide lié au gène de la calcitonine (CGRP) ne sera pas remboursée.

- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation de renouvellement : 1 an.

GILTÉRITINIB (XOSPATA)
Comprimé de 40 mg

En monothérapie pour le traitement des patients adultes atteints d'une leucémie myéloïde aiguë récidivante ou réfractaire exprimant une mutation du gène de la tyrosine kinase-3 de type FMS (FLT3) et qui répondent à tous les critères suivants :

- Confirmation de la présence de la mutation FLT3 au moment de la rechute ou de la détermination de la maladie réfractaire
- Présence d'une mutation de type FLT3-ITD, FLT3-TKD/D835 ou FLT3-TKD/I836

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être poursuivi aussi longtemps qu'il apporte des bienfaits cliniques ou jusqu'à l'apparition d'une toxicité inacceptable.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 6 mois.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

GIVOSIRAN (GIVLAARI)
Fiole à usage unique de 189 mg/mL

Pour le traitement des patients adultes atteints de porphyrie hépatique aiguë (PHA) qui répondent à tous les critères suivants :

- Diagnostic de PHA confirmé par dosage de l'acide delta-aminolévulinique (ALA) ou du porphobilinogène (PBG) dans l'urine ou par un test génétique.
- Quatre crises de porphyrie ou plus ayant nécessité une hospitalisation, une visite médicale urgente ou l'administration d'hémine par voie intraveineuse au cours de l'année précédant l'instauration du traitement par givosiran.

Critère de renouvellement :

- Une réduction du taux de crises annualisées ayant nécessité une hospitalisation, une visite médicale urgente ou l'administration d'hémine par voie intraveineuse après 12 mois de traitement, par rapport à la situation initiale.

Notes cliniques :

1. La documentation d'un diagnostic confirmé de PHA doit être fournie.
2. Le nombre de crises de porphyrie survenues au cours de l'année précédant le début du traitement par givosiran, y compris les dates approximatives et la prise en charge de chaque crise (c.-à-d. hospitalisation, visite médicale urgente, administration d'hémine par voie intraveineuse), doit être indiqué dans la demande initiale.
3. Le taux de crises annualisées (c'est-à-dire le nombre de crises au cours d'une période donnée) doit être indiqué dans chaque demande de renouvellement.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un médecin expérimenté dans la gestion de la PHA.
- Les demandes pour givosiran en association avec de l'hémine prophylactique ne seront pas admissibles.
- Une dose maximale de 2,5 mg/kg une fois par mois sera approuvée.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

GLÉCAPRÉVIR ET PIBRENTASVIR (MAVIRET)
Comprimé de 100 mg / 40 mg
Sachet de 50 mg / 20 mg

Pour les patients âgés de 3 ans et plus atteints d'une infection chronique au virus de l'hépatite C (VHC) qui ont déjà été traités ou qui n'ont jamais subi de traitement et qui ont une valeur quantitative confirmée d'ARN du VHC obtenue au cours des 12 derniers mois.

Période d'approbation	
Genotypes 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 <ul style="list-style-type: none"> • qui n'ont jamais subi de traitement 	8 semaines
Genotypes 1, 2, 4, 5 ou 6 <ul style="list-style-type: none"> • Patient ayant déjà reçu un traitement contenant du peginterféron/de la ribavirine (PR) et/ou du sofosbuvir (SOF) 	8 semaines (12 semaines avec cirrhose)
Genotype 1 <ul style="list-style-type: none"> • Patient n'ayant jamais reçu de traitement avec un inhibiteur de la NS5A et ayant reçu un traitement contenant : <ul style="list-style-type: none"> - du bocéprévir/PR; ou - du siméprévir(SMV)/SOF; ou - du SMV/PR; ou - du télaprévir/PR 	12 semaines
Genotype 1 <ul style="list-style-type: none"> • Patient n'ayant jamais reçu de traitement avec un inhibiteur de la NS3/4A et ayant reçu un traitement contenant : <ul style="list-style-type: none"> - du daclatasvir (DCV)/SOF; ou - du DCV/PR; ou - du lédipasvir/SOF 	16 semaines
Genotype 3 <ul style="list-style-type: none"> • Patient ayant reçu un traitement contenant du PR et/ou du SOF. 	16 semaines

Note clinique :

- Le génotype doit être fourni pour les patients qui ont déjà été traités.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le traitement doit être prescrit par un hépatologue, un gastroentérologue ou un infectiologue (ou un autre prescripteur qui a de l'expérience dans le traitement de l'infection au virus de l'hépatite C).
- Les demandes seront considérées pour les personnes présentement inscrites dans les Régimes ACDEFGV.
- Les sachets sont admissibles uniquement pour les enfants de 3 ans ou plus qui pèsent entre 12 et 45 kg.
- Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

**GLUCAGON (BAQSIMI)
Poudre nasale de 3 mg**

Pour les patients sous insuline qui présentent un risque élevé d'hypoglycémie.

Notes pour les demandes de règlement :

- Un maximum de 2 doses sera remboursé par année sans autorisation spéciale.
- Les demandes d'autorisation spéciale pour des doses supplémentaires seront acceptées pour un maximum d'une dose par mois.
- La demande doit préciser le besoin clinique pour plus de 2 doses par 12 mois, y compris le nombre des doses prévus.

**GLUCONATE FERRIQUE DE SODIUM (FERRLECIT)
Fiole de 12,5 mg/mL**

Pour le traitement de l'anémie ferriprive chez les patients qui :

- ont une intolérance aux préparations de fer à prise orale; ou
- n'ont pas répondu à l'administration de fer par voie orale après quatre semaines d'essai.

Notes cliniques :

- L'anémie ferriprive se caractérise par un taux d'hémoglobine (Hb) de ≤ 130 g/L et un taux de ferritine de ≤ 30 mcg/L ou un coefficient de saturation de la transferrine (CST) de ≤ 30 %.
- Les plus récents résultats relatifs aux taux d'hémoglobine et de ferritine/CST doivent être joints à la demande.

GOLIMUMAB (SIMPONI)

Auto-injecteur et seringues préremplies de 50 mg / 0,5 mL et de 100 mg/mL

Arthrite psoriasique

- Pour le traitement de l'arthrite psoriasique à prédominance axiale chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose maximale tolérée pendant une période minimale de deux semaines chacun.
- Pour le traitement de l'arthrite psoriasique à prédominance périphérique chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication :
 - à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose maximale tolérée pendant une période minimale de deux semaines chacun; et
 - au méthotrexate (par voie orale ou parentérale) à une dose de supérieur ou égal à 20 mg par semaine (supérieur ou égal à 15 mg si le patient est âgé de supérieur ou égal à 65 ans) pendant au moins 8 semaines; et
 - au léflunomide pris pendant au moins 10 semaines ou à la sulfasalazine prise pendant au moins 3 mois.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires aux traitements. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour un maximum de 50 mg par mois.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

Colite ulcéreuse

Pour le traitement des patients adultes souffrant d'une colite ulcéreuse d'intensité modérée à grave dont le score Mayo partiel est supérieur à 4, et le sous-score de saignement rectal est supérieur ou égal à 2, et qui sont:

- réfractaires ou intolérants au traitement traditionnel (c.-à-d., aminosalicyles pour un minimum de quatre semaines et prednisone supérieur ou égal à 40 mg tous les jours pendant 2 semaines ou l'équivalent en IV pendant une semaine); ou
- dépendants des corticostéroïdes (c.-à-d., les patients ne peuvent pas réduire la dose de corticostéroïdes sans que la maladie ne récidive; ou qui ont eu une rechute dans les 3 mois suivant l'arrêt des corticostéroïdes; ou qui doivent recevoir 2 séries de doses de corticostéroïdes ou plus par année).

Critères de renouvellement :

- une diminution d'au moins 2 points du score Mayo partiel depuis l'évaluation initiale; et,
- une diminution d'au moins 1 point du sous-score de saignement rectal.

Notes cliniques :

1. Nous considérerons les demandes des patients qui n'ont pas effectué d'essai de quatre semaines d'aminosalicylates si la maladie est grave (score Mayo partiel supérieur à 6).
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires ou de contre-indications aux traitements tels que définis dans la monographie du produit. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin avec une spécialité en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques, avec des inhibiteurs de Janus kinases ou avec des modulateurs des récepteurs de la sphingosine 1-phosphate ne sera pas remboursée.
- Une dose maximale de 200 mg sera approuvée pour la semaine 0, puis de 100 mg pour la semaine 2 et enfin, de 100 mg toutes les quatre semaines par la suite.
- Période d'approbation initiale : 3 mois.
- Période d'approbation de renouvellement: 1 an.

Polyarthrite rhumatoïde

Indiqué pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde évolutive modérément à sévèrement active, en association avec du méthotrexate ou d'autres antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM), chez les patients adultes qui sont réfractaires intolérants ou de contre-indications au :

- méthotrexate (par voie orale ou parentérale), pris seul ou en combinaison avec d'autres ARMM, à une dose de supérieur ou égal à 20 mg par semaine (supérieur ou égal à 15 mg si le patient est âgé de supérieur ou égal à 65 ans) pendant au moins 12 semaines; et
- méthotrexate en association avec au moins deux autres ARMM, tels que l'hydroxychloroquine et la sulfasalazine, pendant au moins 12 semaines.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Une réponse optimale au traitement par ARMM peut prendre jusqu'à 24 semaines. Toutefois, si aucune amélioration n'est perçue après 12 semaines de trithérapie avec ARMM, la couverture peut être envisagée.
3. Si le patient présente une intolérance à la trithérapie avec ARMM, cette dernière doit être décrite et une double thérapie avec ARMM doit être entreprise.
4. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
5. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 50 mg par mois.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

Spondylarthrite ankylosante

Indiqués pour le traitement des patients adultes atteints de spondylarthrite ankylosante d'intensité modérée à grave (p. ex. score supérieur ou égal à 4 sur 10 mesuré à l'aide de l'indice d'activité de la spondylarthrite ankylosante de Bath [Bath AS Disease Activity Index – BASDAI]) qui :

- présentent des symptômes axiaux et qui n'ont pas réagi à l'usage séquentiel d'au moins deux AINS à la dose optimale sur une période minimale de 2 semaines chaque ou chez qui les traitements par AINS sont contre-indiqués; ou
- ont des symptômes périphériques et qui ne répondent pas, ou qui ont des contre-indications, à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose optimale pendant une période minimale de 2 semaines chaque et qui ont réagi inadéquatement à la dose optimale ou à la dose de tolérance maximale d'un ARMM.

Critères de renouvellement :

- une diminution d'au moins deux points sur l'échelle BASDAI, comparativement au score obtenu avant le traitement; ou
- réponse clinique adéquate, déterminée par une amélioration fonctionnelle importante (mesurée par les résultats de tests tels que le questionnaire d'évaluation de l'état de santé [QEES] ou « la capacité à retourner au travail »).

Note clinique :

- Les patients souffrant d'uvéite récurrente (au moins deux épisodes sur une période de 12 mois) comme complication d'une maladie du squelette axial n'ont pas à essayer les AINS seuls.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 50 mg par mois.
- Période d'approbation initiale : 4 mois.
- Période d'approbation de renouvellement: 1 an.

GUSELKUMAB (TREMIFYA)

Dispositif d'injection contrôlable et seringue préremplie de 100 mg/mL

Arthrite psoriasique

- Pour le traitement de l'arthrite psoriasique à prédominance axiale chez les patients adultes qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose maximale tolérée pendant une période minimale de deux semaines chacun.
- Pour le traitement de l'arthrite psoriasique à prédominance périphérique chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication :
 - à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose maximale tolérée pendant une période minimale de deux semaines chacun; et
 - au méthotrexate (par voie orale ou parentérale) à une dose supérieure ou égale à 20 mg par semaine (supérieure ou égale à 15 mg si le patient est âgé de 65 ans ou plus) pendant au moins 8 semaines; et
 - au léflunomide pris pendant au moins 10 semaines ou à la sulfasalazine prise pendant au moins 3 mois.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires aux traitements. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Une dose maximale de 100 mg sera approuvée aux semaines 0 et 4, puis toutes les huit semaines par la suite.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Une confirmation de la réponse est requise.

Psoriasis en plaques

Pour le traitement du psoriasis en plaques chronique modéré à grave chez les patients adultes qui répondent à tous les critères suivants :

- Score PASI (Psoriasis Area and Severity Index) supérieur à 10 et score DLQI (Dermatology Life Quality Index) supérieur à 10, ou atteinte majeure des zones visibles, du cuir chevelu, des organes génitaux ou des ongles;
- Réfractaire ou intolérance à la photothérapie ou incapacité à y avoir accès;
- Réfractaire, intolérance ou contre-indications à méthotrexate (par voie orale ou parentérale), à une dose supérieure ou égale à 20 mg par semaine (supérieure ou égale à 15 mg si le patient est âgé de 65 ans ou plus) pendant au moins 12 semaines.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires aux traitements. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Une dose maximale de 100 mg sera approuvée aux semaines 0 et 4, puis toutes les huit semaines par la suite.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Une confirmation de la réponse est requise.

IBRUTINIB (IMBRUVICA)

Capsule de 140 mg

1. En monothérapie pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique (LLC)/du lymphome à petits lymphocytes (LPL) chez les patients adultes n'ayant jamais été traités auparavant et pour qui le traitement à base de fludarabine est considéré comme inapproprié en raison des risques élevés d'anomalies cytogénétiques (c.-à-d., une délétion 17p, une mutation TP53 ou un IGHV non muté).
2. En monothérapie pour le traitement des patients atteints de leucémie lymphoïde chronique (LLC) ou d'un lymphome à petits lymphocytes (LPL) ayant reçu au moins un traitement antérieur.
3. En monothérapie pour le traitement des patients atteints du lymphome à cellules du manteau en rechute ou réfractaire.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que la patiente répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. La patiente doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être interrompu en cas de progression de la maladie ou de toxicité inacceptable.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas prises en considération dans le cas des patients dont la maladie a évolué pendant un traitement avec un inhibiteur de la tyrosine kinase de Burton (BTK) ou Idélalisib.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

ICATIBANT (FIRAZYR et marque générique) **Seringue préremplie de 30 mg / 3 mL**

Pour le traitement des crises aiguës d'angio-oedème héréditaire de type I ou II chez les adultes dont les résultats des analyses laboratoires confirment une carence en inhibiteur de la C1 estérase, ou si les conditions suivantes sont respectées:

- crises non laryngées qui soient au moins de sévérité modérée
- OU
- crises laryngées aiguës.

Notes cliniques :

1. La prise de plus de trois doses dans une période de 24 heures n'est pas recommandée.
2. L'innocuité de la prise de plus de 8 injections par mois n'a pas été étudiée dans le cadre d'essais cliniques.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un médecin ayant l'expérience du traitement de l'angio-oedème héréditaire, ou prescrit en consultation avec un tel médecin.
- La couverture se limite à une seule dose par crise.
- La quantité maximale remise en une seule fois est de deux doses.

ICOSAPENT ÉTHYLE (VASCEPA) **Capsule de 1 g**

Pour réduire le risque d'événements cardiovasculaires (décès d'origine cardiovasculaire, infarctus du myocarde non fatal, accident vasculaire cérébral non fatal, revascularisation coronaire ou hospitalisation pour angine de poitrine instable) chez les patients traités par des statines présentant un taux de triglycérides élevé et qui respectent tous les critères suivants :

- Ils sont âgés d'au moins 45 ans
- Ils présentent une maladie cardiovasculaire établie
- Au départ, ils présentent un taux de triglycérides à jeun situé entre 1,7 mmol/L et 5,6 mmol/L, mesuré dans les trois mois précédant le début du traitement par Vascepa
- Ils présentent un taux de cholestérol à lipoprotéines de faible densité (C-LDL) situé entre 1,0 mmol/L et 2,6 mmol/L
- Ils ont reçu une dose maximale tolérée de statines pendant au moins 4 semaines dans l'objectif d'atteindre un C-LDL de moins de 2,0 mmol/L

Note clinique :

- Les taux de C-LDL et de triglycéride doivent être fournis.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les approbations seront pour une dose maximale de 4 g par jour.
- Période d'approbation : 1 an.

IDÉLALISIB (ZYDELIG) **Comprimés pelliculés de 100 mg et de 150 mg**

Pour le traitement des patients atteints de leucémie lymphoïde chronique/lymphome à petits lymphocytes récidivante, en association avec rituximab.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou que des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas prises en considération dans le cas des patients dont la maladie a évolué pendant un traitement avec un inhibiteur de la tyrosine kinase de Burton (BTK), sauf s'il s'agit de préparer une greffe.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 12 mois.

IMIQUIMOD (ALDARA P et marque générique) **Crème 5%**

1. Pour le traitement des verrues génitales et périanales externes (condylomes acuminés).

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 16 semaines.

2. Pour le traitement de la kératose sénile chez les patients qui n'ont pas réagi au traitement par le 5-Fluorouracil (5-FU) et à la cryothérapie.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 16 semaines.

3. Pour le traitement du carcinome basocellulaire superficiel confirmé par biopsie:

- Avec une tumeur de ≤ 2 cm

ET

- Situé sur le tronc, les extrémités ou le cou (à l'exclusion des mains et des pieds)

ET

- Lorsqu'une chirurgie ou la radiothérapie n'est pas indiquée comme traitement

- Lésions récurrentes dans une région déjà irradiées <http://vwnpr306.com/lib/PP/0006>

OU

- lésions multiples, trop nombreuses pour être irradiées ou enlevées par chirurgie.

Note clinique :

- La gestion par chirurgie devrait être considérée comme un traitement de première ligne pour les carcinomes basocellulaires superficiels chez la plupart des patients, particulièrement pour les lésions isolées.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 6 semaines.

INCOBOTULINUMTOXINEA (XEOMIN)

50 LD₅₀ units par fiole et 100 LD₅₀ units pour fiole

- Pour le traitement du blépharospasme chez les patients de 18 ans et plus.
- Pour le traitement de la dystonie cervicale (torticollis spasmodique) chez les patients de 18 ans et plus.

INDACATEROL, BROMURE DE GLYCOPYRRONIUM ET MOMETASONE (ENERZAIR BREEZHALER)

Poudre pour inhalation de 160 mcg / 50 mcg / 150 mcg

Pour le traitement de l'asthme chez les patients dont l'état n'est pas bien maîtrisé par un corticostéroïde pour inhalation pris en dose intermédiaire ou élevée et un bêta2-agoniste à longue durée d'action et qui ont présenté une ou plusieurs exacerbations de l'asthme au cours des 12 derniers mois.

INFLIXIMAB (AVSOLA, RENFLEXIS)

Fiole de 100 mg

Arthrite psoriasique

- Pour le traitement de l'arthrite psoriasique à prédominance axiale chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose maximale tolérée pendant une période minimale de deux semaines chacun.
- Pour le traitement de l'arthrite psoriasique à prédominance périphérique chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication :
 - à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose maximale tolérée pendant une période minimale de deux semaines chacun; et
 - au méthotrexate (par voie orale ou parentérale) à une dose de supérieur ou égal à 20 mg par semaine (supérieur ou égal à 15 mg si le patient est âgé de supérieur ou égal à 65 ans) pendant au moins 8 semaines; et
 - au léflunomide pris pendant au moins 10 semaines ou à la sulfasalazine prise pendant au moins 3 mois.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires aux traitements. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture d'infliximab seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Colite ulcéreuse

Pour le traitement des patients souffrant d'une colite ulcéreuse d'intensité modérée à grave dont le score Mayo partiel est supérieur à 4, et le sous-score de saignement rectal est supérieur ou égal à 2, et qui sont :

- réfractaires ou intolérants au traitement traditionnel (c.-à-d., aminosalicyles pour un minimum de 4 semaines et prednisonne supérieur ou égal à 40 mg tous les jours pendant 2 semaines ou l'équivalent en IV pendant une semaine); ou
- dépendants des corticostéroïdes (c.-à-d., les patients ne peuvent pas réduire la dose de corticostéroïdes sans que la maladie ne récidive; ou qui ont eu une rechute dans les 3 mois suivant l'arrêt des corticostéroïdes; ou qui doivent recevoir 2 séries de doses de corticostéroïdes ou plus par année).

Critères de renouvellement :

- une diminution d'au moins 2 points du score Mayo partiel depuis l'évaluation initiale; et,
- une diminution d'au moins 1 point du sous-score de saignement rectal.

Notes cliniques :

1. Nous considérerons les demandes des patients qui n'ont pas effectué d'essai de 4 semaines d'aminosalicylates si la maladie est grave (score Mayo partiel supérieur à 6).
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires ou de contre-indications aux traitements tels que définis dans la monographie du produit. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin avec une spécialité en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques, avec des inhibiteurs de Janus kinases ou avec des modulateurs des récepteurs de la sphingosine 1-phosphate ne sera pas remboursée.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture d'infliximab seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation de renouvellement : long terme.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Maladie de Crohn

Pour le traitement des patients souffrant de la maladie de Crohn modérée à grave qui ont des contre-indications ou qui sont réfractaires à un traitement avec corticostéroïdes et d'autres traitements immunosuppresseurs.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin avec une spécialité en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture d'infliximab seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Polyarthrite rhumatoïde

Indiqué pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde évolutive modérément à sévèrement active, en association avec du méthotrexate ou d'autres antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM), chez les patients adultes qui sont réfractaires intolérants ou de contre-indications au :

- méthotrexate (par voie orale ou parentérale), pris seul ou en combinaison avec d'autres ARMM, à une dose de supérieur ou égal à 20 mg par semaine (supérieur ou égal à 15 mg si le patient est âgé de supérieur ou égal à 65 ans) pendant au moins 12 semaines; et
- méthotrexate en association avec au moins deux autres ARMM, tels que l'hydroxychloroquine et la sulfasalazine, pendant au moins 12 semaines.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Une réponse optimale au traitement par ARMM peut prendre jusqu'à 24 semaines. Toutefois, si aucune amélioration n'est perçue après 12 semaines de trithérapie avec ARMM, la couverture peut être envisagée.
3. Si le patient présente une intolérance à la trithérapie avec ARMM, cette dernière doit être décrite et une double thérapie avec ARMM doit être entreprise.

4. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
5. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture d'infliximab seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Psoriasis en plaques

Pour le traitement du psoriasis en plaques chronique modéré à grave chez les patients adultes qui répondent à tous les critères suivants :

- Score PASI (Psoriasis Area and Severity Index) supérieur à 10 et score DLQI (Dermatology Life Quality Index) supérieur à 10, ou atteinte majeure des zones visibles, du cuir chevelu, des organes génitaux ou des ongles;
- Absence de réponse ou intolérance à la photothérapie ou incapacité à y avoir accès;
- Absence de réponse, intolérance ou contre-indications à méthotrexate (par voie orale ou parentérale), à une dose supérieure ou égale à 20 mg par semaine (supérieure ou égale à 15 mg si le patient est âgé de 65 ans ou plus) pendant au moins 12 semaines.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires aux traitements. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture d'infliximab seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Spondylarthrite ankylosante

Indiqués pour le traitement des patients adultes atteints de spondylarthrite ankylosante d'intensité modérée à grave (p. ex. score supérieur ou égal à 4 sur 10 mesuré à l'aide de l'indice d'activité de la spondylarthrite ankylosante de Bath [Bath AS Disease Activity Index – BASDAI]) qui :

- présentent des symptômes axiaux et qui n'ont pas réagi à l'usage séquentiel d'au moins deux AINS à la dose optimale sur une période minimale de 2 semaines chaque ou chez qui les traitements par AINS sont contre-indiqués; ou
- ont des symptômes périphériques et qui ne répondent pas, ou qui ont des contre-indications, à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose optimale pendant une période minimale de 2 semaines chaque et qui ont réagi inadéquatement à la dose optimale ou à la dose de tolérance maximale d'un ARMM.

Critères de renouvellement :

- une diminution d'au moins deux points sur l'échelle BASDAI, comparativement au score obtenu avant le traitement; ou
- réponse clinique adéquate, déterminée par une amélioration fonctionnelle importante (mesurée par les résultats de tests tels que le questionnaire d'évaluation de l'état de santé [QEES] ou « la capacité à retourner au travail »).

Note clinique :

- Les patients souffrant d'uvéite récurrente (au moins deux épisodes sur une période de 12 mois) comme complication d'une maladie du squelette axial n'ont pas à essayer les AINS seuls.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.

- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture d'infliximab seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

INSULINE DÉTÉMIR (LEVEMIR) Cartouches Penfill de 100 U/mL

1. Pour le traitement des patients atteints de diabète de type 1 ou de type 2 qui ont pris d'autres analogues de l'insuline à action prolongée (insuline glargine et insuline degludec), et qui ont :
 - vécu des épisodes inexplicables d'hypoglycémie nocturne au moins une fois par mois malgré une gestion optimale; ou
 - des réactions allergiques documentées graves ou continues, systémiques ou localisées.
2. Pour le traitement des enfants et des adolescents atteints de diabète de type 1.
3. Pour le traitement des personnes enceintes atteintes de diabète de type 1 ou de type 2 nécessitant de l'insuline.

INTERFÉRON BÊTA-1A (AVONEX PEN et AVONEX PS) Auto-injecteur et seringue préremplie de 30 mcg / 0,5 ml

1. Pour le traitement des patients adultes qui ont subi un syndrome clinique isolé.
2. Pour le traitement de la forme récurrente-rémittente de la sclérose en plaques (SPRR) chez les patients adultes qui répondent aux critères suivants :
 - Diagnostic confirmé selon les critères de McDonald;
 - Au moins une rechute invalidante ou nouvelle activité révélée par un examen d'imagerie par résonance magnétique au cours des deux dernières années;
 - Patient ambulatoire, avec ou sans aide (c.-à-d. score récent de 6,5 ou moins sur l'échelle étendue du statut d'invalidité [EDSS]).

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté chez les patients dont le score à l'échelle EDSS est de 7 ou plus.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes présentées par les personnes inscrites aux Plans ACDEFGHV seront examinées.
- Les ordonnances rédigées par des neurologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- L'utilisation combinée avec d'autres agents modificateurs de la maladie destinés au traitement de la SPRR ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation: 2 ans.

INTERFÉRON BÊTA-1A (REBIF) Seringues préremplies de 22 mcg / 0,5 mL et de 44 mcg / 0,5 mL Cartouches de 66 mcg / 1,5 mL et de 132 mcg / 1,5 mL

1. Pour le traitement des patients adultes qui ont subi un syndrome clinique isolé.
2. Pour le traitement de la forme récurrente-rémittente de la sclérose en plaques (SPRR) chez les patients adultes qui répondent aux critères suivants :
 - Diagnostic confirmé selon les critères de McDonald;
 - Au moins une rechute invalidante ou nouvelle activité révélée par un examen d'imagerie par résonance magnétique au cours des deux dernières années;
 - Patient ambulatoire, avec ou sans aide (c.-à-d. score récent de 6,5 ou moins sur l'échelle étendue du statut d'invalidité [EDSS]).

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté chez les patients dont le score à l'échelle EDSS est de 7 ou plus.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes présentées par les personnes inscrites aux Plans ACDEFGHV seront examinées.
- Les ordonnances rédigées par des neurologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- L'utilisation combinée avec d'autres agents modificateurs de la maladie destinés au traitement de la SPRR ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation: 2 ans.

INTERFÉRON BÊTA-1B (BETASERON)

Fiole à usage unique de 0,3mg

1. Pour le traitement des patients adultes qui ont subi un syndrome clinique isolé.
2. Pour le traitement de la forme récurrente-rémittente de la sclérose en plaques (SPRR) chez les patients adultes qui répondent aux critères suivants :
 - Diagnostic confirmé selon les critères de McDonald;
 - Au moins une rechute invalidante ou nouvelle activité révélée par un examen d'imagerie par résonance magnétique au cours des deux dernières années;
 - Patient ambulatoire, avec ou sans aide (c.-à-d. score récent de 6,5 ou moins sur l'échelle étendue du statut d'invalidité [EDSS]).
3. Pour le traitement de la sclérose en plaques progressive secondaire (SPPS) chez les patients adultes qui répondent aux critères suivants :
 - Antécédents de SPRR;
 - Patient ambulatoire, avec ou sans aide (c.-à-d. score récent de 6,5 ou moins sur l'échelle étendue du statut d'invalidité [EDSS]).

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté chez les patients dont le score à l'échelle EDSS est de 7 ou plus.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour Betaseron présentées par les personnes inscrites aux Plans ACDEFGHV seront examinées.
- Les ordonnances rédigées par des neurologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- L'utilisation combinée avec d'autres agents modificateurs de la maladie destinés au traitement de la SP ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation: 2 ans.

ISAVUCONAZOLE (CRESEMBA)

Capsule de 100 mg

Fiole de 200 mg

- Pour le traitement des patients adultes atteints d'aspergillose invasive qui n'ont pas répondu ou qui présentent une contre-indication ou une intolérance au voriconazole oral et à la caspofongine.
- Pour le traitement des patients adultes atteints de mucormycose invasive.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un spécialiste des maladies infectieuses ou un microbiologiste médical.
- Les demandes initiales seront approuvées pour un maximum de 3 mois.
- Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

ITRACONAZOLE (marques génériques)

Solution orale à 10 mg/mL

Pour le traitement de la candidose buccale et/ou œsophagienne chez les adultes immunodéprimés.

Note clinique :

- La solution orale d'itraconazole n'est pas interchangeable avec les capsules d'itraconazole en raison de différences relatives à la biodisponibilité.

IVABRADINE (LANCORA)

Comprimés pelliculés à 5 mg et de 7,5 mg

Pour le traitement de l'insuffisance cardiaque stable de classe II ou III de la New York Heart Association (NYHA), en association avec un traitement standard, afin de réduire l'incidence des décès et des hospitalisations d'origine cardiovasculaire, chez les patients adultes qui répondent à tous les critères suivants :

- fraction d'éjection ventriculaire gauche inférieure ou égale 35%;
- rythme sinusal et fréquence cardiaque au repos ≥ 77 battements par minute (bpm);
- symptômes de classe II ou III, selon la NYHA, malgré au moins 4 semaines de traitement avec les médicaments suivants :
 - dose stable d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II); et
 - une dose stable d'un bêtabloquant; et
 - un antagoniste des récepteurs des minéralocorticoïdes (ARM).

Notes cliniques :

1. La fréquence cardiaque au repos doit être de ≥ 77 bpm en moyenne, selon un ECG enregistré lors d'au moins trois consultations distinctes ou au moyen d'une méthode de surveillance continue.

2. Des détails doivent être fournis dans le cas des patients qui n'ont pas suivi un traitement de 4 semaines avec un IECA/ARA II, bêtabloquant et un ARM en raison d'une intolérance ou d'une contre-indication.
3. La mise en route du traitement et l'augmentation de la dose doivent être effectuées sous la supervision d'un médecin expérimenté dans le traitement des patients atteints d'insuffisance cardiaque.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : long terme.

**IVACAFTOR (KALYDECO)
Comprimé de 150 mg**

Pour le traitement de la fibrose kystique chez les patients :

- âgés de 6 ans ou plus qui présentent l'une des mutations suivantes du gène régulateur de la perméabilité transmembranaire de la fibrose kystique (gène CFTR) : G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N ou S549R; ou
- âgés de 18 ans ou plus qui présentent la mutation R117H du gène CFTR.

Critère de renouvellement :

- Les demandes de renouvellement seront prises en considération pour les patients qui ont présenté une réponse documentée au traitement, démontrée par l'un des éléments suivants :

Dans les cas où la concentration initiale de chlorure dans la sueur était supérieure à 60 mmol/L :

- la concentration de chlorure dans la sueur du patient est descendue sous 60 mmol/L; ou
- la concentration de chlorure dans la sueur du patient a diminué d'au moins 30 %.

Dans les cas où la concentration initiale de chlorure dans la sueur était inférieure à 60 mmol/L :

- la concentration de chlorure dans la sueur du patient a diminué d'au moins 30 %; ou
- le patient présente une amélioration absolue et soutenue du VEMS d'au moins 5 %, comparativement à l'évaluation du VEMS effectuée avant le début du traitement. Le VEMS sera comparé avec la valeur préthérapeutique initiale un mois et trois mois après le début du traitement.

Notes cliniques :

1. La concentration de chlorure dans la sueur du patient et le VEMS doivent être indiqués dans chaque demande.
2. Une évaluation de la concentration de chlorure dans la sueur doit être effectuée quelques mois après le début du traitement par l'ivacaftor, afin de déterminer si la concentration de chlorure dans la sueur diminue.
 - Si la diminution prévue survient, une évaluation de la concentration de chlorure dans la sueur doit être effectuée à nouveau six mois après le début du traitement, afin de déterminer si la diminution complète prévue a bel et bien été obtenue. Ensuite, la concentration de chlorure dans la sueur doit être vérifiée chaque année.
 - Si la diminution prévue ne survient pas, une évaluation de la concentration de chlorure dans la sueur doit être effectuée à nouveau une semaine plus tard. Si les critères ne sont pas respectés, la couverture cessera.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes sont admissibles pour les personnes inscrites aux régimes ACDEFGV.
- Le patient doit être sous les soins d'un médecin ayant l'expérience du diagnostic et de la prise en charge de la fibrose kystique.
- L'utilisation combinée de plus d'un modulateur de la perméabilité transmembranaire de la fibrose kystique ne sera pas remboursée.
- Posologie approuvée : 150 mg toutes les 12 heures.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

**ÉLÉXACAFTOR / TÉZACAFTOR / IVACAFTOR et IVACAFTOR (TRIKAFTA)
Comprimés de 50 mg / 25 mg / 37,5 mg et comprimés de 75 mg
Comprimés de 100 mg / 50 mg / 75 mg et comprimés de 150 mg**

Pour le traitement de la fibrose kystique (FK) chez les patients de 6 ans et plus qui présentent au moins une mutation admissible du gène régulateur de la perméabilité transmembranaire de la fibrose kystique (gène CFTR) répondant à l'association éléxacaftor, tézacaftor, et ivacaftor selon les données cliniques et/ou les données in vitro.

Critères de renouvellement initial :

Le patient doit répondre à l'un des critères suivants :

- Augmentation d'au moins 5 % du pourcentage de la valeur prédite du VEMS par rapport à la valeur initiale.
- Diminution du nombre total de jours de traitement par des antibiotiques par voie orale et/ou intraveineuse pour des exacerbations pulmonaires par rapport à la période de 6 mois précédant le début du traitement.
- Diminution du nombre total d'exacerbations pulmonaires nécessitant l'administration d'antibiotiques par voie orale et/ou intraveineuse par rapport à la période de 6 mois précédant le début du traitement.

- Diminution du nombre d'hospitalisations liées à la fibrose kystique par rapport à la période de 6 mois précédant le début du traitement.
- Aucune diminution de l'indice de masse corporelle (IMC) ou du score z de l'IMC (pour les enfants) après 6 mois de traitement par rapport à la valeur initiale.
- Augmentation de 4 points ou plus du score respiratoire au questionnaire modifié sur la fibrose kystique (CFQ-R) par rapport à la valeur initiale.

Critère de renouvellement subséquent :

- Une preuve que le patient continue de tirer des bienfaits du traitement doit être fournie pour au moins un des paramètres énoncés ci-dessus à la fin de chaque période de 12 mois.

Notes cliniques :

1. Les mutations admissibles comprennent la mutation F508del et les autres mutations indiquées dans la monographie de produit de Trikafta.
2. Les valeurs initiales suivantes doivent être fournies avant le début du traitement :
 - VEMS en pourcentage de la valeur prédite mesuré dans la période de 3 mois précédant le début du traitement.
 - Nombre total de jours de traitement par des antibiotiques par voie orale et/ou intraveineuse pour des exacerbations pulmonaires dans la période de 6 mois précédant le début du traitement.
 - Nombre total d'exacerbations pulmonaires ayant nécessité l'administration d'antibiotiques par voie orale et/ou intraveineuse dans la période de 6 mois précédant le début du traitement.
 - Nombre d'hospitalisations liées à la fibrose kystique dans la période de 6 mois précédant le début du traitement.
 - IMC ou score z de l'IMC pour les enfants.
 - Score respiratoire au CFQ-R.
3. Les demandes ne seront pas admissibles dans le cas des patients qui ont subi une transplantation pulmonaire.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes des personnes inscrites aux régimes ACDEFGV seront examinées.
- Le patient doit être sous les soins d'un médecin ayant l'expérience du diagnostic et de la prise en charge de la fibrose kystique.
- L'utilisation combinée de plus d'un modulateur de la perméabilité transmembranaire de la fibrose kystique ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation initiale : 7 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

ÉLÉXACAFITOR / TÉZACAFITOR / IVACAFITOR et IVACAFITOR (TRIKAFTA)

Granules de 80 mg / 40 mg / 60 mg et granules de 59,5 mg

Granules de 100 mg / 50 mg / 75 mg et granules de 75 mg

Pour le traitement de la fibrose kystique (FK) chez les patients de 2 à 5 ans qui présentent au moins une mutation admissible du gène régulateur de la perméabilité transmembranaire de la fibrose kystique (gène CFTR) répondant à l'association éléxacaftor, tézacaftor, et ivacaftor selon les données cliniques et/ou les données in vitro.

Critères de renouvellement initial :

Le patient doit répondre à l'un des critères suivants :

- Diminution du nombre total de jours de traitement par des antibiotiques par voie orale et/ou intraveineuse pour des exacerbations pulmonaires par rapport à la période de 6 mois précédant le début du traitement.
- Diminution du nombre total d'exacerbations pulmonaires nécessitant l'administration d'antibiotiques par voie orale et/ou intraveineuse par rapport à la période de 6 mois précédant le début du traitement.
- Aucune diminution du score z de l'indice de masse corporelle (IMC) par rapport à la valeur initiale.

Critère de renouvellement subséquent :

- Une preuve que le patient continue de tirer des bienfaits du traitement doit être fournie pour au moins un des paramètres énoncés ci-dessus à la fin de chaque période de 12 mois.

Notes cliniques :

1. Les mutations admissibles comprennent la mutation F508del et les autres mutations indiquées dans la monographie de produit de Trikafta.
2. Les valeurs initiales suivantes doivent être fournies avant le début du traitement :
 - Nombre total de jours de traitement par des antibiotiques par voie orale et/ou intraveineuse pour des exacerbations pulmonaires dans la période de 6 mois précédant le début du traitement.
 - Nombre total d'exacerbations pulmonaires ayant nécessité l'administration d'antibiotiques par voie orale et/ou intraveineuse dans la période de 6 mois précédant le début du traitement.
 - Score z de l'IMC.
3. Les demandes ne seront pas admissibles dans le cas des patients qui ont subi une transplantation pulmonaire.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes des personnes inscrites aux régimes DFG seront examinées.
- Le patient doit être sous les soins d'un médecin ayant l'expérience du diagnostic et de la prise en charge de la fibrose kystique.
- L'utilisation combinée de plus d'un modulateur de la perméabilité transmembranaire de la fibrose kystique ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

IXÉKIZUMAB (TALTZ)

Auto-injecteur et seringue préremplie de 80 mg/mL

Arthrite psoriasique

- Pour le traitement de l'arthrite psoriasique à prédominance axiale chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose maximale tolérée pendant une période minimale de deux semaines chacun.
- Pour le traitement de l'arthrite psoriasique à prédominance périphérique chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication :
 - à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose maximale tolérée pendant une période minimale de deux semaines chacun; et
 - au méthotrexate (par voie orale ou parentérale) à une dose de supérieur ou égal à 20 mg par semaine (supérieur ou égal à 15 mg si le patient est âgé de supérieur ou égal à 65 ans) pendant au moins 8 semaines; et
 - au léflunomide pris pendant au moins 10 semaines ou à la sulfasalazine prise pendant au moins 3 mois.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée de traitements indiqués ci-dessus éthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires aux traitements. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité de 160 mg à la semaine 0, suivie de 80 mg toutes les quatre semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

Psoriasis en plaques

Pour le traitement du psoriasis en plaques chronique modéré à grave chez les patients adultes qui répondent à tous les critères suivants :

- Score PASI (Psoriasis Area and Severity Index) supérieur à 10 et score DLQI (Dermatology Life Quality Index) supérieur à 10, ou atteinte majeure des zones visibles, du cuir chevelu, des organes génitaux ou des ongles;
- Absence de réponse ou intolérance à la photothérapie ou incapacité à y avoir accès;
- Absence de réponse, intolérance ou contre-indications à méthotrexate (par voie orale ou parentérale), à une dose supérieure ou égale à 20 mg par semaine (supérieure ou égale à 15 mg si le patient est âgé de 65 ans ou plus) pendant au moins 12 semaines.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires aux traitements. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité de 160 mg à la semaine 0, suivie de 80 mg aux semaines 2, 4, 6, 8 et 10, puis 80 mg mensuellement.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

LACTULOSE (marques génériques)
Sirop de 667 mg/mL

Indiqué pour le traitement de l'encéphalopathie hépatique chez les patients qui souffrent d'une maladie du foie.

Note clinique :

- Veuillez prendre note que les demandes de règlement pour le traitement de la constipation ne sont pas admissibles.

LAMIVUDINE (marques génériques)
Comprimé de 100 mg

Pour le traitement de l'hépatite.

Note pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un hépatologue, un gastroentérologue, un infectiologue ou un autre médecin possédant de l'expérience dans le traitement de l'hépatite B.

LAMIVUDINE ET DOLUTÉGRAVIR (DOVATO)
Comprimé de 50 mg / 300 mg

Pour le traitement de l'infection par le VIH-1 chez les patients âgés de 12 ans ou plus et pesant au moins 40 kg, qui respectent les critères suivants :

- aucun traitement antérieur contre le VIH-1;
- charge virale égale ou inférieure à 500 000 copies/mL.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées pour les bénéficiaires du Régimes CU par un infectiologue ou un microbiologiste médical détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Période d'approbation : long terme.

LAMIVUDINE, TENOFOVIR DISOPROXIL ET DORAVIRINE (DELSTRIGO)
Comprimé de 300 mg / 300 mg / 100 mg

Pour le traitement de l'infection par le VIH-1 chez les patients adultes qui ne présentent aucune mutation connue associée à une résistance aux composants individuels de Delstrigo.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées pour les bénéficiaires du Régimes CU par un infectiologue ou un microbiologiste médical détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Période d'approbation : long terme.

LANADÉLUMAB (TAKHZYRO)
Fiole et seringue préremplie de 300 mg / 2 mL

Pour la prévention des angio-œdèmes héréditaires de type 1 ou de type 2 (AOH) chez les patients de 12 ans et plus qui ont subi au moins trois crises d'AOH dans une période de quatre semaines et qui ont dû recevoir un traitement injectable en cas d'attaque aiguë.

Critères d'arrêt du traitement :

- Aucune réduction du nombre de crises d'AOH pour lesquelles un traitement injectable en cas d'attaque aiguë a été reçu durant les trois premiers mois de traitement au lanadélumab par rapport au nombre de crises observé avant le début de traitement; ou
- Augmentation du nombre de crises d'AOH pour lesquelles un traitement injectable en cas d'attaque aiguë a été reçu par rapport au nombre de crises observé avant le début de traitement au lanadélumab.

Note clinique :

- Les statistiques de crises avant le traitement doivent être indiquées pour les patients qui ont déjà reçu un traitement de prophylaxie à long terme pour l'AOH et qui prévoient changer pour un traitement au lanadélumab.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le patient doit être sous les soins d'un médecin ayant l'expérience du diagnostic et du traitement de l'AOH.
- Ne doit pas être utilisé en association avec d'autres traitements de prophylaxie à long terme (p. ex. inhibiteur de l'estérase de C1).
- Une dose maximale de 300 mg toutes les 2 semaines sera approuvée.
- Période d'approbation initiale : 3 mois.

- Période d'approbation du renouvellement : 6 mois.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

**LANSOPRAZOLE (PREVACID et marques génériques)
Capsules à libération prolongée de 15 mg et de 30 mg**

- Pour les patients qui ont présenté un échec thérapeutique avec tous les inhibiteurs de la pompe à proton inscrits à titre de médicaments réguliers (p. ex., oméprazole, pantoprazole, rabéprazole).
- Lorsque préparé sous forme de suspension orale chez les patients de 18 ans et moins qui doivent recevoir un inhibiteur de la pompe à proton et qui ne peuvent prendre un comprimé ou une capsule.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : long terme.

**LANSOPRAZOLE (PREVACID FASTAB)
Comprimés à libération prolongée de 15 mg et de 30 mg**

Pour les patients dont les médicaments doivent être administrés au moyen d'une sonde d'alimentation ou qui ne peuvent prendre un comprimé ou une capsule.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : long terme.

**ANTHANE (FOSRENOL)
Comprimés à croquer de 500 mg, 750 mg et de 1000 mg**

Pour le traitement de l'hyperphosphatémie (taux sérique de phosphate supérieur à 1,8 mmol/L) chez les patients atteints d'insuffisance rénale terminale qui ont une intolérance à un autre chélateur de phosphate ou qui n'ont pas obtenu de maîtrise adéquate de leur taux de phosphate avec un autre chélateur de phosphate.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation: long terme.

**LAPATINIB (TYKERB)
Comprimé de 250 mg**

En association avec la capécitabine pour le traitement des patients atteints d'un cancer du sein HER2 positif non résecable, localement avancé ou métastatique lorsqu'il est utilisé comme :

- en traitement de première intention à la suite d'une rechute de la maladie pendant ou dans les six mois suivant la fin d'un traitement adjuvant par trastuzumab ou trastuzumab emtansine; ou
- en traitement de deuxième intention après progression de la maladie au cours d'un traitement par trastuzumab, avec ou sans pertuzumab, au stade avancé.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Note clinique :

- Le patient doit présenter un bon indice de performance.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation: 6 mois.

**LAROTRECTINIB (VITRAKVI)
Capsules de 25 mg et de 100 mg
Solution orale de 20 mg/ml**

En monothérapie pour le traitement des patients adultes et pédiatriques atteints de tumeurs solides non résecables, localement avancées ou métastatiques, qui répondent à l'ensemble des critères suivants :

- Les tumeurs ont une fusion du gène NTRK (récepteur tyrosine-kinase de la neurotrophine) sans mutation de résistance acquise connue;
- Pas d'autres options thérapeutiques satisfaisantes;
- Pas admissible à la chirurgie et/ou à la radiothérapie en raison d'un risque important de morbidité

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique, selon les résultats radiographiques, que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. La patiente doit présenter un bon indice de performance.
2. Si des métastases cérébrales sont présentes, les patients devraient être asymptomatiques.
3. Le traitement doit être arrêté en cas de confirmation radiographique que la maladie a progressé ou d'effets toxiques inacceptables.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas prises en considération dans le cas des patients dont la maladie a évolué pendant un traitement avec un inhibiteur des récepteurs TRK.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

LÉNALIDOMIDE (REVLIMID et marques génériques) Capsules de 2,5 mg, 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg et de 25 mg

Myélome multiple

1. Pour le traitement de première intention du myélome multiple nouvellement diagnostiqué chez les patients qui ne sont pas admissibles à la greffe de cellules souches, lorsque le médicament est utilisé :
 - en association avec la dexaméthasone, avec ou sans bortézomib; ou
 - en association avec le daratumumab et la dexaméthasone.
2. Pour le traitement des patients atteints de myélome multiple lorsqu'il est utilisé en association avec le bortézomib et la dexaméthasone comme traitement d'induction avant une greffe de cellules souches autologues.
3. Pour le traitement du myélome multiple récidivant ou réfractaire, lorsque le médicament est utilisé :
 - en association avec la dexaméthasone chez les patients dont la maladie n'a pas progressé pendant un traitement par le lénalidomide; ou
 - en association avec le carfilzomib et la dexaméthasone chez les patients dont la maladie n'a pas progressé pendant un traitement par le bortézomib ou le lénalidomide; ou
 - en association avec le daratumumab et la dexaméthasone chez les patients dont la maladie n'a pas progressé pendant un traitement par le lénalidomide.
4. Pour le traitement d'entretien du myélome multiple nouvellement diagnostiqué, chez les patients dont la maladie s'est stabilisée ou atténuée à la suite d'une greffe de cellules souches et qui ne présentent pas de signe de progression de la maladie.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.
2. Le patient doit présenter un bon indice de performance.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

Syndrome myélodysplasique

Pour le traitement de l'anémie causée par le syndrome myélodysplasique chez les patients qui répondent à tous les critères suivants :

- Présence d'une anomalie cytogénétique 5q de suppression
- Risque faible ou intermédiaire-1 selon l'IPSS (International Prognostic Scoring System)
- Anémie symptomatique avec dépendance transfusionnelle

Critères de renouvellement :

- Les patients qui ont une dépendance transfusionnelle doivent démontrer une réduction des besoins de transfusion d'au moins 50 %.
- Les demandes de renouvellement pour les patients qui n'ont pas de dépendance transfusionnelle seront considérées si les résultats d'une série de formule sanguine complète (FSC) (avant et après le traitement par le lénalidomide) et tout autre signe objectif de réponse au traitement sont fournis.

Note clinique :

- Les demandes pour les patients qui n'ont pas de dépendance transfusionnelle seront considérées. Le médecin doit fournir des preuves cliniques d'anémie symptomatique nuisant à la qualité de vie du patient, la raison pour laquelle des transfusions ne sont pas utilisées et les détails concernant les autres traitements prescrits pour traiter l'anémie.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

LENVATINIB (LENVIMA)

Emballage favorisant l'observance, 4 mg/dose, 8 mg/dose, 10 mg/dose, 12 mg/dose, 14 mg/dose, 20 mg/dose et de 24 mg/dose

Adénocarcinome rénal métastatique

En association avec le pembrolizumab pour le traitement des patients atteints d'un adénocarcinome rénal avancé (pour lequel il n'existe aucun traitement curatif) ou métastatique qui n'ont pas reçu de traitement à action générale antérieur pour la maladie à un stade avancé.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance et n'avoir aucune métastase active dans le système nerveux central.
2. Le traitement par le lenvatinib doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

Cancer différencié de la thyroïde

Pour le traitement du cancer différencié de la thyroïde, évolutif et localement récidivant ou métastatique, chez les patients qui répondent à tous les critères suivants :

- maladie réfractaire ou résistante à l'iode radioactif;
- signes radiographiques de progression de la maladie dans les 13 mois précédents;
- aucun traitement antérieur ou un seul traitement antérieur par un inhibiteur de tyrosine kinase (ITK).

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et qu'aucun signe de progression de la maladie n'a été observé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les patients souffrant d'un cancer anaplasique ou médullaire de la thyroïde ne sont pas admissibles.
- Période d'approbation : 1 an.

Carcinome de l'endomètre de stade avancé

En association avec le pembrolizumab pour le traitement des patientes qui sont atteintes d'un carcinome de l'endomètre de stade avancé, récidivant ou métastatique ne présentant pas de forte instabilité des microsatellites (MSI-H) ni de déficience du système de réparation des mésappariements (SRM), et qui répondent à tous les critères suivants :

- la maladie a évolué après un traitement à action générale à base de platine;
- la patiente n'est pas admissible à une intervention chirurgicale ou à une radiothérapie curatives.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. La patiente doit présenter un bon indice de performance et n'avoir aucune métastase active dans le système nerveux central.
2. Le traitement par le lenvatinib doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

Carcinome hépatocellulaire avancé

Pour le traitement du carcinome hépatocellulaire (CHC) non résécable chez les patients et patientes ayant une insuffisance hépatique de classe A de Child-Pugh et un indice de performance ECOG de 0 ou 1, à condition qu'il soit utilisé comme :

- traitement de première intention; ou
- traitement de deuxième intention après la progression de la maladie avec une immunothérapie (l'atézolizumab en association avec le bevacizumab ou le durvalumab en association avec le trémélimumab).

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant le lenvatinib ne seront pas admissibles dans le cas des patients dont la maladie a progressé pendant un traitement avec sorafénib.
- Période d'approbation : 6 mois.

LÉTERMOVIR (PREVYMIS)

Comprimés de 240 mg et de 480 mg

Fiole de 240 mg / 12 mL et de 480 mg / 24 mL

Pour la prévention de la maladie à cytomégalovirus (CMV) chez un adulte séropositif pour le CMV ayant reçu une greffe allogénique de cellules souches hématopoïétiques [R+] qui présentent une virémie CMV indétectable au départ et qui répond à l'un des critères suivants :

- le sang de cordon ombilical comme source de cellules souches;
- receveur d'une greffe haploidentique;
- receveur de greffons appauvris en lymphocytes T;
- traité avec de la globuline antithymocytes (ATG) pour le conditionnement;
- nécessite une forte dose de stéroïdes ou une autre immunosuppression pour une réaction aiguë du greffon contre l'hôte;
- traité avec de la globuline antithymocytes (ATG) pour une réaction aiguë du greffon contre l'hôte réfractaire aux stéroïdes;
- des antécédents documentés de maladie à cytomégalovirus avant la greffe.

Note clinique :

- Les stéroïdes à forte dose sont définis comme l'utilisation d'une dose supérieure ou égale à 1 mg/kg/jour de prednisone ou d'une dose équivalente d'un autre corticostéroïde.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un oncologue médical, un hépatologue ou un infectiologue, ou un autre médecin possédant de l'expérience dans la gestion des greffes allogéniques de cellules souches hématopoïétiques.
- Les autorisations seront pour une dose maximum de 480 mg par jour.
- Période d'approbation : 100 jours par greffe allogénique de cellules souches hématopoïétiques.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

LÉVÉTIRACETAM (PDP-LEVETIRACETAM)

Solution orale de 100 mg/mL

Pour les patients dont les médicaments doivent être administrés au moyen d'une sonde d'alimentation ou les patients pédiatriques lorsque les comprimés oraux ne sont pas une option.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

LÉVOCARNITINE (CARNITOR et marque générique)

Solution orale de 100 mg/mL

Comprimé de 330 mg

1. Indiqué pour le traitement de la carence systémique primaire en carnitine.
2. Indiqué pour le traitement aigu ou chronique de patients présentant des erreurs innées du métabolisme ayant entraîné une carence secondaire en carnitine.

LEVODOPA ET CARBIDOPA (DUODOPA)

Gel intestinal 20 mg / 5 mg/mL

Pour le traitement des patients adultes atteints de la maladie de Parkinson à un stade avancé répondant à la lévodopa qui répondent à tous les critères suivants :

- Le patient présente des fluctuations motrices et des dyskinésies invalidantes et graves, avec au moins 25 % des heures d'éveil passées en période « off » ou de dyskinésies continues induites par la lévodopa, malgré l'essai de doses fréquentes de lévodopa (au moins cinq doses par jour)
- Le patient a fait un essai adéquat de la dose maximale tolérée de lévodopa et a présenté une réponse clinique démontrée

- Le patient a essayé, sans succès, les médicaments d'appoint suivants, s'ils ne sont pas contre-indiqués ou contraires au jugement clinique du prescripteur : l'amantadine, un agoniste de la dopamine, l'entacapone et un inhibiteur de la monoamine-oxydase

Critère de renouvellement :

- Le patient présente une réduction importante du temps passé en période « off » ou des dyskinésies induites par la lévodopa ainsi que des améliorations de l'invalidité associée.

Note clinique :

- Le temps passé en période « off », la fréquence des fluctuations motrices et la gravité de l'invalidité associée doivent être évalués par un spécialiste en troubles du mouvement et basés sur des sources fiables et adéquates (ex., entrevue clinique d'un patient ou d'un partenaire de soins, journal des symptômes moteurs).

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un spécialiste en troubles du mouvement qui possède une formation adéquate sur l'utilisation de Duodopa et qui pratique dans une clinique sur les troubles du mouvement offrant une gestion continue et du soutien aux patients qui reçoivent un traitement par Duodopa.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

LEVODOPA, CARBIDOPA ET ENTACAPONE (STALEVO)

Comprimés de 50 mg / 12,5 mg / 200 mg, 75 mg / 18,75 mg / 200 mg, 100 mg / 25 mg / 200 mg, 125 mg / 31,25 mg / 200 mg et de 150 mg / 37,5 mg / 200 mg

Indiqué pour le traitement de patients atteints de la maladie de Parkinson

- qui sont actuellement traités par lévodopa/carbidopa à libération immédiate et entacapone,
OU
- qui sont mal stabilisés et connaissent d'importants symptômes de perte d'efficacité malgré l'utilisation d'une thérapie optimale à l'aide de la lévodopa/décarboxylase.

LÉVOFLOXACINE (marques génériques)

Comprimés de 250 mg, 500 mg et de 750 mg

- Pour compléter le traitement amorcé en milieu hospitalier chez les patients atteints d'une pneumonie nosocomiale, d'une pneumonie extrahospitalière (PEH) ou d'une exacerbation aiguë d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).
- Pour le traitement de l'exacerbation aiguë de la MPOC (EAMPOC) compliquée chez les patients qui :
 - ont échoué à un traitement avec au moins un traitement de première intention (doxycycline, bêta-lactamine, triméthoprime-sulfaméthoxazole ou macrolide), ou
 - sont intolérants ou qui présentent une contre-indication à au moins deux traitements de première intention.
- Pour le traitement de la PEH chez les patients ayant une confirmation par radiographie de la pneumonie qui :
 - ont échoué à un traitement avec au moins un traitement de première intention (macrolide, doxycycline, bêta-lactamine), ou
 - sont intolérants ou qui présentent une contre-indication à au moins deux traitements de première intention.
- Pour le traitement des infections pulmonaires chez les patients atteints de fibrose kystique.
- Pour le traitement de la pneumonie grave chez les patients des foyers de soins infirmiers.
- Pour le traitement des patients souffrant d'ostéomyélite ou d'infections articulaires compliquées.
- Pour le traitement des patients souffrant d'une pyélonéphrite.

Notes cliniques :

- Si le patient a été traité avec un antibiotique au cours des 3 derniers mois, optez pour un antibiotique d'une autre classe.
- L'EAMPOC compliquée désigne les patients atteints de MPOC (VEMS/CVF supérieur à 0,7) présentant une purulence accrue des expectorations et une augmentation de la dyspnée ou du volume des expectorations, et l'un des éléments suivants :
 - VEMS inférieur à 50 % de la valeur prédite
 - Au moins 4 exacerbations par année
 - Cardiopathie ischémique
 - Administration d'oxygène à domicile
 - Utilisation chronique de stéroïdes oraux

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par les infectiologues, les internistes, les hématologues, les microbiologistes médicaux, les oncologues, les cliniciens adjoints en oncologie, les omnipraticiens en oncologie, ou les pneumologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Lévofloxacine est un service assuré habituel pour les régimes BV.

Tuberculose

Pour le traitement de la tuberculose chez les patients qui ont une résistance aux médicaments, vérifiée en laboratoire, des contre-indications ou une intolérance aux traitements de premiers recours.

Notes pour les demandes de règlement :

- Ce médicament doit être prescrit par un infectiologue, ou en consultation avec un tel médecin.
- Les demandes seront seulement prises en considération en vertu des plan P.

LÉVOFLOXACINE (QUINSAIR)

Solution pour inhalation de 240 mg / 2,4 mL

Pour le traitement des infections pulmonaires chroniques causées par la bactérie *Pseudomonas aeruginosa*, en administration cyclique, chez les adultes atteints de fibrose kystique qui ont connu un échec thérapeutique lors d'un traitement par la tobramycine pour inhalation.

Note clinique :

- Le traitement cyclique est calculé par cycles de 28 jours et il compte 28 jours de traitement suivis de 28 jours sans traitement.

Notes pour les demandes de règlement :

- L'utilisation combinée de lévofloxacine pour inhalation avec d'autres antibiotiques pour inhalation (p. ex. tobramycine, aztréonam), soit de façon concomitante ou durant les périodes sans traitement (dans le cadre de l'administration cyclique d'antibiotiques), ne sera pas remboursée.
- Les demandes seront considérées pour les personnes présentement inscrites dans les Régimes ACDEFGV

LINÉZOLIDE (marques génériques)

Comprimé de 600 mg

- Pour le traitement des infections confirmées aux entérocoques résistant à la vancomycine (VRE).
- Pour le traitement des infections confirmées au *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (MRSA) / au *Staphylococcus epidermidis* résistant à la méthicilline (MRSE) chez les patients qui ne répondent pas à la vancomycine intraveineuse ou qui ne la tolèrent pas, ou encore chez les patients pour qui la vancomycine intraveineuse n'est pas appropriée.

Note pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un spécialiste en maladies infectieuses ou un médecin microbiologiste ou encore en consultation avec ce spécialiste ou ce médecin.

LISDEXAMÉTAMINE (VYVANSE et marques génériques)

Capsules et comprimés à croquer contenant de 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg et de 60 mg

Pour le traitement du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez les patients âgés de 6 ans et plus qui ont essayé le méthylphénidate à libération prolongée, la dexamphétamine ou les sels mixtes d'amphétamine sans résultat satisfaisant.

Notes pour les demandes de règlement :

- La dose maximale remboursée sera de 60 mg par jour.
- Période d'approbation : 1 an.

LORLATINIB (LORBRENA)

Comprimés de 25 mg et de 100 mg

En monothérapie pour le traitement de première intention des patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules exprimant la kinase du lymphome anaplasique (ALK-positif) localement avancé (incurable) ou métastatique.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement.

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté en cas de progression cliniquement significative de la maladie ou d'effets toxiques inacceptables.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.
- Aucun autre traitement par un inhibiteur de l'ALK ne sera remboursé à la suite d'une progression de la maladie avec le lorlatinib.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

LUMASIRAN (OXLUMO) **Fiole de 94,5 mg / 0,5 mL**

Pour le traitement de l'hyperoxalurie primitive de type 1 (HP1) chez les patients qui répondent aux critères suivants :

- Diagnostic d'HP1 confirmé par un test génétique;
- Incapacité à atteindre une normalisation de l'excrétion urinaire d'oxalate malgré l'adhésion au traitement standard, comprenant la prise de vitamine B6 pendant une durée de 3 à 6 mois, en fonction des taux suivants :
 - excrétion urinaire d'oxalate sur 24 heures (le taux doit être égal à au moins 1,5 fois la limite supérieure de la normale), dans le cas des patients chez qui l'oxalate urinaire peut être mesuré; ou
 - rapport oxalate urinaire/créatinine urinaire, dans le cas des patients incontinents; ou
 - oxalate plasmatique, dans le cas des patients qui sont atteints d'insuffisance rénale terminale ou qui sont sous dialyse.

Critères de renouvellement :

Le patient doit répondre à tous les critères suivants :

- Ne pas avoir reçu de greffe du foie, avec ou sans greffe du rein;
- Continuer de présenter une réponse. La réponse est définie comme :
 - une réduction de l'excrétion urinaire d'oxalate sur 24 heures à un taux inférieur à 1,5 fois la limite supérieure de la normale; ou
 - une réduction de 30 % du rapport oxalate urinaire/créatinine urinaire, dans le cas des patients incontinents; ou
 - une réduction de 15 % du taux plasmatique d'oxalate, dans le cas des patients qui sont atteints d'insuffisance rénale terminale ou qui sont sous dialyse.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un néphrologue ou un spécialiste des maladies métaboliques ayant l'expérience du traitement de l'HP1.
- Pour les renouvellements subséquents, le médicament peut être prescrit par un pédiatre, un néphrologue ou un spécialiste des maladies métaboliques.
- Quantité maximale approuvée, patients pesant moins de 10 kg : 6 mg/kg une fois par mois pour trois doses de charge, puis 3 mg/kg une fois par mois.
- Quantité maximale approuvée, patients pesant de 10 à 20 kg : 6 mg/kg une fois par mois pour trois doses de charge, puis 6 mg/kg tous les trois mois.
- Quantité maximale approuvée, patients pesant plus de 20 kg : 3 mg/kg une fois par mois pour trois doses de charge, puis 3 mg/kg tous les trois mois.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

LUSPATERCEPT (REBLOZYL) **Fioles de 25 mg et de 75 mg**

Bêta-thalassémie

Pour le traitement des patients adultes présentant une anémie avec dépendance aux transfusions de globules rouges associée à une bêta-thalassémie, qui reçoivent des transfusions régulières.

Critère visant le renouvellement initial :

- Une réduction de 33 % ou plus de la charge transfusionnelle, mesurée par le nombre d'unités de globules rouges nécessaires au cours des 24 premières semaines de traitement par luspatercept par rapport aux 24 semaines précédant le début du traitement.

Critère visant le renouvellement subséquent :

- Maintien d'une réduction de 33 % ou plus de la charge transfusionnelle, mesurée par le nombre d'unités de globules rouges nécessaires au cours des 24 dernières semaines de traitement par luspatercept par rapport aux 24 semaines précédant le début du traitement.

Notes cliniques :

1. Les transfusions régulières sont définies comme la réception de 6 à 20 unités de globules rouges et l'absence de transfusion pendant plus de 35 jours au cours des 24 semaines précédant le début du traitement.
2. L'historique de la charge transfusionnelle doit être fourni avec la demande initiale et les demandes de renouvellement.
3. Le traitement doit être interrompu en l'absence de réponse (telle que définie dans les critères de renouvellement) après 3 doses à la dose maximale.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un hématologue.
- Les autorisations seront accordées pour un maximum de 1,25 mg/kg (jusqu'à 120 mg par dose) toutes les trois semaines.
- Période d'approbation : 7 mois.

- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Anémie associée au syndrome myélodysplasique

Pour le traitement des patients adultes souffrant d'anémie associée au syndrome myélodysplasique (SMD) qui répondent aux critères suivants :

- Diagnostic de syndrome myélodysplasique de risque très faible à intermédiaire avec sidéroblastes en couronne selon l'Index pronostique international révisé (RIP1).
- Les agents stimulant l'érythropoïétine (ASE) ont échoué ou ne conviennent pas.
- Anémie avec dépendance aux transfusions de globules rouges associée à un SMD, définie comme ayant reçu au moins 2 unités de globules rouges sur 8 semaines.
- Absence d'anomalie cytogénétique de la délétion 5q.
- Indice de performance de 0 à 2.

Critère visant le renouvellement initial :

- Le patient n'a pas subi de transfusion de globules rouges pendant au moins 16 semaines consécutives au cours des 24 premières semaines de traitement par luspatercept.

Critère visant le renouvellement subséquent :

- Le patient conserve son indépendance à l'égard des transfusions grâce au traitement par luspatercept.

Notes cliniques :

1. L'historique de la charge transfusionnelle doit être fourni avec la demande initiale et les demandes de renouvellement.
2. Il doit être confirmé que le patient présente toujours un risque très faible à intermédiaire.
3. Les détails de l'utilisation des ASE (c.-à-d. le nom du traitement, la(les) dose(s), la durée d'utilisation, la réponse) doivent être fournis.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un hématologue ou un oncologue.
- Les autorisations seront accordées pour un maximum de 1,75 mg/kg (jusqu'à 168 mg par dose) toutes les trois semaines.
- Période d'approbation : 7 mois.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

MACITENTAN (OPSUMIT)

Comprimé pelliculé de 10 mg

Pour le traitement des patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) du groupe 1, de classe fonctionnelle II, III ou IV de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Note clinique :

- Le diagnostic d'HAP doit être confirmé par cathétérisme cardiaque droit.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin possédant de l'expérience dans le traitement de l'HAP.
- L'utilisation combinée de plus d'un antagoniste des récepteurs de l'endothéline ne sera pas remboursée.
- La dose maximale de macitentan remboursée sera de 10 mg par jour.
- Période d'approbation : long terme.

MARAVIROC (CELSENTRI)

Comprimés pelliculés de 150 mg et de 300 mg

Indiqué pour le traitement des patients infectés par le VIH-1 (bénéficiaires du plan U) atteints de virus à tropisme CCR5 qui ont montré une résistance documentée à au moins un agent de chacune des trois classes principales d'antiviraux (c.-à-d. inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse, inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse et inhibiteurs de protéase).

Note clinique :

- Les demandes relatives au traitement de l'infection à VIH-1 chez les patients n'ayant jamais reçu de traitement ne seront pas examinées.

MARIBAVIR (LIVTENCITY)

Comprimé de 200 mg

Pour le traitement des adultes greffés qui présentent une infection ou une maladie à cytomégalovirus (CMV) réfractaire à un ou plusieurs traitements antiviraux (valganciclovir, ganciclovir, foscarnet ou cidofovir).

Critères d'arrêt du traitement :

- Aucun changement ou augmentation de la charge virale du CMV après au moins 2 semaines de traitement par le maribavir; ou
- Mutation génétique confirmée du CMV associée à une résistance au maribavir.

Notes cliniques :

1. Réfractaire à un traitement antiviral est défini par une absence de changement de la charge virale du CMV ou une augmentation de la charge virale du CMV après au moins 2 semaines de traitement par un traitement à la dose appropriée.
2. Les demandes visant un nouveau traitement chez les patients présentant une récurrence de virémie à CMV après un traitement antérieur par le maribavir réussi seront prises en considération.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un spécialiste des maladies infectieuses ou un médecin expérimenté dans le domaine de la transplantation.
- Les autorisations seront pour une dose maximum de 800 mg par jour.
- Période d'approbation : 8 semaines.

MAVACAMTEN (CAMZYOS)

Capsules de 2,5 mg, 5 mg, 10 mg, et 15 mg

Pour le traitement de la cardiomyopathie hypertrophique obstructive (CMHo) symptomatique de classe II ou III de la New York Heart Association (NYHA) chez les patients adultes qui répondent à tous les critères suivants :

- Fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) est ≥ 55 % au repos;
- Épaisseur de la paroi ventriculaire gauche est ≥ 15 mm (ou ≥ 13 mm en cas d'antécédents familiaux de cardiomyopathie hypertrophique);
- Gradient maximal de la chambre de chasse du ventricule gauche (CCVG) est ≥ 50 mm Hg au repos, après une manœuvre de Valsalva, ou après l'effort;
- Suivi d'un traitement par bêtabloquant ou inhibiteur calcique et présence de détérioration clinique des symptômes ou des résultats échocardiographiques pendant l'un ou l'autre de ces traitements.

Critères de renouvellement :

- FEVG > 30 %;
- Aucun traitement antérieur de réduction septale.

Note clinique :

- Une copie du rapport d'échocardiographie le plus récent doit être jointe à la demande initiale et aux demandes de renouvellement.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un cardiologue.
- La dose maximale recommandée est de 15 mg par jour.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

MECASERMIN (INCRELEX)

Fiole multidose de 10 mg/mL

Pour le traitement des patients âgés de 2 à 18 ans présentant un retard de croissance avec un déficit primaire sévère en facteur de croissance insulino-mimétique de type I (IGF-1) chez qui la fermeture épiphysaire n'a pas encore eu lieu et qui répondent aux critères suivants :

- Mutation génétique documentée reconnue comme cause du déficit primaire sévère en IGF-1; ou
- Caractéristiques cliniques et biochimiques du déficit primaire sévère en IGF-1.

Critères de renouvellement :

- Une vitesse de croissance staturale est de 1 cm ou plus par 6 mois ou de 2 cm ou plus par an; et
- L'âge osseux est inférieur ou égal à 16 ans chez les garçons et à 14 ans chez les filles.

Notes cliniques :

1. Les caractéristiques cliniques et biochimiques du déficit primaire sévère en IGF-1 sont définies comme suit :
 - Le score de déviation standard associée à la taille inférieur ou égal à -3,0; et
 - Niveaux de base du facteur de croissance insulino-mimétique de type I (IGF-1) inférieur au 2,5ème percentile pour l'âge et le sexe; et
 - Taux d'hormones de croissance (GH) aléatoire ou stimulé > 10 ng/ml et incapacité à augmenter l'IGF-1 de 50 μ g/L en réponse à la GH exogène au cours d'un test de génération d'IGF-1.
2. Exclusion des formes secondaires de déficit en IGF-1 telles que la malnutrition, l'hypopituitarisme, l'hypothyroïdie ou le traitement chronique par des doses pharmacologiques de stéroïdes anti-inflammatoires.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un endocrinologue pédiatrique.
- La mécasérmine n'est pas remboursée lorsqu'elle est associée à un traitement à base d'hormone de croissance recombinante.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 0,12 mg/kg deux fois par jour.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

MÉPOLIZUMAB (NUCALA)

Auto-injecteur et seringue préremplie de 100 mg/mL

Asthme Éosinophile

Indiqué à titre de médicament d'appoint pour le traitement de l'asthme éosinophile grave chez les patients adultes dont l'état n'est pas adéquatement maîtrisé malgré des corticostéroïdes en inhalation (CSI) à dose élevée jumelée à un ou plusieurs autres médicaments de prévention (p. ex. un bêta-agoniste à longue durée d'action), et qui répondent à l'un des critères suivants :

- nombre d'éosinophiles dans la circulation sanguine $\geq 0,3 \times 10^9$ /L et au moins deux exacerbations de l'asthme cliniquement significatives au cours des 12 derniers mois; ou
- nombre d'éosinophiles dans la circulation sanguine $\geq 0,15 \times 10^9$ /L et traitement actuel par des doses quotidiennes de corticostéroïdes oraux.

Critères initiaux d'arrêt du traitement :

- Le score initial au questionnaire sur la maîtrise de l'asthme ne s'est pas amélioré 12 mois après le début du traitement, ou
- Il n'y a eu aucune diminution de la dose d'entretien quotidienne de corticostéroïdes oraux au cours des 12 premiers mois de traitement, ou
- Le nombre d'exacerbations de l'asthme cliniquement significatives a augmenté au cours des 12 derniers mois

Critères subséquents d'arrêt du traitement :

- Le score au questionnaire sur la maîtrise de l'asthme obtenu après les 12 premiers mois de traitement ne s'est pas maintenu par la suite, ou
- La diminution de la dose d'entretien quotidienne de corticostéroïdes oraux obtenue au cours des 12 premiers mois de traitement ne s'est pas maintenue par la suite, ou
- Le nombre d'exacerbations de l'asthme cliniquement significatives a augmenté au cours des 12 derniers mois

Notes cliniques :

1. Une évaluation initiale et annuelle de la maîtrise des symptômes de l'asthme basée sur un questionnaire validé de la maîtrise de l'asthme doit être fournie.
2. Un CSI à dose élevée est défini par l'administration d'une dose quotidienne de 500 mcg ou plus de propionate de fluticasone ou l'équivalent.
3. Une exacerbation cliniquement significative est définie comme une aggravation de l'asthme, qui ferait en sorte que le médecin traitant choisisse d'administrer des glucocorticoïdes systémiques pendant au moins 3 jours ou que le patient ait à se rendre au service des urgences ou à être hospitalisé.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un pneumologue, un immunologue clinique, un allergologue ou un interniste expérimenté dans le traitement de l'asthme éosinophile grave.
- L'utilisation combinée de mepolizumab avec d'autres médicaments biologiques destinés au traitement de l'asthme ne sera pas remboursée.
- Une dose maximale de 100 mg sera approuvée toutes les quatre semaines.
- Période d'approbation : 1 an.

Rhinosinusite chronique avec polypes nasaux

En association avec des corticostéroïdes administrés par voie intranasale, pour le traitement des patients adultes atteints d'une rhinosinusite chronique sévère avec polypes nasaux qui répondent à tous les critères suivants :

- Présenter des polypes nasaux bilatéraux confirmés par endoscopie ou par TDM.
- Avoir subi préalablement au moins une polypectomie ou présenter une contre-indication à la chirurgie.
- Être réfractaire à un traitement de 3 mois uniquement par corticostéroïdes administrés par voie intranasale à la dose maximale tolérée.

Critère de renouvellement initial :

- Le patient doit présenter une réponse cliniquement significative selon le score SNOT-22 (Sino-nasal Outcome Test) ou le score de polyposse nasale (NPS) établi par endoscopie comparativement au score obtenu initialement.

Critère de renouvellement subséquent :

- Maintien de la réponse initiale obtenue après les 12 premiers mois de traitement par le mépolizumab.

Notes cliniques :

1. Une évaluation initiale et annuelle du score SNOT-22 ou du score NPS endoscopique doit être fournie.
2. Une réponse cliniquement significative correspond à une diminution d'au moins 8,9 points du score SNOT-22 ou à une diminution d'au moins 1 point du score NPS endoscopique comparativement aux scores obtenus initialement.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un otorhinolaryngologiste.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ne sera pas remboursée
- Une dose maximale de 100 mg sera approuvée toutes les quatre semaines.
- Période d'approbation : 1 an.

METFORMINE ET LINAGLIPTINE (JENTADUETO)

Comprimés de 500 mg / 2,5 mg, 850 mg / 2,5 mg et de 1000 mg / 2,5 mg

Pour le traitement du diabète de type 2 chez les patients dont l'état est déjà stable grâce à un traitement par la linagliptine et la metformine, pour remplacer la linagliptine et la metformine prises individuellement.

METFORMINE ET SAXAGLIPTINE (KOMBOGLYZE)

Comprimés de 500 mg / 2,5 mg, 850 mg / 2,5 mg, et de 1000 mg / 2,5 mg

Pour le traitement du diabète de type 2 chez les patients dont l'état est déjà stable grâce à un traitement par la saxagliptine et la metformine, pour remplacer la saxagliptine et la metformine prises individuellement.

MÉTHADONE

Solution orale en préparation

Pour le traitement de la douleur aiguë liée au cancer ou de la douleur chronique bénigne.

Note pour les demandes de règlement :

- Les demandes de règlement soumises par les pharmacies doivent être facturées avec le PIN 00999801.

MÉTHADONE (METADOL et marques générique)

Comprimés de 1 mg, 5 mg, 10 mg et de 25 mg

Solution orale de 1 mg/mL et 10 mg/mL, et concentraté orale de 10 mg/mL

Pour le traitement de la douleur aiguë liée au cancer ou de la douleur chronique bénigne.

Note pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour le traitement des patients avec un trouble de l'usage d'opioïdes ne seront pas admissibles.

MÉTHYLPHÉNIDATE (BIPHENTIN et marque générique)

Capsules à libération contrôlée de 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg et de 80 mg

Pour le traitement du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez les patients âgés de 6 ans et plus.

Notes pour les demandes de règlement :

- La dose maximale remboursée est de 80 mg par jour.
- Période d'approbation : 1 an.

MÉTHYLPHÉNIDATE (FOQUEST)

Capsules à libération contrôlée de 25 mg, 35 mg, 45 mg, 55 mg, 70 mg, 85 mg et de 100 mg

Pour le traitement du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez les patients âgés de 6 ans et plus.

Notes pour les demandes de règlement :

- La dose maximale remboursée est de 100 mg par jour.
- Période d'approbation : 1 an.

MIDOSTAURINE (RYDAPT)

Capsules de 25 mg

Pour le traitement des patients adultes qui ont reçu un diagnostic récent de leucémie aiguë myéloblastique (LAM) avec mutation du gène FLT3 (fonction tyrosine kinase analogue à FMS 3), en association avec les chimiothérapies d'induction par la cytarabine et la daunorubicine (protocole 7 et 3) et de consolidation par la cytarabine.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant la midostaurine ne sont pas admissibles si elle est utilisée à titre de traitement d'entretien ou dans le cadre d'un nouveau traitement de chimiothérapie d'induction ou de consolidation.

- Les demandes visant la midostaurine en association avec le protocole 7 et 3 de chimiothérapie d'induction par l'idarubicine et la chimiothérapie de consolidation par la cytarabine sont admissibles.
- Période d'approbation : jusqu'à concurrence de 6 cycles (maximum de 2 cycles de chimiothérapie d'induction et de 4 cycles de chimiothérapie de consolidation).
- Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

MIGALASTAT (GALAFOLD)

Capsule de 123 mg

Pour le traitement de la maladie de Fabry chez les adultes présentant une mutation du gène codant l'alpha-galactosidase (alpha-Gal A) confirmée en laboratoire, déterminée par une épreuve *in vitro* comme étant susceptible de répondre au traitement.

Note clinique :

- L'admissibilité à recevoir un traitement pour la maladie de Fabry est déterminée par l'Initiative canadienne de recherche sur la maladie de Fabry. Veuillez communiquer avec les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick au 1-800-332-3691 pour obtenir le formulaire de demande.

Notes pour les demandes de règlement :

- L'utilisation combinée de plus d'un traitement spécifique de la maladie (c.-à-d. traitement enzymatique de substitution ou chaperon pharmacologique) ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation: 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.
- Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

MIRABEGRON (MYRBETRIQ)

Comprimés à libération prolongée de 25 mg et de 50 mg

Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale manifestée par le besoin impérieux d'uriner, l'incontinence d'urgence et les mictions fréquentes chez les patients qui ont été intolérants ou qui ont eu une réponse insuffisante à une période d'essai raisonnable avec un médicament destiné au traitement de l'hyperactivité vésicale inscrit à titre de garantie régulière (p. ex. oxybutynine à libération immédiate, solifénacine ou toltérodine).

Note clinique :

- Les demandes pour le traitement de l'incontinence d'effort ne seront pas prises en considération.

MIRIKIZUMAB (OMVOH)

Auto-injecteur et seringue préremplie de 100 mg/mL

Fiole de 300 mg

Pour le traitement des patients adultes souffrant d'une colite ulcéreuse d'intensité modérée à grave dont le score Mayo partiel est supérieur à 4, et le sous-score de saignement rectal est supérieur ou égal à 2, et qui sont :

- réfractaires ou intolérants au traitement traditionnel (c.-à-d., aminosalicyles pour un minimum de quatre semaines et prednisonne supérieur ou égal à 40 mg tous les jours pendant 2 semaines ou l'équivalent en IV pendant une semaine); ou
- dépendants des corticostéroïdes (c.-à-d., les patients ne peuvent pas réduire la dose de corticostéroïdes sans que la maladie ne récidive; ou qui ont eu une rechute dans les 3 mois suivant l'arrêt des corticostéroïdes; ou qui doivent recevoir 2 séries de doses de corticostéroïdes ou plus par année).

Critères de renouvellement :

- une diminution d'au moins 2 points du score Mayo partiel depuis l'évaluation initiale;
- une diminution d'au moins 1 point du sous-score de saignement rectal.

Notes cliniques :

1. Nous considérerons les demandes des patients qui n'ont pas effectué d'essai de quatre semaines d'aminosalicylates si la maladie est grave (score Mayo partiel supérieur à 6).
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires ou de contre-indications aux traitements tels que définis dans la monographie du produit. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin avec une spécialité en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques, avec des inhibiteurs de Janus kinases ou avec des modulateurs des récepteurs de la sphingosine 1-phosphate ne sera pas remboursée.
- Perfusion intraveineuse (i.v.) : Pour l'approbation initiale, quantité maximale de 300 mg aux semaines 0, 4 et 8.

- Injection sous-cutanée : Quantité maximale approuvée de 200 mg toutes les 4 semaines après le traitement d'induction.
- Les demandes portant sur 3 doses supplémentaires de 300 mg par perfusion i.v. aux semaines 12, 16 et 20 seront prises en considération chez les patients qui n'ont pas obtenu de réponse thérapeutique satisfaisante à la semaine 12.
- Période d'approbation initiale : 24 semaines.
- Période d'approbation de renouvellement : 1 an.

**MIRTAZAPINE (REMERON RD et marque générique)
Comprimés à désintégration orale à 15 mg, 30 mg et de 45 mg**

Pour les patients chez qui les comprimés ordinaires de mirtazapine ne sont pas une option.

**MITOMYCIN POUR INJECTION (marque générique)
Fiole de 20 mg**

Lorsque préparé sous forme de gouttes ophtalmiques pour le traitement des patients présentant l'une des tumeurs oculaires suivantes :

- Mélanome malin de la conjonctive
- Néoplasie squameuse de la surface oculaire (aussi connue sous le nom de néoplasie intraépithéliale conjunctivo-cornéenne)

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient a répondu au traitement et qu'il n'y a aucun signe de progression de la maladie.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un ophtalmologiste ou un oncologue.
- Période d'approbation : 6 mois.

**MOXIFLOXACINE (marques génériques)
Comprimé de 400 mg**

1. Pour compléter le traitement amorcé en milieu hospitalier chez les patients atteints d'une pneumonie nosocomiale, d'une pneumonie extrahospitalière (PEH) ou d'une exacerbation aiguë d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).
2. Pour le traitement de l'exacerbation aiguë de la MPOC (EAMPOC) compliquée chez les patients qui :
 - ont échoué à un traitement avec au moins un traitement de première intention (doxycycline, bêta-lactamine, triméthoprime-sulfaméthoxazole ou macrolide), ou
 - sont intolérants ou qui présentent une contre-indication à au moins deux traitements de première intention.
3. Pour le traitement de la PEH chez les patients ayant une confirmation par radiographie de la pneumonie qui :
 - ont échoué à un traitement avec au moins un traitement de première intention (macrolide, doxycycline, bêta-lactamine), ou
 - sont intolérants ou qui présentent une contre-indication à au moins deux traitements de première intention.
4. Pour le traitement des infections pulmonaires chez les patients atteints de fibrose kystique.
5. Pour le traitement de la pneumonie grave chez les patients des foyers de soins infirmiers.
6. Pour le traitement des patients souffrant d'ostéomyélite ou d'infections articulaires compliquées.

Notes cliniques :

1. Si le patient a été traité avec un antibiotique au cours des 3 derniers mois, optez pour un antibiotique d'une autre classe.
2. L'EAMPOC compliquée désigne les patients atteints de MPOC (VEMS/CVF supérieur à 0,7) présentant une purulence accrue des expectorations et une augmentation de la dyspnée ou du volume des expectorations, et l'un des éléments suivants :
 - VEMS inférieur à 50 % de la valeur prédite
 - Au moins 4 exacerbations par année
 - Cardiopathie ischémique
 - Administration d'oxygène à domicile
 - Utilisation chronique de stéroïdes oraux

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par les infectiologues, les internistes, les hématologues, les microbiologistes médicaux, les oncologues, les cliniciens adjoints en oncologie, les omnipraticiens en oncologie, ou les pneumologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Moxifloxacine est un service assuré habituel pour les régimes BV.

Tuberculose

Pour le traitement de la tuberculose chez les patients qui ont une résistance aux médicaments, vérifiée en laboratoire, des contre-indications ou une intolérance aux traitements de premiers recours.

Notes pour les demandes de règlement :

- Ce médicament doit être prescrit par un infectiologue, ou en consultation avec un tel médecin.
- Les demandes seront seulement prises en considération en vertu des plan P.

NADROPARINE (FRAXIPARINE)

Seringue préremplie de 9,500 IU/mL

NADROPARIN (FRAXIPARIN FORTE)

Seringue préremplie de 19,000 IU/mL

1. Pour le traitement d'une thrombo-embolie veineuse (TEV) et/ou d'une embolie pulmonaire (PE) pour un maximum de 30 jours.
2. Pour le traitement prolongé d'une thrombo-embolie veineuse (TEV) symptomatique récidivante qui est survenue pendant que le patient reçoit des doses thérapeutiques de warfarine.
3. Indiqué pour la prévention des événements thromboemboliques veineux (ETEV) jusqu'à 35 jours après une arthroplastie élective de la hanche ou d'une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche.
4. Indiqué pour la prévention des ETEV jusqu'à 14 jours après une arthroplastie élective du genou.
5. Indiqué pour la prévention des événements thromboemboliques veineux (ETEV) après une chirurgie abdominale ou pelvienne pour le traitement d'une tumeur maligne, pendant une période maximale de 28 jours.
6. Pour le traitement et la prévention secondaire d'une thrombo-embolie veineuse (TEV) symptomatique ou d'embolie pulmonaire (PE) pour une période maximale de 6 mois pour les patients souffrant de cancer chez qui le warfarin n'est pas une option.

Note pour les demandes de règlement :

- Une quantité annuelle de 35 jours de traitement est possible sans autorisation spéciale.

NARATRIPTAN (marques génériques)

Comprimés de 1 mg et de 2,5 mg

Pour le traitement des crises de migraine aiguës chez les patients qui présentent une intolérance ou une réponse insuffisante à tous les triptans inscrits à titre de médicaments réguliers (p. ex. almotriptan, élétriptan, rizatriptan, sumatriptan, zolmitriptan).

Notes pour les demandes de règlement :

- La protection se limite à 6 doses par mois
- Les demandes provenant de patients qui ont plus de 3 migraines par mois malgré un traitement de prévention des migraines seront prises en considération selon un maximum de 12 doses par mois.

NATALIZUMAB (TYSABRI)

Fiole de 300 mg / 15 mL

Pour le traitement de la sclérose en plaques récurrente-rémittente (SPRR) chez les patients adultes qui répondent à tous les critères suivants :

- Diagnostic confirmé en fonction des critères diagnostiques de McDonald.
- Au moins une rechute invalidante ou nouvelle activité révélée par un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) au cours de la dernière année.
- Patient ambulatoire, avec ou sans aide (c.-à-d. score récent de 6,5 ou moins sur l'échelle étendue d'incapacité [EDSS]).
- Absence de réponse ou intolérance à au moins un agent modificateur de la maladie (p. ex., interféron, glatiramère, fumarate de diméthyle, tériflunomide, ocrélizumab).

Critère de renouvellement :

- Une preuve que le patient continue de tirer des bienfaits du traitement doit être fournie (c.-à-d. stabilisation ou réduction du nombre de poussées au cours de la dernière année ou stabilisation ou amélioration du score à l'échelle EDSS obtenu au cours des 90 derniers jours).

Notes cliniques :

1. Le traitement doit être arrêté chez les patients dont le score à l'échelle EDSS est de 7 ou plus.
2. Une poussée se définit par l'apparition de nouveaux symptômes neurologiques ou l'aggravation des symptômes neurologiques existants, en l'absence de fièvre ou d'infection, qui dure au moins 24 heures et qui a été précédée par un état de stabilité d'une durée d'au moins un mois. Il doit également y avoir présence de nouveaux résultats neurologiques objectifs observés au cours d'une évaluation menée par un neurologue.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un neurologue.
- Les demandes des personnes inscrites aux Plans ACDEFGV seront examinées.
- L'utilisation combinée avec d'autres agents modificateurs de la maladie destinés au traitement de la SPRR ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation initiale : 1 an.
- Période d'approbation du renouvellement : 2 ans.

NÉTUPITANT ET PALONOSÉTRON (AKYNZEO)

Capsule de 300 mg / 0,5 mg

En association avec la dexaméthasone pour la prévention des nausées et des vomissements immédiats et différés chez les patients qui reçoivent :

- une chimiothérapie hautement émétisante;
- une chimiothérapie modérément émétisante et qui ne sont pas parvenus à maîtriser adéquatement les symptômes avec un antagoniste des récepteurs 5-HT₃ et la dexaméthasone lors d'un cycle antérieur.

Note pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par les hématologues, les oncologues, les clinicien(ne)s adjoint(e)s en oncologie ou les omnipraticien(nes) en oncologie détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale

NICOTINE (marques génériques)

Gomme de 2 mg

Timbres de 7 mg, 14 mg et de 21 mg

Pastille de 1 mg, 2 mg, 3 mg et de 4 mg

Pour l'abandon du tabac.

Notes cliniques :

1. Le patient doit participer à une forme de consultation pour l'abandon du tabac.
2. Pour en savoir plus sur l'abandon du tabac ou pour obtenir le formulaire de demande d'autorisation spéciale, visitez notre site Web [Thérapies d'abandon du tabac](#).

Notes pour les demandes de règlement :

- Un maximum de 24 semaines de traitement standard (168 timbres et 960 morceaux de gomme de nicotine ou de pastilles de nicotine) sera remboursé chaque année sans autorisation spéciale.
- Les patients qui sont traités dans le cadre d'un programme ou d'une clinique qui participe au modèle d'Ottawa pourraient être admissibles à des timbres supplémentaires selon le degré de dépendance (p. ex., selon le nombre de cigarettes fumées avant de commencer le traitement d'abandon du tabac).
- Les demandes visant un traitement de remplacement de la nicotine (timbre, gomme, pastille) destiné à être utilisé en association avec un médicament d'ordonnance pour l'abandon du tabac sans nicotine (varénicline ou bupropion) ne sont pas admissibles.
- Les demandes d'autorisation spéciale devront être soumises à l'aide du formulaire de demande d'autorisation spéciale Thérapie d'abandon du tabac.

NILOTINIB (TASIGNA et marque générique)

Capsules de 150 mg et de 200 mg

1. Traitement de la leucémie myéloïde chronique (LMC) à chromosome Philadelphie positive (Ph+) en phase chronique chez les adultes.
2. Pour le traitement des patients adultes atteints de leucémie myéloïde chronique (LMC) à chromosome Philadelphie positif (Ph+) en phase chronique ou accélérée qui présentent une résistance ou une intolérance à un traitement par un inhibiteur de tyrosine kinase.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

NINTEDANIB (OFEV)

Capsules de 100 mg et de 150 mg

Fibrose pulmonaire idiopathique

Pour le traitement de la fibrose pulmonaire idiopathique (FPI) légère à modérée chez les patients adultes, lorsque le diagnostic est confirmé par un pneumologue et par un tomodensitogramme haute résolution réalisé au cours des 24 derniers mois.

Critère de renouvellement initial :

- Le patient ne doit pas présenter de progression de la maladie, définie par un déclin absolu de la CVF supérieur ou égal à 10 % de la valeur prédite entre le début du traitement et le renouvellement (première période de traitement de 6 mois).

Critère de renouvellement subséquent :

- Le patient ne doit pas présenter de progression de la maladie, définie par un déclin absolu de la CVF supérieur ou égal à 10 % de la valeur prédite au cours de toute période de 12 mois.

Note clinique :

- La FPI légère à modérée est définie par une CVF supérieure ou égale à 50 % de la valeur prédite.

Notes sur la demande de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin ayant l'expérience du traitement de la FPI.
- Le traitement d'association par la pirféridone et le nintedanib n'est pas remboursé.
- Période d'approbation initiale : 7 mois.
- Période d'approbation du renouvellement initial : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement subséquent : 1 an.

Maladies pulmonaires interstitielles fibrosantes chroniques

Pour le traitement des maladies pulmonaires interstitielles (MPI) fibrosantes chroniques à phénotype progressif chez les patients adultes présentant une capacité vitale forcée (CVF) supérieure ou égale à 45 % de la valeur prédite.

Critère de renouvellement :

- Le patient ne doit pas présenter de progression de la maladie, définie par un déclin absolu de la CVF supérieur ou égal à 10 % de la valeur prédite au cours des 12 mois précédant le traitement par le nintedanib.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin ayant l'expérience du traitement des MPI.
- Le traitement d'association par la pirféridone et le nintedanib n'est pas remboursé.
- Période d'approbation : 1 an.

NIRAPARIB (ZEJULA)

Capsule et comprimé de 100 mg

1. En monothérapie pour le traitement d'entretien des patientes adultes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire ou des trompes de Fallope ou d'un carcinome péritonéal primitif nouvellement diagnostiqué, qui répondent à tous les critères suivants :
 - Présenter une réponse radiographique complète ou partielle après au moins 4 cycles d'une chimiothérapie de première intention à base de sels de platine;
 - Avoir terminé le dernier cycle de chimiothérapie à base de sels de platine au cours des 12 semaines précédentes;
 - Présenter des tumeurs de haut grade séreuses ou endométrioïdes de stade III ou IV selon les critères de la FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics).

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que la patiente répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.
- Les demandes pour un traitement se poursuivant au-delà de 3 ans ne seront pas admissibles.

Notes cliniques :

1. Les patientes doivent avoir un bon indice fonctionnel et ne doivent pas présenter de métastases évolutives ou non maîtrisées dans le système nerveux central.
2. Le traitement doit être poursuivi jusqu'à l'apparition d'une toxicité inacceptable, la progression de la maladie ou l'achèvement de 3 ans de traitement, selon la première éventualité.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour le niraparib en association avec le bévacizumab ne seront pas admissibles.
 - Période d'approbation : 1 an.
 - Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).
2. En monothérapie pour le traitement d'entretien des patientes adultes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire ou des trompes de Fallope ou d'un carcinome péritonéal primitif, récidivant et sensible aux sels de platine de type histologique séreux ou endométrioïde de haut grade, qui répondent à tous les critères suivants :
 - Avoir reçu au moins 2 traitements antérieurs de chimiothérapie à base de sels de platine;
 - Avoir reçu au moins 4 cycles de la chimiothérapie à base de sels de platine la plus récente et présenter une réponse radiographique complète ou partielle;
 - Avoir terminé le dernier cycle de chimiothérapie à base de sels de platine au cours des 12 semaines précédentes.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que la patiente répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. La sensibilité aux sels de platine est définie comme une progression de la maladie survenant au moins six mois après la fin d'une chimiothérapie à base de sels de platine.
2. Les patientes doivent avoir un bon indice fonctionnel et ne doivent pas présenter de métastases évolutives ou non maîtrisées dans le système nerveux central.
3. Le traitement doit être poursuivi jusqu'à l'apparition d'une toxicité inacceptable ou la progression de la maladie.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour le niraparib ne seront pas admissibles pour les patientes dont la maladie a progressé alors qu'elles recevaient un inhibiteur de la PARP ou qui ont reçu un traitement complet par un inhibiteur de la PARP au cours d'un traitement antérieur.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

NIRAPARIB ET ABIRATÉRONNE (AKEEGA)

Comprimé de 50 mg / 500 mg et de 100 mg / 500 mg

En association avec la prednisone pour le traitement de première intention des patients atteints d'un cancer de la prostate résistant à la castration et métastatique (CPRCm) chez qui une chimiothérapie n'est pas indiquée sur le plan clinique et qui répondent aux critères suivants :

- Être porteur d'une mutation germinale et/ou somatique délétère ou présumée délétère d'un gène BRCA1 ou BRCA2; et
- Ne pas avoir suivi de traitement antérieur par un inhibiteur de la voie du récepteur des androgènes pour un cancer de la prostate métastatique sensible à la castration ou un cancer non métastatique de la prostate résistant à la castration.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être interrompu en cas de progression de la maladie ou de toxicité inacceptable.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les patients recevant de l'abiratéronne et de la prednisone en traitement de première intention du CPRCm depuis moins de 4 mois peuvent passer au niraparib et à l'abiratéronne (AKEEGA) en association avec de la prednisone une fois que la mutation d'un gène BRCA est confirmée, à condition qu'il n'y ait pas eu de progression de la maladie pendant le traitement.
- Les demandes ne seront pas admissibles pour les patients qui ont reçu un traitement antérieur par un inhibiteur de la PARP ou dont la maladie a progressé pendant un traitement par l'abiratéronne dans n'importe quel contexte.
- Période d'approbation : 1 an.

NIRMATRELVIR et RITONAVIR (PAXLOVID)

Plaquettes de 300 mg et de 100 mg

Plaquettes de 150 mg et de 100 mg

Pour le traitement de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) légère ou modérée chez les adultes qui ont obtenu un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19, dont les symptômes sont apparus il y a 5 jours ou moins et qui répondent à l'un des critères suivants :

- Immunosuppression sévère liée à une ou plusieurs des situations suivantes :
 - Greffe d'un organe solide
 - Traitement en cours pour une affection hématologique maligne
 - Greffe de moelle osseuse, greffe de cellules souches ou utilisation d'immunosuppresseurs à la suite d'une greffe
 - Traitement anti-CD20 ou traitement entraînant une déplétion en lymphocytes B (comme le rituximab) au cours des deux dernières années
 - Immunodéficiences primaires sévères
- Immunosuppression modérée liée à une ou plusieurs des situations suivantes :
 - Traitement contre le cancer en cours, y compris en cas de tumeurs solides
 - Traitement par des médicaments causant une immunosuppression importante (p. ex., médicament biologique au cours des trois derniers mois, médicament immunosuppresseur oral au cours du dernier mois, stéroïde oral [20 mg par jour d'équivalent prednisone pris de façon continue] au cours du dernier mois, ou perfusion ou injection d'un médicament immunosuppresseur au cours des trois derniers mois)
 - Infection au VIH avancée
 - Immunodéficiences primaires modérées
 - Affections rénales (c.-à-d., hémodialyse, dialyse péritonéale, glomérulonéphrite traitée par un stéroïde, [eGFR] inférieur à 15 mL/min/1,73 m²)

Notes cliniques :

1. Le diagnostic de COVID-19 peut être confirmé au moyen d'un test PCR (réaction en chaîne par polymérase) ou d'un test de détection d'antigènes rapide (TDAR).
2. Le traitement doit être instauré le plus tôt possible après la confirmation du diagnostic de COVID-19.
3. Les patients ne sont pas admissibles à la couverture s'ils sont asymptomatiques ou si plus de 5 jours se sont écoulés depuis le début des symptômes.
4. Les demandes visant des patients qui présentent une immunosuppression modérée ou sévère en raison d'autres problèmes de santé peuvent être considérées.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les pharmacies peuvent soumettre leurs demandes de remboursement en ligne au moyen des codes d'intervention applicables, comme il est décrit [ici](#), si :
 - le patient répond aux critères de couverture, et
 - le [formulaire de demande d'autorisation spéciale pour nirmatrelvir/ritonavir \(Paxlovid\)](#) est rempli et conservé par la pharmacie avec l'ordonnance.
- Il n'est pas nécessaire de télécopier le formulaire de demande d'autorisation spéciale pour nirmatrelvir/ritonavir (Paxlovid) aux Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.
- Si une ordonnance est rédigée en vue d'une utilisation ultérieure, le patient doit répondre aux critères d'admissibilité au moment de l'exécution de l'ordonnance.
- Période d'approbation : 5 jours.

NITISINONE (ORFADIN et marque générique) Capsules de 2 mg, 5 mg, 10 mg et de 20 mg

Pour le traitement des adultes et des enfants atteints de tyrosinémie héréditaire de type 1 (HT-1), en association avec un régime alimentaire à faible teneur en tyrosine et en phénylalanine.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin expérimenté dans le diagnostic et le traitement de la tyrosinémie héréditaire de type 1.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

NUSINERSEN (SPINRAZA) Injection intra-thécale de 2,4 mg/mL

Pour le traitement de l'amyotrophie spinale 5q si les critères suivants sont respectés :

- Dépistage génétique d'une délétion homozygote, d'une mutation homozygote ou d'une mutation hétérozygote composite au chromosome 5q.
- La ventilation permanente par un moyen effractif n'est pas encore nécessaire; et
- Patient :
 - qui est présymptomatique et dont le dépistage génétique a révélé la présence de deux ou trois copies du gène SMN2 codant pour la protéine de survie des motoneurones (SMN); ou
 - dont la durée de la maladie est inférieure à 6 mois, qui présente deux copies du gène SMN2 et dont les symptômes sont apparus après la première semaine de vie et avant l'âge de 7 mois, ou
 - qui est âgé de moins de 18 ans et dont les symptômes sont apparus après l'âge de 6 mois.

Critères d'arrêt du traitement :

Avant la cinquième dose ou avant chaque dose subséquente :

- il n'y a pas de maintien des habiletés motrices ou d'acquisition de nouvelles habiletés motrices selon une échelle adaptée à l'âge depuis le début du traitement chez les patients présymptomatiques au moment d'entreprendre le traitement; ou
- il n'y a pas de maintien des habiletés motrices selon une échelle adaptée à l'âge depuis le début du traitement chez les patients qui présentaient des symptômes au moment d'entreprendre le traitement; ou
- la ventilation permanente par un moyen effractif est nécessaire.

Notes cliniques :

1. Une échelle adaptée à l'âge correspond à la partie 2 de la méthode d'évaluation Hammersmith Infant Neurological Examination (HINE), à l'échelle de mesure de la fonction motrice CHOP INTEND (Children's Hospital of Philadelphia Infant Test of Neuromuscular Disorders) ou à l'échelle HFMSE (Hammersmith Functional Motor Scale-Expanded).
2. Une évaluation initiale doit être effectuée avec une échelle adaptée à l'âge avant le début du traitement par le nusinersen.
3. La ventilation permanente par un moyen effractif est définie par la mise en place d'une trachéostomie et l'utilisation d'un ventilateur en raison de la progression de l'amyotrophie spinale qui n'est pas attribuable à une cause identifiable et réversible.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le patient doit être sous les soins d'un spécialiste ayant l'expérience du traitement de l'amyotrophie spinale.
- Le traitement d'association par le risdiplam ne sera pas remboursé.
- Les demandes visant le nusinersen ne seront pas admissibles dans le cas des patients qui ont reçu une thérapie génique à base de vecteurs viraux AAV (*adeno-associated virus*).
- Les patients qui reçoivent actuellement un médicament contre l'amyotrophie spinale pourraient être admissibles à faire la transition vers un autre médicament contre l'amyotrophie spinale; toutefois, les patients ne seront pas autorisés à revenir à un médicament contre l'amyotrophie spinale qu'ils ont déjà essayé.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

OCRÉLIZUMAB (OCREVUS)

Fiole à usage unique de 30 mg/mL

Sclérose en plaques progressive primaire

Pour le traitement de la sclérose en plaques progressive primaire (SPPP) au stade précoce chez les patients adultes qui répondent à tous les critères suivants :

- Diagnostic confirmé en fonction des critères diagnostiques de McDonald.
- Score récent entre 3 et 6,5 sur l'échelle étendue d'incapacité (EDSS).
- Score récent d'au moins 2 pour la composante relative aux fonctions pyramidales de l'échelle FSS (Functional Systems Scale) en ce qui concerne les membres inférieurs.
- Durée de la maladie de 10 ans pour les patients dont le score de l'échelle EDSS est de 5 ou moins ou durée de la maladie de moins de 15 ans pour les patients dont le score de l'échelle EDSS est de plus de 5.
- Examen d'imagerie diagnostique révélant des caractéristiques d'activité inflammatoire.

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté chez les patients dont le score à l'échelle EDSS est de 7 ou plus.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un neurologue.
- Les demandes présentées par les personnes inscrites aux Plans ACDEFGV seront examinées.
- Période d'approbation: 2 ans.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Sclérose en plaques récurrente-rémittente

Pour le traitement de la sclérose en plaques récurrente-rémittente (SPRR) chez les patients adultes qui répondent à tous les critères suivants :

- Diagnostic confirmé en fonction des critères diagnostiques de McDonald.
- Au moins une rechute invalidante ou nouvelle activité révélée par un examen d'imagerie par résonance magnétique au cours des deux dernières années.
- Patient ambulatoire, avec ou sans aide (c.-à-d. score récent de 6,5 ou moins sur l'échelle EDSS).

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté chez les patients dont le score à l'échelle EDSS est de 7 ou plus.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un neurologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres agents modificateurs de la maladie destinés au traitement de la SPRR ne sera pas remboursée.
- Les demandes présentées par les personnes inscrites aux Plans ACDEFGV seront examinées.
- Période d'approbation: 2 ans.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

OFATUMUMAB (KESIMPTA)

Auto-injecteur de 20 mg / 0,4 mL

Pour le traitement de la sclérose en plaques récurrente-rémittente (SPRR) chez les patients adultes qui répondent à tous les critères suivants :

- Diagnostic confirmé selon les critères de McDonald;
- Au moins une rechute invalidante ou nouvelle activité révélée par un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) au cours des deux dernières années;
- Patient ambulatoire, avec ou sans aide (c.-à-d. score récent de 6,5 ou moins sur l'échelle étendue du statut d'invalidité [EDSS]).

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté chez les patients dont le score sur l'échelle étendue du statut d'invalidité est égal ou supérieur à 7.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un neurologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres agents modificateurs de la maladie destinés au traitement de la SPRR ne sera pas remboursée.
- Les demandes présentées par les personnes inscrites aux Plans ACDEFGV seront examinées.
- La période d'approbation est de deux ans.

OFLOXACINE (OCUFLOX)

Solution ophtalmique de 0,3%

- Pour le traitement des infections ophtalmiques causées par des bactéries sensibles.
- Pour la prévention des infections ophtalmiques associées à une chirurgie oculaire non urgente.

Note pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par des ophtalmologistes et des optométristes prescripteurs détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.

OLAPARIB (LYNPARZA)

Comprimés de 100 mg et de 150 mg

Cancer du sein

1. Pour le traitement adjuvant des patients adultes atteints d'un cancer du sein au stade précoce comportant un risque élevé et exprimant une mutation germinale délétère ou présumée délétère d'un gène BRCA, qui ont subi une réduction tumorale d'emblée suivie d'une chimiothérapie adjuvante et qui répondent aux critères suivants :
 - Cancer du sein triple négatif avec atteinte des ganglions axillaires ou sans atteinte des ganglions axillaires et taille de la tumeur primaire invasive à l'examen pathologique d'au moins 2 cm (\geq pT2 cm);
 - Cancer du sein à récepteurs hormonaux positifs et HER2 négatif, avec atteinte d'au moins quatre ganglions lymphatiques confirmée à l'examen pathologique.
2. Pour le traitement adjuvant des patients adultes atteints d'un cancer du sein au stade précoce comportant un risque élevé et exprimant une mutation germinale délétère ou présumée délétère d'un gène BRCA, qui ont reçu une chimiothérapie néoadjuvante suivie d'une chirurgie et qui répondent aux critères suivants :
 - Cancer du sein triple négatif et présence dans le sein et/ou les ganglions lymphatiques prélevés de cellules cancéreuses infiltrantes résiduelles (réponse complète non pathologique);
 - Cancer du sein à récepteurs hormonaux positifs et HER2 négatif, avec présence dans le sein et/ou les ganglions lymphatiques prélevés de cellules cancéreuses infiltrantes résiduelles, et score CPS-EG de 3 ou plus.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent avoir reçu une chimiothérapie néoadjuvante ou adjuvante contenant une anthracycline et/ou un taxane.
2. Le traitement doit être entrepris dans les 12 semaines suivant la fin du dernier traitement (c.-à-d. chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie).
3. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
4. Le traitement doit être interrompu après la réapparition de la maladie, l'apparition d'effets toxiques inacceptables ou un an de traitement, selon la première de ces éventualités à survenir.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant des patients à risque élevé de rechute selon un système d'évaluation autre que le score CPS-EG seront prises en considération.
- L'utilisation concomitante ou séquentielle d'olaparib et de pembrolizumab en traitement adjuvant n'est pas remboursée.
- Les demandes pour les patients ayant reçu un traitement antérieur par un inhibiteur des kinases 4 et 6 dépendantes des cyclines (CDK4 et CDK6) ne sont pas admissibles.
- Période d'approbation : 1 an.

Cancer de la prostate métastatique résistant à la castration

1. Pour le traitement des patients souffrant d'un cancer de la prostate métastatique résistant à la castration (CPRCm) qui respecte les critères suivants :
 - Porteurs d'une mutation germinale et/ou somatique délétère ou présumée délétère dans les gènes de réparation par recombinaison homologue (RRH) BRCA1, BRCA2 ou ATM; et
 - Progression de la maladie au cours d'un traitement antérieur par un inhibiteur de la voie du récepteur des androgènes.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être interrompu en cas de progression de la maladie ou de toxicité inacceptable.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

2. En association avec l'abiratéron et la prednisone pour le traitement de première intention des patients atteints d'un cancer de la prostate résistant à la castration et métastatique (CPRCm) chez qui une chimiothérapie n'est pas indiquée sur le plan clinique et qui répondent aux critères suivants :
 - Être porteur d'une mutation germinale et/ou somatique délétère ou présumée délétère d'un gène BRCA1 ou BRCA2; et
 - Ne pas avoir suivi de traitement antérieur par un inhibiteur de la voie du récepteur des androgènes pour un cancer de la prostate métastatique sensible à la castration ou un cancer non métastatique de la prostate résistant à la castration.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être interrompu en cas de progression de la maladie ou de toxicité inacceptable.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les patients recevant de l'abiratéron et de la prednisone en traitement de première intention pour le CPRCm depuis moins de 4 mois peuvent recevoir de l'olaparib une fois que la mutation d'un gène BRCA est confirmée, à condition qu'il n'y ait pas eu de progression de la maladie pendant le traitement.
- Les demandes ne seront pas admissibles pour les patients qui ont reçu un traitement antérieur par un inhibiteur de la PARP ou dont la maladie a progressé pendant un traitement par abiratéron dans n'importe quel contexte.
- Période d'approbation : 1 an.

Cancer des ovaires

1. En monothérapie pour le traitement d'entretien des patientes adultes qui ont reçu un diagnostic récent de cancer épithélial de l'ovaire ou des trompes de Fallope ou de carcinome péritonéal primitif avec mutation (germinale ou somatique) d'un gène BRCA, et qui répondent à tous les critères suivants :
 - Présenter une réponse radiographique complète ou partielle après au moins 4 cycles d'une chimiothérapie de première intention à base de sels de platine;
 - Avoir terminé le dernier cycle de chimiothérapie à base de sels de platine au cours des 12 semaines précédentes;
 - Présenter des tumeurs de haut grade séreuses ou endométrioïdes de stade III ou IV selon les critères de la FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics).

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que la patiente répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.
- Les demandes pour un traitement se poursuivant au-delà de 2 ans ne seront pas admissibles s'il n'y a aucun signe de la maladie.

Notes cliniques :

1. Les patientes doivent avoir un bon indice fonctionnel et ne doivent pas présenter de métastases évolutives ou non maîtrisées dans le système nerveux central.
2. Le traitement doit être poursuivi jusqu'à l'apparition d'une toxicité inacceptable, la progression de la maladie ou l'achèvement de 2 ans de traitement, selon la première éventualité.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour l'olaparib en association avec le bévécizumab ne seront pas admissibles.
- Période d'approbation : 1 an.

2. En monothérapie pour le traitement d'entretien des patientes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire ou des trompes de Fallope ou d'un carcinome péritonéal primitif, récidivant et sensible aux sels de platine de type histologique séreux ou endométrioïde de haut grade avec mutation (germinale ou somatique) d'un gène BRCA, qui répondent à tous les critères suivants :
 - Avoir reçu au moins 2 traitements antérieurs de chimiothérapie à base de sels de platine;
 - Avoir reçu au moins 4 cycles de la chimiothérapie à base de sels de platine la plus récente et présenter une réponse radiographique complète ou partielle;

- Avoir terminé le dernier cycle de chimiothérapie à base de sels de platine au cours des 12 semaines précédentes.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que la patiente répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. La sensibilité aux sels de platine est définie comme une progression de la maladie survenant au moins 6 mois après la fin d'une chimiothérapie à base de sels de platine.
2. Les patientes doivent avoir un bon indice fonctionnel et ne doivent pas présenter de métastases évolutives ou non maîtrisées dans le système nerveux central.
3. Le traitement doit être interrompu en cas de progression de la maladie ou de toxicité inacceptable.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour l'olaparib ne seront pas admissibles pour les patientes dont la maladie a progressé alors qu'elles recevaient un inhibiteur de la PARP ou qui ont reçu un traitement complet par un inhibiteur de la PARP au cours d'un traitement antérieur.
- Période d'approbation : 1 an.

OMALIZUMAB (XOLAIR)

Fiole à usage unique de 150 mg

Seringue préremplie de 150 mg/mL

Pour le traitement des patients âgés de 12 ans ou plus souffrants d'une forme modérée à grave d'urticaire chronique idiopathique (UCI) qui demeurent symptomatiques (présence d'urticaire ou de la démangeaison qui y est associée) malgré une gestion optimale avec des antihistaminiques H1.

Exigences relatives aux demandes :

- Le plus récent score d'activité de l'urticaire obtenu sur une période de 7 jours (UAS7) doit figurer sur la demande soumise.

Critère de renouvellement :

- Les demandes de renouvellement seront prises en considération pour les patients qui ont :
 - un contrôle complet des symptômes pendant moins de 12 semaines consécutives; ou
 - une réponse partielle au traitement, définie comme une réduction d'au moins 9,5 points par rapport au score UAS7 de référence.

Notes cliniques :

1. La forme modérée à grave de l'urticaire chronique idiopathique (UCI) est définie par un score UAS7 d'au moins 16.
2. L'arrêt du traitement pourra être considéré pour les patients qui ont obtenu un contrôle complet des symptômes pendant au moins 12 semaines consécutives à la fin d'une période de traitement de 24 semaines.
3. Chez les patients qui ont arrêté le traitement en raison d'un contrôle temporaire des symptômes, le traitement pourra être amorcé de nouveau si les symptômes de l'UCI réapparaissent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Une dose maximale de 300 mg toutes les 4 semaines sera approuvée.
- Période d'approbation initiale: 24 semaines.

ONABOTULINUMTOXINA (BOTOX)

50 et 100 unités d'Allergan par fiole

1. Pour le traitement du pied bot équin résultant de la spasticité chez les patients de 2 ans et plus.
2. Pour réduire les symptômes subjectifs et objectifs de la dystonie cervicale (torticolis spasmodique) chez les adultes.
3. Pour le traitement du blépharospasme, du spasme de l'hémiface (trouble du nerf VII) et du strabisme chez les patients de 12 ans et plus.
4. Pour le traitement de la spasticité focale du membre supérieur et inférieur (au genou ou en dessous du genou) à la suite d'un accident vasculaire cérébral chez les adultes. La période d'approbation initiale sera de 6 mois pour la spasticité focale à la suite d'un AVC.

Critère de renouvellement :

- Pour une approbation prolongée, des documents faisant mention de l'amélioration de l'amplitude de mouvement passif ou actif, du tonus musculaire ou de la démarche (dans le cas de spasticité du membre inférieur) doivent être fournis.
5. Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale manifestée par le besoin impérieux d'uriner, l'incontinence urinaire ou les mictions fréquentes chez les patients adultes qui ont été intolérants ou qui n'ont pas répondu de façon satisfaisante à une période d'essai raisonnable avec au moins deux autres traitements pharmacologiques (p. ex., avec des anticholinergiques ou le mirabegron).

Critère de renouvellement :

- Les demandes de renouvellement doivent fournir des preuves objectives de la réponse au traitement, qui doit être caractérisée par une réduction d'au moins 50 % de la fréquence des épisodes d'incontinence urinaire.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit et administré par un urologue.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines (une dose).
- Période d'approbation du renouvellement : Maximum de 3 doses par années chez les patients présentant une réponse, jusqu'à une fréquence maximale de 1 dose chaque 12 semaines.

Critères d'exclusion :

Les conditions suivantes ne sont pas admissibles à la couverture:

- Migraine chronique
- Douleur chronique
- Hyperhidrose
- Contracture musculaire pour le soutien des soins du périnée

ONABOTULINUMTOXINA (BOTOX)

200 unités d'Allergan par fiole

Pour le traitement de l'incontinence urinaire causée par l'hyperactivité neurogène du détrusor attribuable à une vessie neurogène associée à la sclérose en plaques ou à une lésion du rachis cervical inférieur dans les conditions ci-dessous:

- chez le patient qui ne répond pas à l'intervention de modification comportementale et aux anticholinergiques ou qui y est intolérant ;
- pourvu que le médicament soit administré à des intervalles minimaux de 36 semaines.

Note clinique :

- Les patients pour qui le premier traitement à l'onabotulinumtoxinA reste sans effet ne devraient pas recevoir un deuxième traitement.

ONASEMNOGÈNE ABÉPARVOVEC (ZOLGENSMA)

Solution pour perfusion intraveineuse, 2×10^{13} génomes de vecteur/ml

Pour le traitement de l'amyotrophie spinale (AS) chez les personnes qui répondent aux critères suivants :

- Dépistage génétique d'une AS 5q avec mutations bialléliques du gène de survie du motoneurone 1 (SMN1, de l'anglais *Survival Motor Neuron 1*); et
- Patient âgé de 180 jours ou moins au moment où l'onasemnogène abéparavec est administré; et
- Patient présymptomatique ou symptomatique et porteur de 1 à 3 copies du gène de survie du motoneurone 2 (SMN2); et
- Patient qui ne nécessite pas de ventilation permanente (effractive ou non effractive) ni de sonde d'alimentation permanente.

Note clinique :

- La ventilation permanente est définie comme la nécessité d'une trachéotomie ou le besoin d'une assistance respiratoire de 16 heures ou plus par jour (au moyen d'une ventilation non effractive) pendant 14 jours consécutifs ou plus en l'absence d'une maladie aiguë réversible, à l'exclusion de la ventilation périopératoire.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le patient doit être sous les soins d'un spécialiste ayant l'expérience du diagnostic et du traitement de la AS.
- Aucun traitement par le nusinersen, le risdiplam ou d'autres médicaments indiqués pour le traitement de la AS ne sera envisagé après que le patient ait reçu une dose d'onasemnogène abéparavec.
- Les autorisations seront limitées à une administration à vie de $1,1 \times 10^{14}$ génomes de vecteur/kg.
- Les patients qui ont reçu une dose antérieure d'onasemnogène abéparavec obtenu par n'importe quel mécanisme (p. ex. régime d'assurance privé, essai clinique, accès compassionnel) ne seront pas remboursés.
- Les patients qui ont 4 copies ou plus du gène SMN2 ne seront pas remboursés.

ONDANSÉTRON (ZOFTRAN et marques génériques)

Comprimés et Comprimés à dissolution orale de 4 mg et de 8 mg

Injection de 2 mg/mL

Solution orale de 4 mg / 5 mL

1. Pour la prévention des nausées et des vomissements chez les patients qui reçoivent :
 - une chimiothérapie/radiothérapie hautement ou modérément émétisante;
 - une chimiothérapie/radiothérapie et qui ne sont pas parvenus à maîtriser adéquatement les symptômes avec les autres antiémétiques offerts sur le marché.

Note pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées pour les comprimés et les comprimés à dissolution orale par des oncologues, des clinicien(ne)s adjoint(e)s en oncologie ou des omnipraticien(nes) en oncologie détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
2. Pour le traitement des nausées et des vomissements chez les patients pédiatriques (moins de 18 ans) qui reçoivent une chimiothérapie (p. ex., le méthotrexate) pour des maladies chroniques non oncologiques, et ayant présenté un épisode de nausées et de vomissements.
 3. Pour la gestion des nausées et des vomissements chez les patients qui reçoivent des soins palliatifs.

**OSELTAMIVIR (TAMIFLU et marques génériques)
Capsules de 30 mg, 45 mg et de 75 mg**

Pour les résidents des foyers de soins pendant une éclosion de grippe si l'un des critères suivants est respecté :

- Pour le traitement des résidents des foyers de soins atteints de grippe de type A ou B soupçonnés cliniquement ou confirmés en laboratoire. Un cas soupçonné cliniquement survient si le patient répond aux critères d'un syndrome d'allure grippale et que le virus grippal de type A ou B circule dans les foyers de soins ou la communauté environnante.
- Pour la prophylaxie des résidents des foyers de soins pendant une éclosion de grippe de type A ou B. La prophylaxie doit être maintenue jusqu'à la fin de l'éclosion. Une éclosion est déclarée terminée 7 jours après le début du dernier cas dans le foyer de soins.

Notes pour les demandes de règlement :

- La couverture est limitée aux personnes inscrites au régime V, lorsque le traitement est recommandé par un médecin hygiéniste en chef comme décrit dans la [politique](#).
- L'oseltamivir est un médicament assuré à titre régulier pour les personnes qui remplissent les critères d'admissibilité du programme Traitements pharmacologiques de la grippe aviaire (Régime I), comme indiqué [ici](#).
- L'oseltamivir est un médicament assuré à titre régulier pour les personnes qui remplissent les critères d'admissibilité du programme Pharmacothérapie de la grippe saisonnière pour les résidents des établissements résidentiels pour adultes (Régime I), comme indiqué [ici](#).

**OSELTAMIVIR (TAMIFLU et marques génériques)
Poudre pour suspension de 6 mg/mL**

1. Pour les résidents des foyers de soins pendant une éclosion de grippe, lorsque les capsules orales ne sont pas une option et que le patient répond autrement aux critères d'autorisation spéciale pour les capsules d'oseltamivir.
2. Pour la prévention et le traitement de la grippe aviaire lorsque les capsules orales ne sont pas une option, chez les personnes qui remplissent les critères d'admissibilité du traitement pharmacologique contre la grippe aviaire.
3. Pour la prévention et le traitement de la grippe saisonnière chez les personnes qui remplissent les critères d'admissibilité du programme Pharmacothérapie de la grippe saisonnière pour les résidents des établissements résidentiels pour adultes et pour qui les capsules orales ne sont pas une option.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes présentées par les personnes inscrites au régime V seront examinées, lorsque le traitement est recommandé par un médecin hygiéniste en chef comme décrit dans la [politique](#).
- Les demandes présentées par les personnes qui remplissent les critères d'admissibilité du programme Traitements pharmacologiques de la grippe aviaire (Régime I) seront examinées, comme indiqué [ici](#).
- Les demandes présentées pour les personnes qui remplissent les critères d'admissibilité du programme Pharmacothérapie de la grippe saisonnière pour les résidents des établissements résidentiels pour adultes (Régime I) seront considérées, comme indiqué [ici](#).

**OSIMERTINIB (TAGRISSO)
Comprimés de 40 mg et de 80 mg**

Traitement adjuvant du cancer du poumon non à petites cellules

Comme traitement adjuvant après résection tumorale complète chez les patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) de stade IB à IIIA (selon l'American Joint Committee on Cancer, 7^e édition ou l'équivalent) dont la tumeur exprime une délétion dans l'exon 19 ou une mutation de substitution dans l'exon 21 (L858R) de l'EGFR.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite indiquant que le patient n'a pas présenté de récurrence de la maladie.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent présenter un bon indice fonctionnel.
2. Les patients doivent entreprendre le traitement dans les 26 semaines suivant la résection chirurgicale complète s'ils ont reçu une chimiothérapie adjuvante, ou dans les 10 semaines s'ils n'ont pas reçu de chimiothérapie.

3. Le traitement doit être poursuivi jusqu'à la récurrence de la maladie ou l'apparition d'effets toxiques inacceptables, ou pendant une période maximale de 3 ans, peu importe si la dose a été réduite ou interrompue.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour un traitement se poursuivant au-delà de 3 ans ne seront pas admissibles.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Cancer du poumon non à petites cellules avancé

1. Pour le traitement de première intention des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé (ne se prêtant pas à un traitement curatif) ou métastatique porteur d'une délétion dans l'exon 19 ou d'une mutation de substitution dans l'exon 21 (L858R) du gène du récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR).
2. Pour le traitement des patients atteints d'un CPNPC localement avancé (ne se prêtant pas à un traitement curatif) ou métastatique porteur de la mutation T790M du gène du récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR) dont la maladie a progressé pendant le traitement par un inhibiteur de la tyrosine kinase (ITK) de l'EGFR.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent présenter un bon indice fonctionnel.
2. Le traitement doit être arrêté en cas de progression cliniquement significative de la maladie ou d'effets toxiques inacceptables.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour un traitement de première intention seront admissibles pour les patients atteints d'un CPNPC porteur de la mutation génétique T790M de novo.
- Les demandes ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement adjuvant ciblant l'EGFR ou dans les 6 mois suivant la fin d'un tel traitement.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

OXCARBAZÉPINE (TRILEPTAL et marque générique)

Comprimés de 150 mg, 300 mg et de 600 mg

Suspension orale de 60 mg/mL

Traitement de l'épilepsie pour les patients qui ne répondent pas adéquatement ou qui sont intolérants à au moins trois antiepileptiques, y compris la carbamazépine.

OXYCODONE (OXY IR et marque générique et SUPEUDOL)

Comprimés à libération immédiate de 5 mg, 10 mg et de 20 mg

Pour le traitement d'une douleur associée au cancer d'intensité moyenne à grave ou d'une douleur chronique bénigne d'intensité moyenne à grave.

OXYHYDROXIDE SUCRO-FERRIQUE (VELPHORO)

Comprimé à croquer contenant 500 mg de fer

Pour le traitement de l'hyperphosphatémie (taux sérique de phosphate supérieur à 1,8 mmol/L) chez les patients atteints d'une maladie rénale en phase terminale qui sont sous dialyse.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation: long terme.

OZANIMOD (ZEPOSIA)

Capsules de 0,23 mg, 0,46 mg et 0,92 mg

Pour le traitement de la colite ulcéreuse modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin spécialisé en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 0,92 mg par jour.

- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

PALBOCICLIB (IBRANCE et marques génériques)
Comprimés de 75 mg, 100 mg et de 125 mg

1. En association avec un inhibiteur de l'aromatase pour le traitement des patients souffrant d'un cancer du sein avancé ou métastatique avec présence de récepteurs hormonaux et absence du récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (HER2-) qui répondent à tous les critères suivants :
 - n'ont pas suivi un traitement endocrinien antérieur pour la maladie à un stade avancé ou métastatique, mais qui pourraient avoir reçu au maximum un traitement préalable de chimiothérapie;
 - n'ont pas présenté de résistance à un traitement (néo)adjuvant antérieur par un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien;
 - ne présentent pas de métastases évolutives ou incontrôlées du système nerveux central.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ont reçu un traitement (néo)adjuvant par un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien, un intervalle minimum de 12 mois sans maladie après l'arrêt du traitement est requis.
2. Les personnes pré-ménopausées et péri-ménopausées doivent être traitées avec un agoniste de l'hormone de libération de la lutéinostimuline.
3. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
4. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas prises en considération dans le cas des patients qui présentent une récurrence de la maladie pendant ou dans les six mois suivant l'arrêt du traitement adjuvant par inhibiteur des kinases dépendantes des cyclines (CDK) 4 et 6.
- Période d'approbation : 1 an.

2. En association avec fulvestrant pour le traitement des patients souffrant d'un cancer du sein avancé ou métastatique avec présence de récepteurs hormonaux et absence du récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (HER2-) qui :
 - n'ont pas reçu de traitement endocrinien antérieur ou ont présenté une progression de la maladie pendant un traitement endocrinien, et
 - qui ont reçu au maximum un traitement préalable de chimiothérapie pour une maladie avancée ou métastatique, et
 - ne présentent pas de métastases évolutives ou incontrôlées du système nerveux central.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Les personnes pré-ménopausées et péri-ménopausées doivent être traitées avec un agoniste de l'hormone de libération de la lutéinostimuline.
2. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
3. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas prises en considération dans le cas des patients qui présentent une récurrence de la maladie pendant ou dans les six mois suivant l'arrêt du traitement adjuvant par inhibiteur des kinases dépendantes des cyclines (CDK) 4 et 6, ou des patients dont la maladie a évolué pendant un traitement avec un inhibiteur de la CDK4/6, fulvestrant ou évérolimus pour une maladie métastatique.
- Période d'approbation : 1 an.

PALIPÉRIDONE (INVEGA SUSTENNA)

Seringues préremplies de 50 mg / 0,5 mL, 75 mg / 0,75 mL, 100 mg/mL et de 150 mg / 1,5 mL

Pour le traitement d'entretien de la schizophrénie et des troubles psychotiques apparentés (non liés à la démence) chez les patients :

- qui ne respectent pas la posologie d'un antipsychotique oral; ou
- qui reçoivent actuellement un antipsychotique injectable à longue durée d'action et qui ont besoin d'un autre antipsychotique injectable à longue durée d'action.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : long terme.

PALIPERIDONE PALMITATE (INVEGA TRINZA)**Seringues préremplies de 175 mg / 0,875 mL, 263 mg / 1,315 mL, 350 mg / 1,75 mL et de 525 mg / 2,625 mL**

Pour le traitement d'entretien de la schizophrénie et des troubles psychotiques apparentés (non liés à la démence) chez les patients dont l'état a été stabilisé après au moins quatre mois de traitement par la palipéridone injectable.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : long terme.

PATISIRAN (ONPATTRO)**Comprimé de 200 mg**

Pour le traitement de la polyneuropathie chez le patient adulte avec amylose héréditaire de la transthyréline (ATTR héréditaire) qui répond à tous les critères suivants :

- avoir reçu un diagnostic d'ATTR héréditaire confirmé par un test génétique;
- présenter une neuropathie symptomatique de stade précoce;
- ne pas être atteint d'insuffisance cardiaque de classe III ou IV selon la classification de la New York Heart Association (NYHA);
- ne pas avoir subi de transplantation hépatique.

Critères d'arrêt du traitement :

- Le patient est alité de façon permanente et ne peut effectuer les activités de la vie quotidienne sans aide, ou
- le patient reçoit des soins de fin de vie.

Note clinique :

- La neuropathie symptomatique de stade précoce correspond au stade I à IIIB sur l'échelle d'invalidité liée à la polyneuropathie ou à une neuropathie amyloïde héréditaire de stade I ou II.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le patient doit être sous les soins d'un médecin ayant l'expérience du diagnostic et de la gestion de l'ATTR héréditaire.
- Le traitement combiné avec d'autres médicaments utilisant l'interférence ARN ou des stabilisateurs de la transthyréline utilisés pour traiter l'ATTR héréditaire n'est pas remboursé.
- Période d'approbation initiale : 9 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 12 mois. Une confirmation de la réponse continue est requise.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises en des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

PAZOPANIB (VOTRIENT et marques génériques)**Fiole de 2 mg/mL**

Pour le traitement de l'adénocarcinome rénal avancé ou métastatique lorsqu'il est utilisé :

- en première intention; ou
- en deuxième intention à la suite de la progression de la maladie pendant un traitement associant le nivolumab et l'ipilimumab.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

PEGCÉTACOPLAN (EMPAVELI)**Fiole 1080 mg / 20 mL**

Pour le traitement des patients adultes atteints d'hémoglobinurie paroxystique nocturne (HPN) qui ont une réponse inadéquate ou qui présentent des effets indésirables intolérables à un inhibiteur du C5.

Notes cliniques :

1. Il est nécessaire de soumettre une demande de couverture incluant le formulaire d'autorisation spéciale requis dûment rempli. De plus, le patient doit :
 - a) satisfaire aux critères d'admissibilité à la couverture du pegcétacoplan (couverture initiale ou poursuite de la couverture, selon le cas);

- b) ne répondre à aucun des critères énoncés dans les sections Contre-indications à la couverture ou Annulation de la couverture.
2. S'il vous plaît, contactez les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick au 1-800-332-3691 pour obtenir une trousse de renseignements sur les critères d'admissibilité à la couverture et les formulaires d'autorisation spéciale nécessaires.

Note pour les demandes de règlement :

- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumis comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

PEGFILGRASTIM

Fulphila seringue préremplie de 6 mg / 0,6 mL

Lapelga auto-injecteur et seringue préremplie de 6 mg / 0,6 mL

Nyvepria seringue préremplie de 6 mg / 0,6 mL

Ziextenzo seringue préremplie de 6 mg / 0,6 mL

Pour la prévention de la neutropénie fébrile chez les patients recevant une chimiothérapie myélosuppressive avec intention curative qui :

- ont un risque élevé de neutropénie fébrile due à un traitement de chimiothérapie, des comorbidités ou une neutropénie grave préexistante; ou
- ont eu un épisode de neutropénie fébrile, de septicémie neutropénique ou de neutropénie profonde dans un cycle de chimiothérapie antérieur; ou
- ont eu une réduction de la dose, ou un délai de traitement supérieur à une semaine en raison de la neutropénie.

Note clinique :

- Les patients atteints d'un cancer incurable recevant une chimiothérapie palliative ne sont pas admissibles à la couverture du pegfilgrastim pour la prévention de la neutropénie fébrile.

PEGINTERFÉRON BÊTA-1A (PLEGRIDY)

Auto-injecteur et seringue préremplie de 63 mcg / 0,5 mL, 94 mcg / 0,5 mL et de 125 mcg / 0,5 mL

Pour le traitement de la forme récurrente-rémittente de la sclérose en plaques (SPRR) chez les patients adultes qui répondent aux critères suivants :

- Diagnostic confirmé selon les critères de McDonald;
- Au moins une rechute invalidante de la SP au cours des deux dernières années;
- Patient ambulatoire, avec ou sans aide (c.-à-d. score récent de 6,5 ou moins sur l'échelle étendue du statut d'invalidité [EDSS]).

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté chez les patients dont le score à l'échelle EDSS est de 7 ou plus.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes présentées par les personnes inscrites aux Plans ACDEFGV seront examinées.
- Les ordonnances rédigées par des neurologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- L'utilisation combinée avec d'autres agents modificateurs de la maladie destinés au traitement de la SPRR ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation: 2 ans.

PÉRAMPANEL (FYCOMPA)

Comprimés de 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg, 10 mg, et de 12 mg

Pour le traitement d'appoint des crises épileptiques partielles réfractaires ou des crises généralisées tonico-cloniques primaires chez les patients qui prennent actuellement deux médicaments antiépileptiques ou plus et qui ont présenté une réponse inadéquate à un minimum de trois autres médicaments antiépileptiques.

Note pour les demandes de règlement :

- Le patient doit être sous les soins d'un médecin ayant l'expérience du traitement de l'épilepsie.

PHÉNYLBUTYRATE SODIQUE (PHEBURANE)

Granules enrobés de 483 mg/g

Pour le traitement des patients atteints de troubles du cycle de l'urée.

Note clinique :

- Le diagnostic doit être confirmé par des tests sanguins, enzymatiques, biochimiques ou génétiques.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin ayant l'expérience du traitement des troubles du cycle de l'urée.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

PHÉNYLBUTYRATE DE GLYCÉROL (RAVICTI)

Liquide à prise orale de 1,1 g/mL

Pour le traitement des patients atteints de troubles du cycle de l'urée.

Note clinique :

- Le diagnostic doit être confirmé par des tests sanguins, enzymatiques, biochimiques ou génétiques.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin ayant l'expérience du traitement des troubles du cycle de l'urée.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

PILOCARPINE (SALAGEN et marques génériques)

Comprimé de 5 mg

- Pour le traitement des symptômes de la xérostomie (sécheresse de la bouche) due à un hypofonctionnement des glandes salivaires provoqué par une radiothérapie pour un cancer de la tête et du cou.
- Pour le traitement des symptômes de la xérostomie (sécheresse de la bouche) et de la xérophtalmie (sécheresse des yeux) chez les patients souffrant du syndrome de Sjögren.

PIRFÉNIDONE (ESBRIET et marques génériques)

Capsules de 267 mg

Comprimés pelliculés de 267 mg et de 801 mg

Pour le traitement des patients adultes souffrant de fibrose pulmonaire idiopathique (FPI) légère à modérée dont le diagnostic a été validé par un pneumologue et confirmé par une tomographie haute résolution (TDM HR) au cours des 24 mois précédents.

Critère de renouvellement initial :

La maladie ne doit pas avoir progressé entre le début du traitement et le renouvellement (6 premiers mois de traitement), la progression étant définie par un déclin absolu $\geq 10\%$ du pourcentage de la capacité vitale forcée (CVF) prédite. Si la maladie a progressé suivant ce critère, les tests de la fonction pulmonaire doivent être refaits 4 semaines plus tard pour confirmer les résultats.

Critère de renouvellement subséquent :

La maladie ne doit pas avoir progressé depuis les 12 derniers mois, la progression étant définie par un déclin absolu $\geq 10\%$ du pourcentage de la CVF prédite. Si la maladie a progressé suivant ce critère, les tests de la fonction pulmonaire doivent être refaits 4 semaines plus tard pour confirmer les résultats.

Notes cliniques :

1. Une FPI légère à modérée est définie par une CVF $\geq 50\%$ de la valeur prédite.
2. Toutes les autres causes possibles d'une maladie pulmonaire restrictive (p. ex., maladie vasculaire du collagène ou pneumopathie d'hypersensibilité) doivent être exclues avant de commencer le traitement.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un médecin ayant l'expérience du traitement de la FPI, ou en consultation avec un tel médecin.
- Une polythérapie avec de la pirféridone et du nintédanib ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation initiale : 7 mois (4 semaines plus tard pour confirmer les résultats des tests de la fonction pulmonaire).
- Période d'approbation du renouvellement : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellements subséquents : 12 mois.

PLÉRIXAFOR (MOZOBIL et marque générique)

Solution pour injection de 24 mg / 1,2 mL

À utiliser avec la filgrastime pour mobiliser les cellules souches hématopoïétiques qui sont ensuite transplantées de façon autologue chez les patients atteints d'un lymphome non hodgkinien ou d'un myélome multiple, si l'un des critères suivants est respecté:

- Un nombre de cellules PBCD34+ de < 10 cellules par uL, après quatre jours de filgrastime; ou

- Moins de 50% de la culture de CD34 ciblée est atteinte le premier jour d'aphérèse (après avoir été mobilisée par la figrastime seule ou à la suite de la chimiothérapie); ou
- Une mobilisation précédente des cellules souches a échoué à l'aide de la figrastime seule ou à la suite de la chimiothérapie.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le remboursement est limité à un maximum de 4 doses (0,24 mg/kg quotidiennement) pour un seul essai de mobilisation et pour les ordonnances remises par un oncologue ou un hématologue.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

POMALIDOMIDE (POMALYST et marques génériques)

Capsules de 1 mg, 2 mg, 3 mg et de 4 mg

Pour le traitement du myélome multiple récidivant ou réfractaire, lorsque le médicament est utilisé :

- en association avec la dexaméthasone, avec ou sans cyclophosphamide, pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement par lénalidomide et un inhibiteur de protéasome; ou
- en association avec l'isatuximab et la dexaméthasone pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement par lénalidomide et un inhibiteur de protéasome.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.
2. Le patient doit présenter un bon indice de performance.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

PONATINIB (ICLUSIG)

Comprimés pelliculés de 15 mg et de 45 mg

Pour le traitement des patients atteints de leucémie myéloïde chronique (LMC) en phase chronique, accélérée ou blastique ou de leucémie lymphoblastique aiguë à chromosome Philadelphie positif (LLA Ph+) qui :

- présentent une résistance ou une intolérance à au moins deux inhibiteurs de tyrosine kinase; ou
- expriment la mutation T315i.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent avoir un indice de performance de l'Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) se situant entre 0 et 2.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou que des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

POSACONAZOLE (marques génériques)

Comprimés à libération retardée de 100 mg

- Pour la prévention des infections fongiques invasives chez les patients adultes qui ont récemment (au cours des trois derniers mois) reçu une greffe de moelle osseuse allogénique.
- Pour le traitement des patients adultes atteints d'aspergillose ou de mucormycose invasive.
- Pour le traitement des patients adultes atteints de candidose invasive qui présentent une résistance documentée au fluconazole.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un hématologue, un spécialiste des maladies infectieuses ou un microbiologiste médical.
- Les demandes initiales seront approuvées pour un maximum de 4 mois.

PROPIVERINE (MICTORYL PEDIATRIC)

Comprimé de 5 mg

Pour le traitement symptomatique de l'incontinence impérieuse ou des mictions fréquentes et de l'urgence mictionnelle chez les patients de moins de 18 ans qui présentent une hyperactivité vésicale.

RANIBIZUMAB (BYOOVIZ et RANOPTO)
Solution pour injection intravitréenne de 10 mg/mL

1. Pour le traitement de la forme néovasculaire (humide) de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).
2. Pour le traitement de la néovascularisation choroïdienne (NVC) consécutive à une myopie pathologique (MP).
3. Pour le traitement de la néovascularisation choroïdienne (NVC) consécutive à une maladie oculaire autre que la DMLA ou la MP.
4. Pour le traitement de l'œdème maculaire diabétique (OMD).
5. Pour le traitement de l'œdème maculaire consécutive à une occlusion de la veine centrale de la rétine ou à une occlusion de la branche veineuse rétinienne.

Notes pour les demandes de règlement :

- Une demande de règlement initiale pouvant comprendre jusqu'à deux fioles (une fiole par œil traité) sera automatiquement remboursée si le médicament est prescrit par un ophtalmologiste au Nouveau-Brunswick. Si un traitement en continu est nécessaire, une demande d'autorisation spéciale doit être soumise.
- Les approbations concerneront un maximum d'une fiole par œil tous les 30 jours.
- Période d'approbation : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

RÉGORAFENIB (STIVARGA)
Comprimé pelliculé de 40 mg

Carcinome hépatocellulaire avancé

Pour le traitement de deuxième intention du carcinome hépatocellulaire non résécable chez les patients qui répondent à tous les critères suivants :

- progression de la maladie avec sorafenib ou lenvatinib;
- classe A de la classification de Child-Pugh;
- indice de performance ECOG de 0 ou 1.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les patients dont la maladie a progressé avec sorafenib doivent avoir toléré une dose minimale de 400 mg par jour pendant au moins 20 des 28 derniers jours de traitement.
- Les demandes visant le régorafénib ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement avec cabozantinib ou immunothérapie (l'atézolizumab en association avec le bevacizumab ou le durvalumab en association avec le trémélimumab).
- Période d'approbation: 6 mois.

Tumeur stromale gastro-intestinale

Pour le traitement des tumeurs stromales gastro-intestinales non résécables ou métastatiques chez les patients qui ont présenté une progression de la maladie pendant un traitement par l'imatinib et le sunitinib ou qui ne tolèrent pas ces médicaments.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent présenter un bon indice fonctionnel.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 6 mois.

RIBOCICLIB (KISQALI)
Comprimé de 200 mg

1. En association avec un inhibiteur de l'aromatase pour le traitement des patients souffrant d'un cancer du sein avancé ou métastatique avec présence de récepteurs hormonaux et absence du récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (HER2-) qui répondent à tous les critères suivants :
 - n'ont pas suivi un traitement endocrinien antérieur pour la maladie à un stade avancé ou métastatique, mais qui pourraient avoir reçu au maximum un traitement préalable de chimiothérapie;
 - n'ont pas présenté de résistance à un traitement (néo)adjuvant antérieur par un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien;
 - ne présentent pas de métastases évolutives ou incontrôlées du système nerveux central.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ont reçu un traitement (néo)adjuvant par un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien, un intervalle minimum de 12 mois sans maladie après l'arrêt du traitement est requis.
2. Les personnes pré-ménopausées et péri-ménopausées doivent être traitées avec un agoniste de l'hormone de libération de la lutéinostimuline.
3. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
4. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront admissibles pour les patients qui présentent une récurrence de la maladie pendant ou dans les six mois suivant l'arrêt du traitement adjuvant par inhibiteur des kinases dépendantes des cyclines (CDK) 4 et 6.
 - Période d'approbation : 1 an.
2. En association avec fulvestrant pour le traitement des patients souffrant d'un cancer du sein avancé ou métastatique avec présence de récepteurs hormonaux et absence du récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (HER2-) qui :
 - n'ont pas reçu de traitement endocrinien antérieur ou ont présenté une progression de la maladie pendant un traitement endocrinien, et
 - pourraient avoir reçu au maximum un traitement préalable de chimiothérapie pour une maladie avancée ou métastatique, et
 - ne présentent pas de métastases évolutives ou incontrôlées du système nerveux central.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Les personnes pré-ménopausées et péri-ménopausées doivent être traitées avec un agoniste de l'hormone de libération de la lutéinostimuline.
2. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
3. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas prises en considération dans le cas des patients qui présentent une récurrence de la maladie pendant ou dans les six mois suivant l'arrêt du traitement adjuvant par inhibiteur des kinases dépendantes des cyclines (CDK) 4 et 6, ou des patients dont la maladie a évolué pendant un traitement avec un inhibiteur de la CDK4/6, fulvestrant ou évérolimus pour une maladie métastatique.
- Période d'approbation : 1 an.

RIFABUTINE (MYCOBUTIN) Capsule de 150 mg

Pour la prévention du complexe *Mycobacterium avium* [MAC] disséminé chez les patients présentant une infection par le VIH à un stade avancé.

Notes pour les demandes de règlement :

- Ce médicament doit être prescrit par un infectiologue, ou en consultation avec un tel médecin.
- Les demandes présentées par les personnes inscrites aux Plans ACDEFGV seront examinées.

RIFAXIMINE (ZAXINE) Comprimé de 550 mg

Pour réduire les risques de récurrences d'encéphalopathie hépatique déclarée chez les patients qui ont connu au moins deux épisodes et qui sont incapables de contrôler adéquatement l'encéphalopathie hépatique uniquement avec les doses maximales de lactulose.

Note clinique :

- Doit être utilisé en combinaison avec le lactulose, à moins que ce dernier ne soit pas toléré.

RIOCIGUAT (ADEMPAS et marques générique) Comprimés pelliculés de 0,5 mg, 1 mg, 1,5 mg, 2 mg et de 2,5 mg

Pour le traitement de l'hypertension pulmonaire thromboembolique chronique inopérable [HPTEC, groupe 4 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)] ou l'HPTEC persistante ou récurrente après le traitement chirurgical chez les adultes (≥ 18 ans) atteints d'hypertension pulmonaire en classe fonctionnelle II ou III de l'OMS.

Note clinique :

- Les demandes seront prises en considération si elles viennent de médecins ayant l'expérience du diagnostic et du traitement de l'HPTEC.

Note pour les demandes de règlement :

- Durée de l'approbation: 1 an

RIPRÉTINIB (QINLOCK)

Comprimé de 50 mg

Pour le traitement des patients adultes souffrant d'une tumeur stromale gastro-intestinale avancée qui ont présenté une progression de la maladie pendant un traitement par l'imatinib, le sunitinib et le régorafenib ou qui ne tolèrent pas ces médicaments.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance et n'avoir aucune métastase active dans le système nerveux central.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 6 mois.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

RISANKIZUMAB (SKYRIZI)

Fiole de 600 mg

Cartouche de 360 mg/2,4 ml avec injecteur à appliquer sur le corps

Pour le traitement de la maladie de Crohn modérément à fortement évolutive chez les patients adultes qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin avec une spécialité en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 600 mg par perfusion intraveineuse aux semaines 0, 4, et 8, et ensuite de 360 mg par injection sous-cutanée à la semaine 12 et chaque 8 semaines par la suite
- Période initiale d'approbation : 12 semaines
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

RISANKIZUMAB (SKYRIZI)

Auto-injecteur et seringue préremplie de 150 mg/mL

Pour le traitement du psoriasis en plaques chronique modéré à grave chez les patients adultes qui répondent à tous les critères suivants :

- Score PASI (Psoriasis Area and Severity Index) supérieur à 10 et score DLQI (Dermatology Life Quality Index) supérieur à 10, ou atteinte majeure des zones visibles, du cuir chevelu, des organes génitaux ou des ongles;
- Absence de réponse ou intolérance à la photothérapie ou incapacité à y avoir accès;
- Absence de réponse, intolérance ou contre-indications à méthotrexate (par voie orale ou parentérale), à une dose supérieure ou égale à 20 mg par semaine (supérieure ou égale à 15 mg si le patient est âgé de 65 ans ou plus) pendant au moins 12 semaines.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires aux traitements. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 150 mg aux semaines 0 et 4, et toutes les 12 semaines par la suite.

- Période initiale d'approbation : 16 semaines
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

**RISDIPLAM (EVRYSDI)
60 mg en poudre pour solution buvable**

Pour le traitement de l'amyotrophie spinale 5q si les critères suivants sont respectés :

- Dépistage génétique d'une délétion homozygote ou d'une mutation hétérozygote composite au chromosome 5q; et
- La ventilation permanente par un moyen effractif n'est pas encore nécessaire; et
- Patient symptomatique qui présente deux ou trois copies du gène SMN2 et qui :
 - est âgé de 2 à 7 mois, ou
 - est âgé de 8 mois à 25 ans et est non ambulateur.

Critères d'arrêt du traitement :

- Il n'y a pas de maintien de la fonction motrice depuis le début du traitement selon une évaluation effectuée au moyen d'une échelle adaptée à l'âge; ou
- La ventilation permanente par un moyen effractif est nécessaire.

Notes cliniques :

1. Une échelle adaptée à l'âge correspond à la partie 2 de la méthode d'évaluation Hammersmith Infant Neurological Examination (HINE), à l'échelle de mesure de la fonction motrice CHOP INTEND (Children's Hospital of Philadelphia Infant Test of Neuromuscular Disorders) ou à l'échelle HFMSE (Hammersmith Functional Motor Scale-Expanded).
2. Une évaluation initiale doit être effectuée avec une échelle adaptée à l'âge avant le début du traitement.
3. Une évaluation annuelle doit être effectuée avec une échelle adaptée à l'âge au maximum 12 semaines avant la date de renouvellement.
4. La ventilation permanente par un moyen effractif est définie par la mise en place d'une trachéostomie et l'utilisation d'un ventilateur en raison de la progression de l'amyotrophie spinale qui n'est pas attribuable à une cause identifiable et réversible.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le patient doit être sous les soins d'un spécialiste ayant l'expérience du traitement de l'amyotrophie spinale.
- Le traitement d'association par le nusinersen ne sera pas remboursé.
- Les demandes visant le risdiplam ne seront pas admissibles dans le cas des patients qui ont reçu une thérapie génique à base de vecteurs viraux AAV (*adeno-associated virus*).
- Les patients qui reçoivent actuellement un médicament contre l'amyotrophie spinale pourraient être admissibles à faire la transition vers un autre médicament contre l'amyotrophie spinale; toutefois, les patients ne seront pas autorisés à revenir à un médicament contre l'amyotrophie spinale qu'ils ont déjà essayé.
- Quantité maximale approuvée : 0,2 mg/kg/jour pour les patients âgés de 2 mois à moins de 2 ans, 0,25 mg/kg/jour pour les patients âgés de 2 ans ou plus et pesant moins de 20 kg, ou 5 mg/jour pour les patients âgés de 2 ans ou plus et pesant 20 kg ou plus.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

**RISÉDRONATE (marque générique)
Comprimé pelliculé de 30 mg**

Pour le traitement de la maladie de Paget.

Notes pour les demandes de règlement :

- Un maximum de 60 comprimés sera remboursé par année sans autorisation spéciale.
- Les demandes de reprise de traitement pourraient être acceptées par l'entremise du processus d'autorisation spéciale à la suite d'une période d'observation de deux mois après le traitement.

**RISPÉRIDONE (RISPERDAL CONSTA)
Fioles de 12,5 mg, 25 mg, 37,5 mg et de 50 mg**

Pour le traitement chez les patients qui :

- ne respectent pas la posologie d'un antipsychotique oral; ou
- reçoivent actuellement un antipsychotique injectable à longue durée d'action et qui ont besoin d'un autre antipsychotique injectable à longue durée d'action.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour le traitement des symptômes psychotiques associés à la démence ne seront pas admissibles.
- Période d'approbation : long terme.

RITUXIMAB (RIXIMYO, RUXIENCE, TRUXIMA)
Fiole de 10 mg/mL

Indiqué pour le traitement des patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde, de vascularite ou d'une autre maladie auto-immune.

Notes pour les demandes de remboursement :

- Le médicament doit être prescrit par un spécialiste.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

RIVASTIGMINE (EXELON)
Solution orale à 2 mg/mL

Pour le traitement de la démence légère à modérée chez les patients pour qui les comprimés ou les capsules orales ne sont pas une option et qui répondent aux critères suivants :

- Score de 10 à 30 au mini-examen de l'état mental (MMSE).
- Score de 4 ou 5 à l'échelle *Functional Assessment Staging Test* (FAST).

Note clinique :

- Les demandes doivent mentionner le score au MMSE et à l'échelle FAST le plus récent obtenu dans les 6 mois précédant la demande.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

ROMOSUZUMAB (EVENTY)
Seringue préremplie de 105 mg / 1,17 mL

Pour le traitement de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées qui répondent à tous les critères suivants :

- la patiente a des antécédents de fracture ostéoporotique;
- la patiente présente un risque de fracture élevé;
- la patiente n'a reçu aucun traitement préalable au moyen de médicaments destinés au traitement de l'ostéoporose, sauf le calcium et la vitamine D.

Note clinique :

- Le « risque de fracture élevé » est défini comme suit : un risque de fracture sur 10 ans ≥ 20 % selon l'outil d'évaluation du risque de fracture (FRAX).

Notes pour les demandes de règlement :

- L'utilisation combinée de romosozumab avec d'autres médicaments destinés au traitement de l'ostéoporose ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 210 mg par mois.
- Période d'approbation maximale : 1 an.

ROTIGOTINE (NEUPRO)
Timbre transdermique de 2 mg, 4 mg, 6 mg et de 8 mg

Pour le traitement d'appoint de la maladie de Parkinson au stade avancé chez les patients qui reçoivent actuellement une association lévodopa-inhibiteur de la décarboxylase.

RUFINAMIDE (BANZEL et marques générique)
Comprimés pelliculés de 100 mg, 200 mg et de 400 mg

Pour le traitement auxiliaire des convulsions associées au syndrome de Lennox-Gastaut chez les patients qui répondent aux critères suivants:

- suivis par un médecin qui a de l'expérience avec les traitements des convulsions causées par le syndrome de Lennox-Gastaut,
ET
- utilisent au moins deux médicaments antiépileptiques,
ET
- pour qui les médicaments antiépileptiques moins dispendieux sont inefficaces ou non indiqués.

RUXOLITNIB (JAKAVI)
Comprimés de 5 mg, 10 mg, 15 mg et de 20 mg

Myélofibrose

Pour le traitement de la splénomégalie et/ou des symptômes qui y sont associés chez les patients adultes atteints de myélofibrose primitive, de myélofibrose consécutive à une polycythémie vraie ou de myélofibrose consécutive à une thrombocythémie essentielle qui répondent à tous les critères suivants :

- Maladie à risque intermédiaire ou élevé, ou maladie à faible risque avec splénomégalie symptomatique, selon les critères DIPSS Plus
- Patient non traité auparavant ou réfractaire à un autre traitement

Critère de renouvellement :

- Confirmation que le patient a répondu au traitement, comme en témoigne la réduction de la taille de la rate ou l'amélioration des symptômes.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent avoir un indice de performance de l'ECOG de 3 ou moins.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé alors qu'ils suivaient un traitement avec fédératinib.
- Période d'approbation : 6 mois.

Polycythémie vraie

Pour le traitement des patients souffrant de Polycythémie vraie qui ont présenté une résistance ou une intolérance à l'hydroxycarbamide.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.
3. Nous considérons qu'il y a une résistance quand, après au moins trois mois de traitement avec de l'hydroxycarbamide à la dose maximale tolérée, le patient présente au moins un des éléments suivants :
 - A besoin d'une phlébotomie pour maintenir le taux d'hématocrite à < 45 %
 - Présente une myéloprolifération incontrôlée (c.-à-d., une numération plaquettaire > 400 x 10⁹/L et une leucocytémie > 10 x 10⁹/L)
 - Incapacité de réduire une splénomégalie importante de plus de 50 %, tel que mesurée à la palpation
4. Nous considérons qu'il y a une intolérance à l'hydroxycarbamide quand le patient présente au moins un des éléments suivants :
 - Un nombre absolu de neutrophiles < 1,0 x 10⁹/L, une numération plaquettaire < 100 x 10⁹/L ou un taux d'hémoglobine < 100 g/L à la plus petite dose l'hydroxycarbamide nécessaire pour obtenir une réponse hématologique. Une réponse à l'hydroxycarbamide est définie par un taux d'hématocrite < 45 % sans phlébotomie, ou par tous les éléments suivants : numération plaquettaire ≤ 400 x 10⁹/L, leucocytémie ≤ 10 x 10⁹/L, et une rate non palpable
 - Présence d'ulcères aux jambes ou autre effet toxique non hématologique inacceptable lié à l'hydroxycarbamide (défini par un stade 3 ou 4, ou plus d'une semaine au grade 2) tel que des manifestations cutanéomuqueuses, des symptômes gastro-intestinaux, une pneumonite ou de la fièvre
 - Effet toxique qui nécessite l'arrêt permanent de l'hydroxycarbamide, l'interruption de l'hydroxycarbamide jusqu'à la disparition de l'effet toxique ou une hospitalisation en raison des effets toxiques de l'hydroxycarbamide

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Réaction aiguë du greffon contre l'hôte

Pour le traitement des patients âgés de 12 ans et plus souffrant d'une réaction aiguë du greffon contre l'hôte (GVHa) réfractaire aux corticostéroïdes ou dépendante des corticostéroïdes, et ayant reçu un diagnostic de GVHa de grade II à IV selon les critères du National Institute of Health (NIH).

Critères de renouvellement :

- Confirmation que le patient a répondu au traitement, comme en témoigne une réponse globale (c.-à-d. une réponse complète, une très bonne réponse partielle, une réponse partielle ou une maladie stable avec une réduction significative de la dose de corticostéroïdes), selon les critères du NIH au 28^e jour de traitement.
- Les demandes de renouvellement ne seront pas admissibles si l'un des événements suivants se produit :

- Une progression de la GVHa, définie comme une aggravation des symptômes ou l'apparition de nouveaux symptômes.
- Un effet toxique inacceptable.
- L'ajout de traitements systémiques (à l'exception des inhibiteurs de la calcineurine) pour la GVHa après le 28^e jour.
- Récidive ou rechute d'une hémopathie maligne sous-jacente.

Notes cliniques :

1. Les détails cliniques étayant le diagnostic de GVHa de grade II à IV doivent être fournis au départ (p. ex. organe(s) touché(s) et stadification).
2. La réfraction aux corticostéroïdes est définie selon les critères de l'*EBMT-NIH-CIBMTR Task Force position statement*, par l'un ou plusieurs des éléments suivants :
 - Progression basée sur l'évaluation des organes après au moins 3 jours par rapport à l'état des organes au moment de commencer la prise d'un corticostéroïde systémique à forte dose avec ou sans inhibiteur de la calcineurine.
 - Absence de réponse partielle, au minimum, basée l'évaluation des organes après 7 jours par rapport à l'état des organes au moment de commencer la prise d'un corticostéroïde systémique à forte dose avec ou sans inhibiteur de la calcineurine.
 - Les patients qui ne parviennent pas à réduire la dose de corticostéroïdes, définie comme une augmentation de la dose de corticostéroïdes jusqu'à une dose de méthylprednisolone supérieure ou égale à 2 mg/kg par jour (ou une dose équivalente de prednisone supérieure ou égale à 2,5 mg/kg par jour) ou comme l'incapacité à réduire la dose de méthylprednisolone jusqu'à une dose inférieure à 0,5 mg/kg/jour (ou une dose équivalente de prednisone inférieure à 0,6 mg/kg/jour) pendant une période minimale de 7 jours.
3. La dépendance aux corticostéroïdes est définie comme l'incapacité à diminuer la prednisone en dessous de 2 mg/kg/jour après un traitement initial réussi d'au moins 7 jours ou comme la réapparition de l'activité de la GVHa pendant la diminution des stéroïdes.
4. Un traitement par ruxolitinib ne doit pas être ajouté à des traitements systémiques concomitants pour le traitement de la GVHa autres que les corticostéroïdes avec ou sans inhibiteur de la calcineurine.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un médecin expérimenté dans le traitement de la GVHa.
- Les approbations seront pour un maximum de 10 mg deux fois par jour.
- Période d'approbation initiale : 4 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 12 semaines.

Réaction chronique du greffon contre l'hôte

Pour le traitement des patients âgés de 12 ans et plus souffrant d'une réaction chronique du greffon contre l'hôte (GVHc) qui répondent à tous les critères suivants :

- Diagnostic confirmé de GVHc modérée à grave selon les critères de consensus du National Institutes of Health (NIH).
- Réfractaire aux corticostéroïdes ou aux autres traitements systémiques.

Critères de renouvellement :

- Confirmation que le patient a répondu au traitement, comme en témoigne une réponse globale (c.-à-d. une réponse complète, une réponse partielle ou une maladie stable avec une réduction significative de la dose de corticostéroïdes), selon les critères du NIH après 24 semaines de traitement.
- Les demandes de renouvellement ne seront pas admissibles si l'un des événements suivants se produit :
 - Une progression de la GVHc, définie comme une aggravation des symptômes ou l'apparition de nouveaux symptômes.
 - Récidive ou rechute d'une hémopathie maligne sous-jacente.

Notes cliniques :

1. Les détails cliniques étayant le diagnostic de GVHc doivent être fournis, y compris les organes ou systèmes touchés.
2. La réfraction aux corticostéroïdes est définie, selon les critères de consensus du NIH, indépendamment de l'utilisation concomitante d'un inhibiteur de la calcineurine, par l'un des éléments suivants :
 - Absence de réponse ou progression de la maladie après administration d'une dose minimale de 1 mg/kg/jour de prednisone pendant au moins une semaine (ou équivalent).
 - Persistance de la maladie sans amélioration malgré un traitement continu par prednisone à plus de 0,5 mg/kg/jour ou 1 mg/kg tous les deux jours pendant au moins 4 semaines (ou équivalent).
 - Augmentation de la dose de prednisone à plus de 0,25 mg/kg/jour après deux tentatives infructueuses de réduction de la dose (ou équivalent).
3. Un traitement par ruxolitinib ne doit pas être ajouté à des traitements systémiques concomitants pour le traitement de la GVHc autres que les corticostéroïdes avec ou sans inhibiteur de la calcineurine.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un médecin expérimenté dans le traitement de la GVHc.
- Les approbations seront pour un maximum de 10 mg deux fois par jour.

- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

SACUBITRIL ET VALSARTAN (ENTRESTO)

Comprimés pelliculés 24 mg / 26 mg, 49 mg / 51 mg et de 97 mg / 103 mg

Pour le traitement visant la réduction du risque de décès cardiovasculaire et d'hospitalisation due à l'insuffisance cardiaque chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque de classe II ou III — selon la classification de la New York Heart Association (NYHA) — qui répondent aux critères suivants :

- Fraction d'éjection ventriculaire gauche inférieure ou égale à 40 %
- Symptômes de classe II ou III, selon la NYHA, malgré au moins 4 semaines de traitement avec les médicaments suivants :
 - une dose stable d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II); et
 - une dose stable d'un bêtabloquant et d'autres traitements recommandés, y compris un antagoniste des récepteurs des minéralocorticoïdes (ARM).
- Taux plasmatique de peptide natriurétique de type B (BNP) \geq 150 pg/ml ou du fragment N terminal du peptide natriurétique de type B (NT-proBNP) \geq 600 pg/ml.

Notes cliniques :

1. Un taux plasmatique de BNP \geq 100 pg/ml ou de NT-proBNP \geq 400 pg/ml sera pris en considération si le patient a été hospitalisé pour une insuffisance cardiaque au cours des 12 derniers mois.
2. Des détails doivent être fournis dans le cas des patients qui n'ont pas suivi un traitement de 4 semaines avec un bêtabloquant ou un ARM en raison d'une intolérance ou d'une contre-indication.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : long terme.

SALBUTAMOL (VENTOLIN et marques génériques)

Solution pour inhalation de 0,5 mg/mL, 1 mg/mL, 2 mg/mL et de 5 mg/mL

Pour les patients qui ont tenté d'utiliser un inhalateur avec un tube d'espacement et

- Qui sont incapables de suivre les instructions, de tenir le tube d'espacement ou de tenir le dispositif suffisamment longtemps pour l'actionner en raison de limitations cognitives ou physiques; ou
- Qui ont des difficultés à générer un effort inspiratoire suffisant pour obtenir un bienfait thérapeutique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation initiale : 1 an
- Période d'approbation du renouvellement : long terme.

SALBUTAMOL ET BROMURE D'IPRATROPIUM (marques génériques)

Solution pour inhalation de 2,5 mg / 0,5 mg / 2,5 mL

Pour les patients qui ont tenté d'utiliser un inhalateur avec un tube d'espacement et

- qui sont incapables de suivre les instructions, de tenir le tube d'espacement ou de tenir le dispositif suffisamment longtemps pour l'actionner en raison de limitations cognitives ou physiques; ou
- qui ont des difficultés à générer un effort inspiratoire suffisant pour obtenir un bienfait thérapeutique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation initiale : 1 an
- Période d'approbation du renouvellement : long terme.

SAPROPTÉRINE (KUVAN et marques générique)

Comprimé de 100 mg

Sachets de 100 mg et de 500 mg

Pour le traitement continu de l'hyperphénylalaninémie en raison d'une phénylcétonurie (PCU) répondant à la tétrahydrobioptérine (BH4), en association avec un régime alimentaire pauvre en phénylalanine (Phe) chez les patientes qui répondent à tous les critères suivants :

- Diagnostic confirmé par un test génétique.
- Réponse démontrée par un test de réactivité à saproptérine.
- Des concentrations sanguines de base de Phe supérieures à 360 μ mol/L malgré le respect d'un régime et de formules à faible teneur en protéines (les patientes qui ne sont pas enceintes ont besoin d'au moins 2 résultats de concentration sanguine de base et les patientes enceintes d'au moins un résultat de concentration sanguine de base pendant une période de 3 à 6 mois).
- Obtention des résultats suivants au cours d'un essai de traitement de 6 mois :
 - Pour les patientes enceintes ou pas enceintes, une concentration sanguine de Phe normale et soutenue de 120 μ mol/L à 360 μ mol/L; ou

- Pour les patientes qui ne sont pas enceintes, une réduction constante des concentrations sanguines de Phe d'au moins 30 % comparativement à la concentration sanguine de base de Phe si celle-ci était de moins de 1200 µmol/L; ou
- Pour les patientes qui ne sont pas enceintes, une réduction constante des concentrations sanguines de Phe d'au moins 50 % comparativement à la concentration sanguine de base de Phe si celle-ci était plus élevée que 1200 µmol/L; ou
- Pour les patientes qui ne sont pas enceintes, augmentation documentée de la tolérance aux protéines alimentaires en fonction des objectifs fixés entre le clinicien et la patiente.

Critère de renouvellement :

- Confirmation du maintien de la réponse selon les concentrations de Phe atteintes au cours de l'essai de 6 mois. Deux concentrations de Phe à au moins un mois d'intervalle doivent être fournies.

Notes cliniques :

1. Le traitement des patients doit être initié et suivi dans une clinique spécialisée ayant une expertise dans le diagnostic et la gestion de la PCU.
2. Les concentrations sanguines de Phe et les niveaux de tolérance de Phe doivent être fournis.
3. Les patientes enceintes qui ont maintenu une diminution de la concentration de Phe en dessous de 360 umol/L pendant la période d'essai de 6 mois pourront bénéficier de la couverture pendant toute la durée de la grossesse.

Notes pour les demandes de règlement :

- Une quantité maximale de 20 mg/kg par jour.
- Les renouvellements pour les patientes enceintes ne seront pas admissibles.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

SARILUMAB (KEVZARA)

Auto-injecteur de 150 mg / 1,14 mL

Auto-injecteur et seringue préremplie de 150 mg / 1,14 mL et de 200 mg / 1,14 mL

Indiqué pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde évolutive modérément à sévèrement active, en association avec du méthotrexate ou d'autres antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM), chez les patients adultes qui sont réfractaires intolérants ou de contre-indications au :

- méthotrexate (par voie orale ou parentérale), pris seul ou en combinaison avec d'autres ARMM, à une dose de supérieur ou égal à 20 mg par semaine (supérieur ou égal à 15 mg si le patient est âgé de supérieur ou égal à 65 ans) pendant au moins 12 semaines; et
- méthotrexate en association avec au moins deux autres ARMM, tels que l'hydroxychloroquine et la sulfasalazine, pendant au moins 12 semaines.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Une réponse optimale au traitement par ARMM peut prendre jusqu'à 24 semaines. Toutefois, si aucune amélioration n'est perçue après 12 semaines de trithérapie avec ARMM, la couverture peut être envisagée.
3. Si le patient présente une intolérance à la trithérapie avec ARMM, cette dernière doit être décrite et une double thérapie avec ARMM doit être entreprise. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
4. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Une dose maximale de 200 mg toutes les deux semaines sera approuvée.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

SATRALIZUMAB (ENSPRYNG)

Seringue préremplie de 120 mg/mL

Pour le traitement du trouble du spectre de la neuromyéélite optique (TSNMO) chez les patients âgés de 12 ans et plus qui répondent à tous les critères suivants :

- sont séropositifs pour des anticorps anti-aquaporine 4;
- ont un indice de 6,5 points ou moins sur l'échelle étendue du statut d'invalidité (EDSS);
- ont subi au moins une rechute au cours des 12 derniers mois;
- ont subi une rechute malgré l'essai adéquat du rituximab ou ont une intolérance au rituximab.

Critère de renouvellement :

- Les demandes de renouvellement seront admissibles pour les patients qui maintiennent un indice de moins de 8 points sur l'EDSS.

Note clinique :

- Le traitement par le satralizumab ne doit pas être entrepris pendant une rechute du TSNMO.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un neurologue possédant de l'expérience dans le traitement du TSNMO.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Une dose maximale de 120 mg sera approuvée pour les semaines 0, 2 et 4, puis de 120 mg toutes les quatre semaines par la suite.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

SAXAGLIPTINE (ONGLYZA et marques génériques) Comprimés de 2,5 mg et de 5 mg

Pour le traitement du diabète de type 2, associé avec la metformine et une sulfonylurée, chez les patients qui ne parviennent pas à contrôler adéquatement leur glycémie avec la metformine et une sulfonylurée, et pour qui l'insuline n'est pas une option.

Note clinique :

- Dans le cas des patients qui ne peuvent pas prendre la metformine et/ou une sulfonylurée en raison de contre-indications ou d'intolérances, des détails doivent être fournis.

SÉBÉLIPASE ALFA (KANUMA) Fiole de 20 mg

Pour le traitement du déficit en lipase acide lysosomale (LAL). Pour obtenir les critères complets, veuillez communiquer avec les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick au 1-800-332-3691.

Note pour les demandes de règlement :

- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

SÉCUKINUMAB (COSENTYX) Auto-injecteur et seringue préremplie de 150 mg/mL Seringue préremplie de 75 mg / 0,5 mL

Arthrite psoriasique

- Pour le traitement de l'arthrite psoriasique à prédominance axiale chez les patients adultes qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose maximale tolérée pendant une période minimale de deux semaines chacun.
- Pour le traitement de l'arthrite psoriasique à prédominance périphérique chez les patients adultes qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication :
 - à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose maximale tolérée pendant une période minimale de deux semaines chacun; et
 - au méthotrexate (par voie orale ou parentérale) à une dose de supérieur ou égal à 20 mg par semaine (supérieur ou égal à 15 mg si le patient est âgé de supérieur ou égal à 65 ans) pendant au moins 8 semaines; et
 - au léflunomide pris pendant au moins 10 semaines ou à la sulfasalazine prise pendant au moins 3 mois.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires aux traitements. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une dose maximum de 150 mg administrée aux semaines 0, 1, 2, 3 et 4, puis une fois par mois.

- Les demandes pour une dose de 300 mg administrée aux semaines 0, 1, 2, 3 et 4, puis une fois par mois, seront admissibles pour les patients qui ont obtenu une réponse inadéquate aux inhibiteurs du TNF.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

Psoriasis en plaques

Pour le traitement du psoriasis en plaques chronique modéré à grave chez les patients de 6 ans et plus qui répondent à tous les critères suivants :

- Pour les patients âgés de 17 ans et plus, un score PASI (Psoriasis Area and Severity Index) supérieur à 10 et score DLQI (Dermatology Life Quality Index) supérieur à 10, ou atteinte majeure des zones visibles, du cuir chevelu, des organes génitaux ou des ongles;
- Pour les patients pédiatriques âgés de 6 à 16 ans, un score PASI (Psoriasis Area and Severity Index) supérieur à 10 ou un score CDLQI (Children's Dermatology Life Quality Index) de plus de 7 ou atteinte majeure des zones visibles, du cuir chevelu, des organes génitaux ou des ongles;
- Absence de réponse ou intolérance à la photothérapie ou incapacité à y avoir accès;
- Absence de réponse, intolérance ou contre-indications à méthotrexate (par voie orale ou parentérale), à une dose supérieure ou égale à 20 mg par semaine (supérieure ou égale à 15 mg si le patient est âgé de 65 ans ou plus) pendant au moins 12 semaines.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires aux traitements. La nature des intolérances doit être clairement documentée.
4. Nous considérerons les demandes des enfants qui font un essai adéquat d'une dose de méthotrexate adaptée au poids.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Une dose de 300 mg administrée aux semaines 0, 1, 2, 3 et 4 sera approuvée, puis tous les mois ensuite.
- Pour les enfants pesant moins de 50 kg, les autorisations seront accordées pour un maximum de 75 mg administrés aux semaines 0, 1, 2, 3 et 4, puis tous les mois.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

Spondylarthrite ankylosante

Indiqués pour le traitement des patients adultes atteints de spondylarthrite ankylosante d'intensité modérée à grave (p. ex. score supérieur ou égal à 4 sur 10 mesuré à l'aide de l'indice d'activité de la spondylarthrite ankylosante de Bath [Bath AS Disease Activity Index – BASDAI]) qui :

- présentent des symptômes axiaux et qui n'ont pas réagi à l'usage séquentiel d'au moins deux AINS à la dose optimale sur une période minimale de 2 semaines chaque ou chez qui les traitements par AINS sont contre-indiqués; ou
- ont des symptômes périphériques et qui ne répondent pas, ou qui ont des contre-indications, à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose optimale pendant une période minimale de 2 semaines chaque et qui ont réagi inadéquatement à la dose optimale ou à la dose de tolérance maximale d'un ARMM.

Critère de renouvellement :

- une diminution d'au moins deux points sur l'échelle BASDAI, comparativement au score obtenu avant le traitement; ou
- réponse clinique adéquate, déterminée par une amélioration fonctionnelle importante (mesurée par les résultats de tests tels que le questionnaire d'évaluation de l'état de santé [QEES] ou « la capacité à retourner au travail »).

Note clinique :

- Les patients souffrant d'uvéite récurrente (au moins deux épisodes sur une période de 12 mois) comme complication d'une maladie du squelette axial n'ont pas à essayer les AINS seuls.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Une dose de 150 mg administrée aux semaines 0, 1, 2, 3 et 4 sera approuvée, puis tous les mois ensuite.
- Les demandes pour une dose mensuelle de 300 mg seront étudiées pour les patients dont la maladie est toujours active avec la dose d'entretien mensuelle recommandée de 150 mg.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

SELEXIPAG (UPTRAVI)

Comprimés à 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg, 1000 mcg, 1200 mcg, 1400 mcg et de 1600 mcg

Pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) chez les patients en classe fonctionnelle II à IV de l'Organisation mondiale de la Santé, si les critères cliniques suivants sont respectés :

- Maîtrise inadéquate au moyen d'un traitement de première intention (c.-à-d. inhibiteur de la phosphodiesterase-5) et de deuxième intention (c.-à-d. antagoniste des récepteurs de l'endothéline) contre l'HAP
- Le diagnostic d'HAP doit être confirmé par cathétérisme cardiaque droit.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le traitement d'association avec la prostacycline ou des analogues de la prostacycline ne sera pas remboursé.
- Doit être prescrit par un clinicien possédant de l'expérience dans le diagnostic et le traitement de l'HAP.

SELINEXOR (XPROVIO)

Comprimé de 20 mg

En association avec le bortézomib et la dexaméthasone pour le traitement des patients atteints d'un myélome multiple et ayant reçu au moins un traitement antérieur. Si le patient a déjà été traité par un inhibiteur de protéasome, il doit répondre à tous les critères suivants :

- Avoir obtenu au moins une réponse partielle avec tout traitement antérieur par le bortézomib et avec le traitement le plus récent par un inhibiteur du protéasome.
- Avoir reçu un traitement par le bortézomib qui n'a pas été interrompu en raison d'effets toxiques de grade 3 ou de grade supérieur.
- Avoir eu un intervalle sans traitement par un inhibiteur du protéasome d'au moins 6 mois.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes seront prises en considération pour les patients atteints de leucémie à plasmocytes et d'amylose à chaînes légères systémique.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

SELPERCATINIB (RETEVMO)

Capsule de 40 mg et de 80 mg

Cancer différencié de la thyroïde

Pour le traitement des patients atteints d'un cancer différencié de la thyroïde de stade avancé ou métastatique comportant une fusion du gène RET qui ne se prête pas à une intervention chirurgicale ou à un traitement par de l'iode radioactif, et ayant reçu un traitement antérieur par lenvatinib.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et qu'aucun signe de progression de la maladie n'a été observé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de remboursement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Cancer médullaire de la thyroïde

Pour le traitement des patients âgés de 12 ans et plus atteints d'un cancer médullaire de la thyroïde non résecable de stade avancé ou métastatique comportant des mutations du gène RET, dont la maladie a progressé après un traitement de première intention ou qui présente une intolérance ou une contre-indication à ce traitement.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et qu'aucun signe de progression de la maladie n'a été observé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de remboursement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Traitement du cancer du poumon non à petites cellules

Comme traitement de première intention, ou après un traitement à action générale antérieur, pour les patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules métastatique avec fusion du gène RET.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et qu'aucun signe de progression de la maladie n'a été observé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent
3. Si des métastases du système nerveux central sont présentes, les patients doivent être asymptomatiques ou présenter une stabilisation de la maladie.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de remboursement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

SÉMAGLUTIDE (OZEMPIC)

Auto-injecteurs de 2 mg / 1,5 mL, 2 mg / 3 mL et de 4 mg / 3 mL

Pour le traitement des patients adultes atteints du diabète de type 2 en association avec :

- la metformine pour les patients qui ne parviennent pas à contrôler adéquatement leur glycémie avec la metformine; ou
- la metformine et une sulfonylurée, chez les patients qui ne parviennent pas à contrôler adéquatement leur glycémie avec la metformine et une sulfonylurée.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne peuvent pas prendre la metformine en raison de contre-indications ou d'intolérances, des détails doivent être fournis.
2. Un contrôle glycémique inadéquat est défini par une hémoglobine glyquée (HbA1c) $\geq 7\%$.
3. Le résultat du laboratoire de la HbA1c le plus récent doit être fourni avec la demande.

Note pour les demandes de règlement :

- Les approbations seront pour une quantité maximale de 1 auto-injecteur chaque 4 semaines.

SEVELAMER (RENVELA)

Sachets de 0,8 g et de 2,4 g

À utiliser chez les patients qui ont de la difficulté à avaler des comprimés.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

SILDÉNAFIL (REVATIO et marque générique)

Comprimé pelliculé de 20 mg

Pour le traitement des patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) du groupe 1, de classe fonctionnelle II, III ou IV de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Note clinique :

- Le diagnostic d'HAP doit être confirmé par cathétérisme cardiaque droit.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin possédant de l'expérience dans le traitement de l'HAP.
- La dose maximale de sildénafil remboursée est de 20 mg trois fois par jour.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme.

**SILODOSIN (marques génériques)
Capsules de 4 mg and 8 mg**

Pour le traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate chez les hommes qui ont présenté une intolérance ou une réponse insuffisante lors d'un essai adéquat de la tamsulosine et de l'alfuzosine.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : long terme.

**SIPONIMOD (MAYZENT)
Comprimés de 0,25 mg et de 2 mg**

Pour le traitement des patients atteints de sclérose en plaques progressive secondaire (SPPS) active qui répondent à tous les critères suivants :

- Antécédents de sclérose en plaques récurrente-rémittente et SPPS actuellement active.
- Score récent entre 3 et 6,5 sur l'échelle étendue d'incapacité (EDSS).

Notes cliniques :

1. On parle de SPPS active lorsque la personne a souffert de rechutes au cours des deux dernières années et/ou a présenté au moins une lésion T1 rehaussée par le gadolinium avant le début du traitement avec siponimod.
2. Le traitement doit être arrêté chez les patients dont le score à l'échelle EDSS est de 7 ou plus.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un neurologue.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 2 mg par jour.
- Les demandes présentées par les personnes inscrites aux Plans ACDEFGV seront examinées.
- La période d'approbation est de deux ans.

**SOFOSBUVIR (SOVALDI)
Comprimé de 400 mg**

Pour les patients adultes atteints d'une infection chronique au virus de l'hépatite C (VHC) qui ont déjà été traités ou qui n'ont jamais subi de traitement et qui ont une valeur quantitative confirmée d'ARN du VHC obtenue au cours des 12 derniers mois.

	Période d'approbation
Génotype 2 <ul style="list-style-type: none">• Sans cirrhose• Avec cirrhose compensée	12 semaines en association avec de la ribavirine (RBV)
Génotype 3 <ul style="list-style-type: none">• Sans cirrhose• Avec cirrhose compensée	24 semaines en association avec de la RBV

Note cliniques :

- Le génotype doit être fourni.
- Une cirrhose compensée est définie comme une cirrhose dont la cote de Child-Turcotte-Pugh (CTP) est de 5 à 6 (catégorie A) et la cirrhose décompensée est une cirrhose dont la cote de CTP est égale ou supérieure à 7 (catégories B ou C).

Notes pour les demandes de règlement :

- Le traitement doit être prescrit par un hépatologue, un gastroentérologue ou un infectiologue (ou un autre prescripteur qui a de l'expérience dans le traitement de l'infection au virus de l'hépatite C).
- Les demandes seront considérées pour les personnes présentement inscrites dans les Régimes ACDEFGV.
- Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

**SOFOSBUVIR ET LÉDIPASVIR (HARVONI)
Comprimé de 400 mg / 90 mg**

Pour les patients adultes atteints d'une infection chronique au virus de l'hépatite C (VHC) qui ont déjà été traités ou qui n'ont jamais subi de traitement et qui ont une valeur quantitative confirmée d'ARN du VHC obtenue au cours des 12 derniers mois.

Période d'approbation	
Génotype 1 <ul style="list-style-type: none"> • Patient sans cirrhose qui n'a jamais été traité, qui a un taux d'ARN du VHC < 6 millions UI/ml et qui est atteint d'une mono-infection au VHC seulement. 	8 ou 12 semaines
Génotype 1 <ul style="list-style-type: none"> • Patient sans cirrhose qui n'a jamais été traité, qui a un taux d'ARN du VHC de 6 millions UI/mL ou plus • Patients n'ayant jamais été traités avec cirrhose compensée • Patients n'ayant jamais été traités avec fibrose hépatique avancée (stade de fibrose F3-F4) • Patient sans cirrhose ayant déjà eu un traitement • Co-infection de HCV/VIH sans cirrhose ou avec cirrhose compensée • Transplantation hépatique chez les patients sans cirrhose ou avec cirrhose compensée 	12 semaines
Génotype 1 <ul style="list-style-type: none"> • Patient avec cirrhose compensée ayant déjà reçu un traitement • Cirrhose décompensée 	24 semaines

Notes cliniques :

1. Le génotype doit être fourni.
2. Une cirrhose compensée est définie comme une cirrhose dont la cote de Child-Turcotte-Pugh (CTP) est de 5 à 6 (catégorie A) et la cirrhose décompensée est une cirrhose dont la cote de CTP est égale ou supérieure à 7 (catégories B ou C).

Notes pour les demandes de règlement :

- Le traitement doit être prescrit par un hépatologue, un gastroentérologue ou un infectiologue (ou un autre prescripteur qui a de l'expérience dans le traitement de l'infection au virus de l'hépatite C).
- Les demandes seront considérées pour les personnes présentement inscrites dans les Régimes ADEFGV.
- Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

**SOFOSBUVIR ET VELPATASVIR (EPCLUSA)
Comprimé de 400 mg / 100 mg**

Pour les patients adultes atteints d'une infection chronique au virus de l'hépatite C (VHC) qui ont déjà été traités ou qui n'ont jamais subi de traitement et qui ont une valeur quantitative confirmée d'ARN du VHC obtenue au cours des 12 derniers mois.

Période d'approbation	
Génotypes 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou génotypes mixtes <ul style="list-style-type: none"> • Patients souffrant d'une cirrhose compensée • Patients sans cirrhose 	12 semaines
Génotypes 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou génotypes mixtes <ul style="list-style-type: none"> • Patients souffrant d'une cirrhose décompensée 	24 semaines

Note clinique :

- Une cirrhose compensée est définie comme une cirrhose dont la cote de Child Turcotte Pugh (CTP) est de 5 à 6 (catégorie A) et la cirrhose décompensée est une cirrhose dont la cote de CTP est égale ou supérieure à 7 (catégories B ou C).

Notes pour les demandes de règlement :

- Le traitement doit être prescrit par un hépatologue, un gastroentérologue ou un infectiologue (ou un autre prescripteur qui a de l'expérience dans le traitement de l'infection au virus de l'hépatite C).
- Les demandes seront considérées pour les personnes présentement inscrites dans les Régimes ACDEFGV.
- Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

SOFOSBUVIR, VELPATASVIR ET VOXILAPREVIR (VOSEVI)
Comprimé de 400 mg / 100 mg / 100 mg

Pour les patients adultes atteints d'une infection chronique au virus de l'hépatite C (VHC) qui ont déjà été traités, sans cirrhose ou avec une cirrhose compensée, et qui ont une valeur quantitative d'ARN du VHC obtenue au cours des 12 derniers mois.

Période d'approbation	
Génotypes 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou génotypes mixtes <ul style="list-style-type: none">• Patients souffrant d'une cirrhose compensée• Patients sans cirrhose	12 semaines

Note clinique :

- Une cirrhose compensée est définie comme une cirrhose dont la cote de Child Turcotte Pugh (CTP) est de 5 à 6 (catégorie A)

Notes pour les demandes de règlement :

- Le traitement doit être prescrit par un hépatologue, un gastroentérologue ou un infectiologue (ou un autre prescripteur qui a de l'expérience dans le traitement de l'infection au virus de l'hépatite C).
- Les demandes seront considérées pour les personnes présentement inscrites dans les Régimes ACDEFGV.
- Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

SOMATROGON (NGENLA)
Auto-injecteurs de 24 mg / 1,2 mL et de 60 mg / 1,2 mL

Pour le traitement d'un déficit en hormone de croissance isolé ou d'un déficit en hormone de croissance s'inscrivant dans le cadre d'un déficit hypophysaire multiple chez les enfants prépubères d'au moins trois ans.

Critère d'arrêt du traitement :

- Vitesse de croissance inférieure à 2 cm par année et âge osseux de plus de 16 ans chez les garçons et de 14 ans chez les filles; ou fermeture des plaques de croissance épiphysaires.

Notes cliniques :

1. La taille et le poids du patient doivent être fournis avec toutes les demandes.
2. La confirmation de l'absence de signe de fermeture des plaques de croissance épiphysaires et une copie du rapport d'évaluation de l'âge osseux doivent être fournies avec toutes les demandes.
3. Les évaluations de l'âge osseux peuvent être basées sur l'atlas de greulich et pyle, sur l'atlas de tanner et whitehouse ou sur une autre méthode d'évaluation appropriée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un endocrinologue ou avec l'accord de ce dernier.
- Les approbations seront pour une quantité maximum de 0,66 mg/kg par semaine.
- Période d'approbation : 1 an.

SOMATROPINE (GENOTROPIN)
MiniQuick seringues préremplies de 0,6 mg, 0,8 mg, 1 mg, 1,2 mg, 1,4 mg, 1,6 mg, 1,8 mg et de 2 mg
GoQuick auto-injecteurs de 5,3 mg et de 12 mg

1. **Déficit en Hormone de Croissance pour les Enfants**
Pour le traitement d'une déficience d'hormone de croissance pour les enfants moins de 19 ans.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un endocrinologue ou avec l'accord de ce dernier.
- La somatropine est un service assuré habituel pour le régime T.

2. **Syndrome de Turner**
Indiqué dans le traitement de la petite taille associée au syndrome de Turner chez les patients dont les épiphyses ne sont pas fermées.

Note pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un endocrinologue ou avec l'accord de ce dernier.

SOMATROPINE (HUMATROPE)
Cartouches de 6 mg, 12 mg et de 24 mg

1. **Déficit en Hormone de Croissance pour les Enfants**
Pour le traitement d'une déficience d'hormone de croissance pour les enfants moins de 19 ans.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un endocrinologue ou avec l'accord de ce dernier.
- La somatropine est un service assuré habituel pour le régime T.

2. **Syndrome de Turner**

Indiqué dans le traitement de la petite taille associée au syndrome de Turner chez les patients dont les épiphyses ne sont pas fermées.

Note pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un endocrinologue ou avec l'accord de ce dernier.

SOMATROPINE (NORDITROPIN NORDIFLEX)

Auto-injecteurs de 5 mg / 1,5 mL, 10 mg / 1,5 mL et de 15 mg / 1,5 mL

SOMATROPINE (NORDITROPIN FLEXPRO)

Auto-injecteurs de 5 mg / 1,5 mL, 10 mg / 1,5 mL et de 15 mg / 1,5 mL

Pour le traitement d'une déficience d'hormone de croissance pour les enfants moins de 19 ans.

Note pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un endocrinologue ou avec l'accord de ce dernier.

SOMATROPINE (NUTROPIN AQ NuSpin)

Cartouches préremplies de 5 mg / 2 mL, 10 mg / 2 mL et de 20 mg / 2 mL

SOMATROPINE (SAIZEN)

Fiole de 5mg

Cartouches de 6 mg, 12 mg et de 20 mg

1. **Déficit en Hormone de Croissance pour les Enfants**

Pour le traitement d'une déficience d'hormone de croissance pour les enfants moins de 19 ans.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un endocrinologue ou avec l'accord de ce dernier.
- La somatropine est un service assuré habituel pour le régime T.

2. **Syndrome de Turner**

Indiqué dans le traitement de la petite taille associée au syndrome de Turner chez les patients dont les épiphyses ne sont pas fermées.

Note pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un endocrinologue ou avec l'accord de ce dernier.

3. **Insuffisance rénale chronique**

Pour le traitement des enfants atteints d'un retard de croissance associé à une insuffisance rénale chronique, jusqu'au moment de la transplantation, et qui répondent aux critères suivants:

- Un taux de filtration glomérulaire inférieur ou égal à 1,25 mL/s/1.73m² (75 mL/min/1.73m²)
- Preuve du retard de croissance:
 - Un score SDST de moins de -1,88 (SDST = déviation standard associée à la taille standardisée en fonction de l'âge et du sexe) ou une taille au 3e percentile pour l'âge
 - OU
 - Une vitesse de croissance pour l'âge SDS de moins de 1.88 ou une vitesse de croissance pour l'âge inférieure au 3e percentile, qui se poursuit pour plus de 3 mois malgré un traitement des déficiences nutritionnelles et des anomalies métaboliques.

Note pour les demandes de règlement :

- Somatropine doit être prescrit par, ou en consultation avec, un spécialiste de la néphrologie pédiatrique.

SOMATROPINE (OMNITROPE)

Cartouches de 5 mg / 1,5 mL, 10 mg / 1,5 mL et de 15 mg / 1,5 mL

Pour le traitement d'une déficience d'hormone de croissance pour les enfants moins de 19 ans.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par ou avec consultation d'un endocrinologue
- La somatropine est un service assuré habituel pour le régime T.

SORAFENIB (NEXAVAR)
Comprimé pelliculé de 200 mg

Adénocarcinome rénal métastatique

Pour le traitement de l'adénocarcinome rénal avancé ou métastatique lorsqu'il est utilisé en deuxième intention à la suite de la progression de la maladie pendant un traitement par une cytokine.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

Carcinome hépatocellulaire avancé

Pour le traitement de première ou de deuxième intention du carcinome hépatocellulaire non résécable après la progression de la maladie avec une immunothérapie (l'atézolizumab en association avec le bevacizumab ou le durvalumab en association avec le trémélimumab), chez les patients qui répondent à tous les critères suivants :

- classe A de la classification de Child-Pugh;
- indice de performance ECOG entre 0 et 2;
- la maladie a progressé malgré la chimio-embolisation par voie artérielle (TACE) ou le patient n'est pas un bon candidat pour la procédure TACE.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant sorafenib ne seront pas admissibles dans le cas des patients dont la maladie a progressé pendant un traitement avec lenvatinib.
- Période d'approbation : 6 mois.

STIRIPENTOL (DIACOMIT)

Capsules de 250 mg et de 500 mg
Poudre pour suspension de 250mg

À utiliser en association avec du clobazam et du valproate comme traitement d'appoint pour les crises tonico-cloniques généralisées réfractaires chez les patients souffrant d'épilepsie myoclonique pendant l'enfance (syndrome de Dravet), pour qui les crises ne sont pas contrôlées adéquatement avec seulement du clobazam et du valproate.

Note clinique :

- Le patient doit être suivi par un neurologue ou un pédiatre.

SUMATRIPTAN (IMITREX VAPORISATEUR NASAL)

Vaporisateur nasal de 5 mg et de 20 mg

Pour le traitement des crises de migraine aiguës chez les patients qui présentent une intolérance ou une réponse insuffisante aux triptans oraux inscrits à titre de médicaments réguliers.

Notes pour les demandes de règlement :

- La protection se limite à 6 doses par mois.
- Les demandes provenant de patients qui ont plus de 3 migraines par mois malgré un traitement de prévention des migraines seront prises en considération selon un maximum de 12 doses par mois.

SUMATRIPTAN (IMITREX et marque générique)

Seringue préremplie de 6 mg / 0,5 mL

Pour le traitement des crises de migraine aiguës chez les patients qui ont présenté une réponse insuffisante aux triptans oraux et nasaux, ou qui ne peuvent les utiliser en raison de nausées ou de vomissements.

Notes pour les demandes de règlement :

- La protection se limite à 6 doses par mois.
- Les demandes provenant de patients qui ont plus de 3 migraines par mois malgré un traitement de prévention des migraines seront prises en considération selon un maximum de 12 doses par mois.

**SUNITINIB (SUTENT et marques génériques)
Capsules de 12,5 mg, 25 mg et de 50 mg**

Adénocarcinome rénal métastatique

Pour le traitement de l'adénocarcinome rénal avancé ou métastatique lorsqu'il est utilisé :

- en première intention; ou
- en deuxième intention à la suite de la progression de la maladie pendant un traitement associant le nivolumab et l'ipilimumab.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

Tumeurs neuroendocrines pancréatiques

Pour le traitement des tumeurs neuroendocrines pancréatiques évolutives bien ou modérément différenciées, non résécables, localement avancées ou métastatiques.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

Tumeur stromale gastro-intestinale

Pour le traitement des tumeurs stromales gastro-intestinales non résécables ou métastatiques chez les patients qui ont présenté une progression de la maladie pendant un traitement par l'imatinib ou qui ne tolèrent pas ce médicament.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 6 mois.

**TACROLIMUS (PROTOPIC)
Onguent de 0,03%**

Pour le traitement de la dermatite atopique chez les patients de 2 ans ou plus qui n'ont pas répondu à un traitement par un corticostéroïde topique dont la concentration était adaptée à la localisation anatomique (c.-à-d., faible concentration pour le visage, concentration moyenne ou élevée pour le tronc et les extrémités).

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

**TACROLIMUS (PROTOPIC)
Onguent de 0,1%**

Pour le traitement de la dermatite atopique modérée à grave chez les adultes qui ont échoué une thérapie de corticostéroïdes avec dosage approprié au site (p. ex., puissance faible pour le visage comparativement à une puissance intermédiaire à élevée pour l'extrémité des membres).

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

**TAFAMIDIS (VYNDAMAX)
Capsule de 61 mg
TAFAMIDIS MEGLUMINE (VYNDAQEL)
Capsule de 20 mg**

Pour le traitement de la cardiomyopathie chez les patients adultes présentant une amyloïdose à transthyréline (ATTR) héréditaire ou de type sauvage documentée, qui répondent à tous les critères suivants :

- insuffisance cardiaque de classe I à III selon la classification de la New York Heart Association (NYHA)
- au moins une hospitalisation antérieure pour cause d'insuffisance cardiaque ou signes cliniques d'insuffisance cardiaque ayant justifié un traitement par un diurétique
- pas de transplantation cardiaque ou hépatique
- pas de dispositif d'assistance cardiaque mécanique implanté.

Critères d'arrêt du traitement :

Le patient a :

- une insuffisance cardiaque de classe IV selon la classification de la NYHA; ou
- reçu un dispositif d'assistance cardiaque mécanique implanté; ou
- subi une transplantation cardiaque ou hépatique.

Notes cliniques :

1. La cardiomyopathie causée par une ATTR de type sauvage est caractérisée par tous les éléments suivants :
 - absence d'un génotype variant de la transthyréline (TTR);
 - présence de la protéine précurseur de la TTR décelée par analyse immunohistochimique, scintigraphie ou spectrométrie de masse;
 - signe d'atteinte cardiaque visible à l'échocardiographie avec épaisseur septale interventriculaire en fin de diastole de plus de 12 mm;
 - résultats positifs à la scintigraphie au pyrophosphate marqué au technétium 99m (Tc-99m-PYP) avec tomographie d'émission monophotonique (SPECT) ou présence de dépôts amyloïdes dans les tissus prélevés à la biopsie (tissu adipeux, glande salivaire, gaine de tissus conjonctif du nerf médian ou tissu cardiaque).
2. La cardiomyopathie causée par une ATTR héréditaire est caractérisée par tous les éléments suivants :
 - présence d'un génotype variant de TTR associé à la cardiomyopathie et présence d'un phénotype de cardiomyopathie;
 - signe d'atteinte cardiaque visible à l'échocardiographie avec épaisseur septale interventriculaire en fin de diastole de plus de 12 mm;
 - résultats positifs à la scintigraphie au pyrophosphate marqué au technétium 99m (Tc-99m-PYP) avec tomographie d'émission monophotonique (SPECT) ou présence de dépôts amyloïdes dans les tissus prélevés à la biopsie (tissu adipeux, glande salivaire, gaine de tissus conjonctif du nerf médian ou tissu cardiaque).

Notes pour les demandes de règlement :

- Le patient doit être sous les soins d'un médecin expérimenté dans le diagnostic et le traitement de la cardiomyopathie causée par une ATTR.
- Le traitement d'association avec d'autres ARN interférents ou des stabilisateurs de la transthyréline utilisés pour traiter la cardiomyopathie causée par une ATTR n'est pas remboursé.
- Période d'approbation initiale : 9 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

**TALIGLUCERASE ALFA (ELELYSO)
200 unités par fiole**

Pour le traitement de la maladie de Gaucher de type 1 symptomatique chez les patients qui présentent une intolérance ou une contre-indication à la vélaglucérase alfa.

Notes cliniques :

1. La vélaglucérase alfa est l'enzymothérapie de remplacement pour la maladie de Gaucher de type 1 privilégiée pour le remboursement. Les demandes pour les patients qui utilisent actuellement la taliglucérase alfa et qui n'ont aucune contre-indication ou intolérance à la vélaglucérase alfa seront admissibles à la couverture pour la vélaglucérase seulement.
2. Les demandes de couverture doivent respecter les critères relatifs au diagnostic de la maladie de Gaucher de type 1, à l'indication thérapeutique et à la réaction attendue à l'enzymothérapie de remplacement. Ces critères sont conformes aux lignes directrices de l'Ontario en matière de traitement de la maladie de Gaucher. Veuillez communiquer avec les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick au 1-800-332-3691 pour obtenir des renseignements sur les critères.

Notes pour les demandes de règlement :

- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 60 unités/kg toutes les deux semaines.

- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.
- Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

TEDUGLUTIDE (REVESTIVE)

Fiole de 5 mg

Pour le traitement continu des patients atteints du syndrome de l'intestin court (SIC) à la suite d'une résection intestinale majeure (p. ex., en raison d'un volvulus, d'une maladie vasculaire, d'un cancer, d'une maladie de Crohn, d'une blessure, d'une maladie congénitale) qui répondent aux critères suivants :

- Pour les patients pédiatriques :
 - La durée cumulée à vie du soutien par nutrition parentérale (NP) doit être d'au moins 12 mois;
 - La NP doit fournir plus de 30 % des besoins caloriques ou en fluides et électrolytes;
 - Avant le début du traitement par le téduglutide, la fréquence et le volume de la NP doivent être stables pendant au moins 3 mois; ou il ne doit y avoir aucune amélioration de l'alimentation entérale pendant au moins 3 mois.
- Pour les patients adultes :
 - Dépendance à la nutrition parentérale (NP) depuis au moins 12 mois;
 - Avant le début du traitement par le téduglutide, la NP était nécessaire au moins 3 fois par semaine pour combler les besoins caloriques, en fluides et en électrolytes, et la fréquence et le volume de la NP étaient stables depuis au moins 1 mois.

Une demande de couverture pour la poursuite du traitement sera admissible si le patient a obtenu une réduction d'au moins 20 % du volume de la NP pendant qu'il recevait le traitement par le téduglutide, comparativement au début du traitement.

Critère de renouvellement :

- Le patient a maintenu une réduction d'au moins 20 % du volume de la NP après 12 mois comparativement au début du traitement.

Note clinique :

- La NP est définie par l'administration parentérale de lipides, de protéines et/ou de glucides pour combler les besoins caloriques et par l'administration intraveineuse de liquides pour répondre aux besoins en liquides et en électrolytes.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un gastroentérologue ou par un interniste ayant une spécialité en gastroentérologie.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumis comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

TÉRIFLUNOMIDE (AUBAGIO et marques génériques)

Comprimé pelliculé de 14 mg

Pour le traitement de patients adultes atteints de la sclérose en plaques récurrente-rémittente (SPRR) qui répondent à tous les critères suivants :

- Diagnostic confirmé en fonction des critères de McDonald
- Au moins une rechute invalidante ou nouvelle activité révélée par un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) au cours des deux dernières années
- Patient ambulatoire, avec ou sans aide (c.-à-d. score récent de 6,5 ou moins sur l'échelle étendue du statut d'invalidité)

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté chez les patients dont le score sur l'échelle étendue du statut d'invalidité est égal ou supérieur à 7.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par des neurologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- L'utilisation combinée avec d'autres agents modificateurs de la maladie destinés au traitement de la SPRR ne sera pas remboursée.
- Les demandes présentées par les personnes inscrites aux Plans ACDEFGV seront examinées.
- Période d'approbation: 2 ans.

**TÉRIPARATIDE (marques génériques)
Auto-injecteur de 250 mcg/mL**

Pour le traitement de l'ostéoporose grave chez les patients qui répondent à tous les critères suivants :

- Antécédents de fracture de fragilité
- Densité minérale osseuse (DMO) documentée avec score T inférieur ou égal à -2,5.
- Contre-indication aux bisphosphonates (oraux et IV) et au denosumab ou cas réfractaires à ces médicaments.

Note clinique :

- On parle de cas réfractaires lorsqu'il y a une fracture de fragilité ou que l'on constate une diminution de la DMO en dessous des niveaux de base avant le traitement, en dépit d'un traitement par bisphosphonate et denosumab. Un essai d'un an est requis pour les deux médicaments inhibiteurs de la résorption osseuse.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un endocrinologue ou avec l'accord de ce dernier.
- Les demandes pour tériparatide ne seront pas admissibles pour les patients ayant déjà reçu un traitement avec romosozumab.
- Les approbations seront pour 1 auto-injecteur toutes les 4 semaines.
- Période d'approbation maximale : 18 mois.

TESTOSTÉRONE (ANDROGEL et marque générique)

Gel de 1% (sachets de 2,5 g et de 5 g)

TESTOSTÉRONE (TESTIM)

Gel de 1% (tube de 5 g)

1. Indiqué pour le traitement de l'hypogonadisme primaire ou secondaire congénital et acquis chez les hommes ayant un diagnostic précis de:
 - Hypogonadisme primaire: cryptorchidie, syndrome de Klinefelter, orchidectomie et autres causes établies
 - Hypogonadisme secondaire: trouble hypothalamo-hypophyso-gonadique dû à une tumeur, un traumatisme ou de la radiation.

Notes cliniques :

1. Le manque de testostérone doit clairement être démontré par des manifestations cliniques et confirmé par deux mesures de la testostérone libre avant de commencer une thérapie de substitution.
2. Les hommes plus âgés qui présentent des symptômes non spécifiques de fatigue, de malaise ou de dépression et qui ont une concentration basse en testostérone ne répondent pas à ces critères.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les approbations seront pour une dose maximale de 5 g par jour.
 - Période d'approbation : 1 an.
2. À utiliser dans le cadre d'une hormonothérapie d'affirmation du genre lorsque les options de testostérone assurées à titre régulier ne sont pas appropriées.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les approbations seront pour une dose maximale de 5 g par jour.
- Période d'approbation : 1 an.

TESTOSTÉRONE, UNDÉCANOATE (marques génériques)

Capsule de 40 mg

Indiqué pour le traitement de l'hypogonadisme primaire ou secondaire congénital et acquis chez les hommes ayant un diagnostic précis de:

- Hypogonadisme primaire: cryptorchidie, syndrome de Klinefelter, orchidectomie et autres causes établies
- Hypogonadisme secondaire: trouble hypothalamo-hypophyso-gonadique dû à une tumeur, un traumatisme ou de la radiation.

Le manque de testostérone doit clairement être démontré par des manifestations cliniques et confirmé par deux mesures de la testostérone libre avant de commencer une thérapie de substitution.

Notes cliniques :

- Le manque de testostérone doit clairement être démontré par des manifestations cliniques et confirmé par deux mesures de la testostérone libre avant de commencer une thérapie de substitution.
- Les hommes plus âgés qui présentent des symptômes non spécifiques de fatigue, de malaise ou de dépression et qui ont une concentration basse en testostérone ne répondent pas à ces critères.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

TÉZÉPÉLUMAB (TEZSPIRE)

Auto-injecteur et seringue préremplie de 210 mg / 1,91 mL

Pour le traitement d'appoint de l'asthme sévère chez les patients âgés de 12 ans et plus qui répondent à tous les critères suivants :

- L'état du patient n'est pas adéquatement maîtrisé malgré des corticostéroïdes en inhalation (CSI) à dose élevée jumelée à un ou plusieurs autres médicaments de prévention (p. ex. un bêta-agoniste à longue durée d'action);
- Au moins deux exacerbations de l'asthme cliniquement significatives au cours des 12 derniers mois.

Critères initiaux d'arrêt du traitement :

- Le score au questionnaire sur la maîtrise de l'asthme ne s'est pas amélioré 12 mois après le début du traitement, ou
- Il n'y a eu aucune diminution de la dose d'entretien quotidienne de corticostéroïdes oraux au cours des 12 premiers mois de traitement, ou
- Le nombre d'exacerbations de l'asthme cliniquement significatives a augmenté au cours des 12 derniers mois.

Critères subséquents d'arrêt du traitement :

- Le score au questionnaire sur la maîtrise de l'asthme obtenu après les 12 premiers mois de traitement ne s'est pas maintenu par la suite, ou
- La diminution de la dose d'entretien quotidienne de corticostéroïdes oraux obtenue au cours des 12 premiers mois de traitement ne s'est pas maintenue par la suite, ou
- Le nombre d'exacerbations de l'asthme cliniquement significatives a augmenté au cours des 12 derniers mois.

Notes cliniques :

1. Une évaluation initiale et annuelle de la maîtrise des symptômes de l'asthme basée sur un questionnaire validé de la maîtrise de l'asthme doit être fournie.
2. Une évaluation initiale et annuelle du nombre d'exacerbations cliniquement significatives de l'asthme doit être fournie.
3. Un CSI à dose élevée est défini par l'administration d'une dose quotidienne de 500 mcg ou plus de propionate de fluticasone ou l'équivalent
4. Une exacerbation cliniquement significative est définie comme une aggravation de l'asthme, qui ferait en sorte que le médecin traitant choisisse d'administrer des glucocorticoïdes systémiques pendant au moins 3 jours ou que le patient ait à se rendre au service des urgences ou à être hospitalisé.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un pneumologue, un immunologiste clinicien, un allergologue ou un interniste expérimenté dans le traitement de l'asthme grave.
- L'utilisation combinée de tézépélumab avec d'autres médicaments biologiques destinés au traitement de l'asthme ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 210 mg toutes les quatre semaines.
- Période d'approbation : 1 an.

THYROTROPINE (THYROGEN)

Fiole de 0,9 mg/mL

1. Évaluation continue des patients atteints du cancer de la thyroïde, qui ont subi les interventions chirurgicales ou un suivi médical adéquats et requièrent une surveillance afin de dépister toute rechute possible ou maladie métastatique, y compris:
 - Le patient ne répond pas ou a fait une rechute lors des situations suivantes:
 - l'utilisation principale chez les patients dont le taux de TSH endogène n'augmente pas suffisamment (≥ 25 mu/l) en réponse au sevrage hormonal;
 - l'utilisation principale chez les patients qui souffrent d'un cas des comorbidités suivant et pour lesquels l'hypothyroïdie mettrait la vie en danger:
 - angine instable;
 - infarctus du myocarde récent;
 - insuffisance cardiaque de type III ou IV;
 - maladie psychiatrique non contrôlée;
 - autre condition médicale pour laquelle le sevrage hormonal pourrait porter atteinte à la vie;
 - l'utilisation secondaire chez les patients qui ont souffert antérieurement d'un événement qui aurait mis la vie en danger à la suite d'un manque d'hormones thyroïdiennes.
2. Comme traitement d'appoint pour la stimulation préthérapeutique en vue d'une ablation à l'iode radioactif du tissu thyroïdien résiduel chez les patients qui suivent une thérapie de suppression aux hormones thyroïdiennes et qui ont subi une thyroïdectomie totale ou quasi-totale pour un cancer bien différencié de la thyroïde, sans signe de cancer thyroïdien métastatique à distance.

TICAGRÉLOR (marques génériques) Comprimé de 60 mg

En association avec l'AAS pour les patients ayant des antécédents d'infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST ou de syndrome coronaire aigu sans sus-décalage du segment ST au cours des 3 années précédentes et présentant un risque élevé d'événements cardiovasculaires ultérieurs.

Note clinique :

- Le risque élevé d'événements cardiovasculaires ultérieurs est défini comme nécessitant un des critères suivants : âge de 65 ans ou plus, diabète, deuxième infarctus du myocarde spontané antérieur, maladie coronarienne plurivasculaire ou dysfonction rénale chronique (clairance de la créatinine <60mL/min).

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par des cardiologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Période d'approbation : 3 ans.

TICAGRÉLOR (BRILINTA et marques génériques) Comprimé de 90 mg

1. En association avec l'AAS chez les patients présentant un infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST ou un syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST qui subissent une intervention coronarienne percutanée (ICP).

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par des cardiologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
 - Période d'approbation : 1 an.
2. Pour le traitement des patients qui présentent des événements cardiovasculaires récurrents (infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST ou syndrome coronaire aigu sans sus-décalage du segment ST), ou une thrombose certaine de l'endoprothèse, alors qu'ils sont sous traitement par clopidogrel et AAS.

Note clinique :

- Selon l'Academic Research Consortium, la thrombose certaine de l'endoprothèse est une occlusion totale ou un thrombus visible dans l'endoprothèse ou à moins de 5 mm de celle-ci, en présence d'un syndrome ischémique clinique aigu en l'espace de 48 heures.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par des cardiologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Période d'approbation : long terme.

TIGÉCYCLINE (TYGACIL) Fiole de 50 mg

Pour le traitement des patients atteints d'infections causées par un microorganisme multirésistant aux médicaments lorsqu'aucune autre solution de traitement n'est possible.

Note pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec un spécialiste en maladies infectieuses ou un médecin microbiologiste.

TILDRAKIZUMAB (ILUMYA) Seringue préremplie de 100 mg/mL

Pour le traitement du psoriasis en plaques chronique modéré à grave chez les patients adultes qui répondent à tous les critères suivants :

- Présenter un score PASI (Psoriasis Area and Severity Index) supérieur à 10 et un score DLQI (Dermatology Life Quality Index) supérieur à 10, ou une atteinte majeure des zones visibles, du cuir chevelu, des organes génitaux ou des ongles;
- Être réfractaire ou avoir une intolérance à la photothérapie, ou être incapable d'y avoir accès;
- Être réfractaire ou avoir une intolérance ou des contre-indications au méthotrexate (par voie orale ou parentérale) à une dose supérieure ou égale à 20 mg par semaine (supérieure ou égale à 15 mg si le patient est âgé 65 ans ou plus) pendant au moins 12 semaines.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.

2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée de traitement indiquée ci-dessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires aux traitements. La nature des intolérances doit être clairement indiquée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Quantité maximale approuvée de 100 mg aux semaines 0 et 4, et toutes les 12 semaines par la suite.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Une confirmation de la réponse est requise.

TINZAPARINE (INNOHEP)

Seringue préremplie et flacon multidose de 10,000 IU/mL

Seringue préremplie et flacon multidose de 20,000 IU/mL

1. Pour le traitement d'une thrombo-embolie veineuse (TEV) et/ou d'une embolie pulmonaire (PE) pour un maximum de 30 jours.
2. Pour le traitement prolongé d'une thrombo-embolie veineuse (TEV) symptomatique récidivante qui est survenue pendant que le patient reçoit des doses thérapeutiques de warfarine.
3. Indiqué pour la prévention des événements thromboemboliques veineux (EDEV) jusqu'à 35 jours après une arthroplastie élective de la hanche ou d'une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche.
4. Indiqué pour la prévention des EDEV jusqu'à 14 jours après une arthroplastie élective du genou.
5. Indiqué pour la prévention des événements thromboemboliques veineux (EDEV) après une chirurgie abdominale ou pelvienne pour le traitement d'une tumeur maligne, pendant une période maximale de 28 jours.
6. Pour le traitement et la prévention secondaire d'une thrombo-embolie veineuse (TEV) symptomatique ou d'embolie pulmonaire (PE) pour une période maximale de 6 mois pour les patients souffrant de cancer chez qui le warfarin n'est pas une option.

Note pour les demandes de règlement :

- Une quantité annuelle de 35 jours de traitement est possible sans autorisation spéciale.

TIPRANAVIR (APTIVUS)

Capsule de 250 mg

Indiqué pour le traitement des patients adultes infectés par le VIH-1 (les bénéficiaires du régime U) ayant déjà reçu un traitement, chez qui les traitements par différents inhibiteurs de protéase ont échoué et pour qui les autres inhibiteurs de protéase ne constituent pas une possibilité de traitement.

TOBRAMYCINE (TOBI PODHALER)

Poudre pour inhalation de 28 mg

Pour le traitement des infections pulmonaires chroniques causées par la bactérie *Pseudomonas aeruginosa*, lorsqu'il est utilisé en tant que traitement cyclique chez les patients atteints de fibrose kystique.

Note clinique :

- Le traitement cyclique est calculé par cycles de 28 jours et il compte 28 jours de traitement suivis de 28 jours sans traitement.

Notes pour les demandes de règlement :

- L'utilisation combinée de tobramycine avec d'autres antibiotiques pour inhalation (p. ex. aztréonam, lévofloxacine), soit de façon concomitante ou durant les périodes sans traitement (dans le cadre de l'administration cyclique d'antibiotiques), ne sera pas remboursée.
- Les demandes des personnes inscrites aux Plans ABCDEFGV seront examinées.

TOCILIZUMAB (ACTEMRA)

Fioles à usage unique de 80 mg / 4 mL, 200 mg / 10 mL, et de 400 mg / 20 mL

Auto-injecteur et seringue préremplie de 162 mg / 0,9 mL

Artérite à cellules géantes

- Pour le traitement des patients adultes qui présentent une artérite à cellules géantes (ACG) d'apparition récente ou récidivante, en association avec des glucocorticoïdes oraux.
- Les demandes de renouvellement doivent comprendre :
 - la confirmation de la réponse au traitement (par ex. l'absence d'exacerbations, la normalisation du taux de protéine C-réactive);
 - la description des tentatives de diminution progressive ou d'arrêt des glucocorticoïdes;
 - les raisons justifiant la poursuite du traitement.

Note clinique :

- Une exacerbation se définit comme une réapparition des signes ou des symptômes ou une vitesse de sédimentation érythrocytaire de supérieur ou égal à 30 mm/heure.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un rhumatologue ou un autre médecin ayant l'expérience du traitement de l'ACG.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Injection sous-cutanée : Les approbations seront pour un maximum de 162 mg chaque semaine.
- Période d'approbation : 1 an.

Arthrite juvénile idiopathique systémique évolutive

Pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique évolutive chez les patients âgés de 2 ans et plus qui ont eu une réponse inadéquate à un traitement avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et corticostéroïdes systémiques (avec ou sans méthotrexate) en raison d'une intolérance ou d'un manque d'efficacité.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un rhumatologue, qui est familier avec l'utilisation des ARMM biologiques chez les enfants.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Perfusion intraveineuse : L'approbation sera pour 12 mg/kg pour les patients inférieur à 30 kg ou 8 mg/kg pour les patients supérieur ou égal à 30 kg, jusqu'à un maximum de 800 mg, administré toutes les deux semaines.
- Injection sous-cutanée : Quantité maximale approuvée de 162 mg toutes les trois semaines pour les patients et patientes qui pèsent moins de 30 kg ou de 162 mg toutes les deux semaines pour les patients et patientes qui pèsent plus de 30 kg.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

Polyarthrite idiopathique juvénile

Pour le traitement des enfants (de 2 à 17 ans) atteints d'une forme active modérée à grave de polyarthrite idiopathique juvénile (PIJ) qui ne réagissent pas adéquatement à au moins un traitement par agents rhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM).

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un rhumatologue, qui est familier avec l'utilisation des ARMM biologiques chez les enfants.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Perfusion intraveineuse : L'approbation sera pour 10mg/kg pour les patients inférieur à 30 kg ou 8 mg/kg pour les patients supérieur ou égal à 30 kg, jusqu'à un maximum de 800 mg, administré toutes les quatre semaines.
- Injection sous-cutanée : Quantité maximale approuvée de 162 mg toutes les trois semaines pour les patients et patientes qui pèsent moins de 30 kg ou de 162 mg toutes les deux semaines pour les patients et patientes qui pèsent plus de 30 kg.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

Polyarthrite Rhumatoïde

Indiqué pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde évolutive modérément à sévèrement active, en association avec du méthotrexate ou d'autres antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM), chez les patients adultes qui sont réfractaires intolérants ou de contre-indications au :

- méthotrexate (par voie orale ou parentérale), pris seul ou en combinaison avec d'autres ARMM, à une dose de supérieur ou égal à 20 mg par semaine (supérieur ou égal à 15 mg si le patient est âgé de supérieur ou égal à 65 ans) pendant au moins 12 semaines; et
- méthotrexate en association avec au moins deux autres ARMM, tels que l'hydroxychloroquine et la sulfasalazine, pendant au moins 12 semaines.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Une réponse optimale au traitement par ARMM peut prendre jusqu'à 24 semaines. Toutefois, si aucune amélioration n'est perçue après 12 semaines de trithérapie avec ARMM, la couverture peut être envisagée.
3. Si le patient présente une intolérance à la trithérapie avec ARMM, cette dernière doit être décrite et une double thérapie avec ARMM doit être entreprise.
4. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
5. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Perfusion intraveineuse : L'approbation initiale sera 4 mg/kg/dose toutes les quatre semaines, avec une augmentation de la dose d'entretien maximale allant jusqu'à 8mg/kg, jusqu'à un maximum de 800 mg par perfusion pour les patients supérieur à 100 kg.
- Injection sous-cutanée : L'approbation initiale sera pour 162 mg toutes les deux semaines pour les patients inférieur à 100 kg, avec une augmentation de la dose d'entretien maximale au dosage hebdomadaire autorisé. Les patients supérieur ou égal à 100kg seront approuvés pour 162 mg chaque semaine, sans augmentation de la dose autorisée.
- Période d'approbation initiale: 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement: 1an. Confirmation de la réponse continue requise.

TOFACITINIB (XELJANZ et marques génériques et XELJANZ XR)

Comprimés pelliculés de 5 mg et de 10 mg

Comprimé à libération prolongée de 11 mg

Colite ulcéreuse

Pour le traitement des patients adultes souffrant d'une colite ulcéreuse d'intensité modérée à grave dont le score Mayo partiel est supérieur à 4, et le sous-score de saignement rectal est supérieur ou égal à 2, et qui sont:

- réfractaires ou intolérants au traitement traditionnel (c.-à-d., aminosalicyles pour un minimum de quatre semaines et prednisone supérieur ou égal à 40 mg tous les jours pendant 2 semaines ou l'équivalent en IV pendant une semaine); ou
- dépendants des corticostéroïdes (c.-à-d., les patients ne peuvent pas réduire la dose de corticostéroïdes sans que la maladie ne récidive; ou qui ont eu une rechute dans les 3 mois suivant l'arrêt des corticostéroïdes; ou qui doivent recevoir 2 séries de doses de corticostéroïdes ou plus par année).

Critères de renouvellement :

- une diminution d'au moins 2 points du score Mayo partiel depuis l'évaluation initiale; et,
- une diminution d'au moins 1 point du sous-score de saignement rectal.

Notes cliniques :

1. Nous considérerons les demandes des patients qui n'ont pas effectué d'essai de quatre semaines d'aminosalicylates si la maladie est grave (score Mayo partiel supérieur à 6).
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués cidessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires ou de contre-indications aux traitements tels que définis dans la monographie du produit. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin avec une spécialité en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des modulateurs des récepteurs de la sphingosine 1-phosphate ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour un maximum de 10 mg deux fois par jour (Xeljanz).
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Polyarthrite rhumatoïde

Indiqué pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde évolutive modérément à sévèrement active en association avec du méthotrexate, chez les patients adultes qui sont réfractaires intolérants ou de contre-indications au :

- méthotrexate (par voie orale ou parentérale), pris seul ou en combinaison avec d'autres antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM), à une dose de supérieur ou égal à 20 mg par semaine (supérieur ou égal à 15 mg si le patient est âgé de supérieur ou égal à 65 ans) pendant au moins 12 semaines; et
- méthotrexate en association avec au moins deux autres ARMM, tels que l'hydroxychloroquine et la sulfasalazine, pendant au moins 12 semaines.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Une réponse optimale au traitement par ARMM peut prendre jusqu'à 24 semaines. Toutefois, si aucune amélioration n'est perçue après 12 semaines de trithérapie avec ARMM, la couverture peut être envisagée.
3. Si le patient présente une intolérance à la trithérapie avec ARMM, cette dernière doit être décrite et une double thérapie avec ARMM doit être entreprise.
4. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
5. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 5 mg deux fois par jour (Xeljanz) ou de 11 mg une fois par jour (Xeljanz XR).
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation de renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

TOPIRAMATE (TOPAMAX)

Capsules à saupoudrer de 15 mg et de 25 mg

Pour les patients qui ne peuvent pas prendre de topiramate sous forme de comprimé et qui ont besoin de capsules à saupoudrer pour une bonne administration.

TRAMÉTINIB (MEKINIST)

Comprimés de 0,5 mg et de 2 mg

Mélanome métastatique

Pour le traitement du mélanome non résecable ou métastatique avec mutation BRAF V600, en monothérapie ou en association avec le dabrafénib.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Si des métastases cérébrales sont présentes, les patients doivent être asymptomatiques ou stables.
3. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le tramétinib ne sera pas remboursé pour les patients dont la maladie a progressé durant un traitement ciblant la protéine BRAF.
- Les demandes seront admissibles pour les patients qui ont reçu un traitement adjuvant ciblant la protéine BRAF si la progression de la maladie est survenue au moins six mois après la fin du traitement.
- Période d'approbation : 6 mois.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Traitement adjuvant du mélanome

En association avec le dabrafénib pour le traitement adjuvant des patients atteints d'un mélanome cutané qui répondent à tous les critères suivants :

- maladie de stade IIIA (limitée aux métastases de plus de 1 mm dans les ganglions lymphatiques) à IIID (AJCC, 8^e édition);
- mutation BRAF V600;
- résection complète de la maladie, y compris des métastases en transit.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être poursuivi jusqu'à la survenue d'une récurrence de la maladie ou l'apparition d'effets toxiques inacceptables, jusqu'à un maximum de 12 mois.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes sont admissibles pour les patients qui présentent des micrométastases dans les ganglions lymphatiques régionaux d'après une biopsie des ganglions lymphatiques sentinelles.
- Les demandes ne sont pas admissibles pour les patients qui ont reçu une immunothérapie adjuvante pendant plus de trois mois. Les patients peuvent passer à un traitement ciblant la protéine BRAF au cours des trois premiers mois de l'immunothérapie pour atteindre un total de 12 mois de traitement adjuvant.
- Période d'approbation : jusqu'à 12 mois.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

TREPROSTINIL (REMODULIN)

Fioles à doses multiples de 1 mg/mL, 2,5 mg/mL, 5 mg/mL et de 10 mg/mL

Pour le traitement des patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) du groupe 1, de classe fonctionnelle III ou IV de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui n'ont pas répondu aux traitements sans prostanoides.

Note clinique :

- Le diagnostic d'HAP doit être confirmé par cathétérisme cardiaque droit.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin possédant de l'expérience dans le traitement de l'HAP.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme.

TRIENTINE (marques génériques)

Capsule de 250 mg

Indiqué pour le traitement des patients atteints de la maladie de Wilson qui sont intolérants ou qui présentent une contre-indication à la D-pénicillamine.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement. Des documents justificatifs doivent être fournis.

Note clinique :

- Les détails des intolérances et/ou des contre-indications à la D-pénicillamine doivent être fournis.

Notes pour les demandes de règlement :

- Chez les patients adultes, la Trientine ne doit être prescrite que par des médecins expérimentés dans la gestion de la maladie de Wilson.
- Chez les patients pédiatriques, la Trientine ne doit être prescrite et renouvelée que par des médecins expérimentés dans la gestion de la maladie de Wilson.
- Les autorisations seront pour une dose maximale de 2 000 mg par jour.
- Période d'approbation : 1 an.

TRIFLURIDINE ET TIPIRACIL (LONSURF)

Comprimés de 15 mg / 6,14 mg et de 20 mg / 8,19 mg

Cancer colorectal métastatique

En association avec le bevacizumab pour le traitement des patients souffrant d'un cancer colorectal métastatique qui répondent aux critères suivants :

- Le patient a préalablement reçu les traitements existants ou n'est pas un bon candidat pour ces traitements, qui comprennent les chimiothérapies à base de fluoropyrimidine, d'irinotécan ou d'oxaliplatine, les anticorps monoclonaux anti-VEGF et, en présence d'un gène RAS de type sauvage, les anticorps monoclonaux anti-EGFR;
- Après un maximum de deux chimiothérapies pour le traitement d'un cancer colorectal avancé, le patient présente une progression de la maladie ou une intolérance à ces traitements.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance et n'avoir aucune métastase active dans le système nerveux central.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes seront prises en considération pour les patients atteints d'un adénocarcinome de l'intestin grêle ou de l'appendice.
- Les patients qui présentent une progression de la maladie pendant une chimiothérapie néoadjuvante ou adjuvante ou dans les six mois suivant la fin de ce traitement pourraient être considérés comme ayant reçu un schéma de chimiothérapie antérieur pour une maladie avancée.
- Les demandes seront prises en considération pour les patients qui sont atteints d'un cancer colorectal métastatique (CCRM) présentant une instabilité microsatellitaire élevée (MSI-H), une déficience du système de réparation des mésappariements (dMMR) ou une mutation BRAF V600E et qui ont reçu une immunothérapie ou un traitement ciblé, si les autres critères d'autorisation spéciale sont respectés.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.

Cancer gastrique métastatique ou adénocarcinome de la jonction œsogastrique

Pour le traitement des patients adultes atteints d'un cancer gastrique métastatique ou d'un adénocarcinome de la jonction œsogastrique qui répondent aux critères suivants :

- Avoir déjà reçu au moins deux traitements de chimiothérapie, y compris par une fluoropyrimidine, un platine et soit par un taxane ou l'irinotécan, et si c'est approprié, avec une thérapie ciblée anti-HER2.
- Indice de performance ECOG de 0 ou 1

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le trifluridine et tipiracil doit être utilisé en association avec le meilleur soin de soutien.
2. Le traitement doit être arrêté en cas de confirmation que la maladie a progressé ou d'effets toxiques inacceptables.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes seront admissibles pour les patients qui présentent une intolérance ou une contre-indication à la thérapie à base de platine.
- Période d'approbation : 6 mois.

TRIEPTANOÏNE (DOJOLVI)

Solution orale à 100 % p/p

Pour le traitement des patients atteints de troubles de l'oxydation des acides gras à longue chaîne (TOAG-LC) aigus engageant le pronostic vital qui répondent à tous les critères suivants :

- leur état exige un traitement de rechange à la supplémentation classique en triglycérides à chaîne moyenne (TCM) à nombre pair d'atomes de carbone;
- le patient doit être dans l'une des situations suivantes :
 - le patient a un diagnostic confirmé de l'un des types de TOAG-LC et présente des symptômes aigus engageant le pronostic vital;
 - le patient n'a pas de diagnostic confirmé de TOAG-LC, mais il présente des symptômes aigus engageant le pronostic vital qui s'apparentent à ceux de ces troubles.

Critères de renouvellement :

Le renouvellement sera considéré pour les patients répondant à tous les critères suivants :

- le patient a amorcé un traitement par la triheptanoïne sans diagnostic confirmé de TOAG-LC et a ultérieurement reçu un diagnostic confirmé posé par un spécialiste des maladies métaboliques possédant de l'expérience dans le traitement et la prise en charge des TOAG-LC du type spécifié et dans l'interprétation des résultats génétiques et autres résultats fournis pour confirmer le diagnostic;
- le patient respecte les mesures diététiques optimisées qui lui ont été recommandées;
- le patient continue de tirer des avantages du traitement par la triheptanoïne. Les demandeurs doivent inclure une description de la réponse actuelle du patient au traitement par la triheptanoïne et indiquer clairement de quelle façon cette réponse atteint les objectifs thérapeutiques établis à l'amorce du traitement.

Notes cliniques :

1. Parmi les symptômes aigus engageant le pronostic vital qui s'apparentent à ceux des TOAG-LC, citons notamment :
 - un tableau clinique catastrophique avec une rhabdomyolyse aiguë ou récurrente s'accompagnant de douleurs intenses, d'un syndrome des loges, d'une insuffisance rénale aiguë dictant l'hospitalisation et des interventions nécessaires à la survie, comme la dialyse et le traitement de l'hyperkaliémie, ainsi que le traitement chirurgical du syndrome des loges;
 - une hypoglycémie grave, récurrente ou aiguë, avec ou sans convulsions;
 - une cardiomyopathie avec ou sans arythmie.
2. Les demandes devraient préciser les symptômes aigus engageant le pronostic vital que présente le patient et qui s'apparentent à ceux des TOAG-LC, et inclure les résultats cliniques et biochimiques relatifs aux systèmes organiques touchés qui justifient l'amorce du traitement par la triheptanoïne.
3. Les objectifs personnalisés de traitement par la triheptanoïne doivent être joints à la demande de couverture initiale.
4. Toutes les demandes doivent contenir les exigences liées à l'apport calorique quotidien du patient.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un médecin expérimenté dans la prise en charge des TOAG-LC.
- La dose maximale approuvée est de 35 % de l'apport calorique quotidien total du patient.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

TUCATINIB (TUKYSA)

Comprimés pelliculés de 50 mg et de 150 mg

En association avec le trastuzumab et la capécitabine pour le traitement des patients atteints d'un cancer du sein HER2 positif non résecable, localement avancé ou métastatique ayant auparavant reçu un traitement par le trastuzumab, le pertuzumab et un conjugué anticorps-médicament ciblant HER2 (p. ex., Kadcyla, Enhertu), lorsqu'au moins un de ces médicaments a été administré en contexte de cancer avancé ou métastatique.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent présenter un bon indice fonctionnel.

2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse, si des effets toxiques inacceptables se manifestent, ou si le trastuzumab et la capécitabine sont tous les deux interrompus.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 6 mois.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

UPADACITINIB (RINVOQ)

Comprimés à libération prolongée de 15 mg, de 30 mg et 45 mg

Arthrite psoriasique

- Pour le traitement de l'arthrite psoriasique à prédominance axiale chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose maximale tolérée pendant une période minimale de deux semaines chacun.
- Pour le traitement de l'arthrite psoriasique à prédominance périphérique chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication :
 - à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose maximale tolérée pendant une période minimale de deux semaines chacun; et
 - au méthotrexate (par voie orale ou parentérale) à une dose supérieure ou égale à 20 mg par semaine (supérieure ou égale à 15 mg si le patient est âgé 65 ans ou plus) pendant au moins 8 semaines; et
 - au léflunomide pris pendant au moins 10 semaines ou à la sulfasalazine prise pendant au moins 3 mois.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires aux traitements. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 15 mg par jour.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

Colite ulcéreuse

Pour le traitement des patients adultes atteints de colite ulcéreuse modérément à fortement évolutive dont le score Mayo partiel est supérieur à 4, et le sous-score de saignement rectal est supérieur ou égal à 2, et qui sont :

- réfractaires ou intolérants au traitement traditionnel (c.-à-d., aminosalicyles pendant un minimum de 4 semaines et prednisone à une dose supérieure ou égale à 40 mg par jour pendant 2 semaines ou l'équivalent en IV pendant une semaine); ou
- dépendants des corticostéroïdes (c.-à-d., ne peuvent pas réduire la dose de corticostéroïdes sans que la maladie ne récidive; ou ont eu une rechute dans les 3 mois suivant l'arrêt des corticostéroïdes; ou doivent recevoir deux séries de doses de corticostéroïdes ou plus par année).

Critères de renouvellement :

- une diminution d'au moins 2 points du score Mayo partiel depuis l'évaluation initiale; et,
- une diminution d'au moins 1 point du sous-score de saignement rectal.

Notes cliniques :

1. Nous considérerons les demandes des patients qui n'ont pas fait l'essai d'un traitement par aminosalicyles pendant 4 semaines si la maladie est grave (score Mayo partiel supérieur à 6).
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets indésirables ou de contre-indications aux traitements tels que définis dans la monographie du produit. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin spécialisé en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques, avec des inhibiteurs de Janus kinases ou avec des modulateurs des récepteurs de la sphingosine 1-phosphate ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront accordées pour une quantité maximale de 45 mg par jour pendant 8 semaines, puis de 30 mg par jour par la suite.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Dermatite Atopique

Pour le traitement de la dermatite atopique (DA) modérée à grave chez les patients âgés de 12 ans et plus qui répondent à tous les critères suivants :

- Sont réfractaires ou présentent des contre-indications à un essai adéquat de traitements topiques sur ordonnance combinés à une photothérapie (lorsqu'elle est disponible);
- Sont réfractaires, intolérants ou présentent des contre-indications à un essai adéquat de traitements topiques sur ordonnance en association avec le méthotrexate, la cyclosporine, l'acide mycophénolique ou d'azathioprine.
- Ont un score initial d'évaluation globale du médecin de 3 ou plus et un indice de zone et de gravité de l'eczéma de 7,1 ou plus.

Critères de renouvellement :

- Les demandes de renouvellement doivent fournir la preuve des bienfaits cliniques définis comme une amélioration de 75 % ou plus par rapport à la valeur initiale de l'indice de zone et de gravité de l'eczéma (EASI-75) six mois après le début du traitement.
- Une preuve du maintien de la réponse EASI-75 par rapport à la valeur initiale doit être fournie pour les autorisations subséquentes.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue, un pédiatre ou un immunologiste clinique ayant de l'expérience dans le traitement de la DA modérée à grave.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament immunomodulateur (p. ex., des médicaments biologiques ou des inhibiteurs de Janus kinase) pour le traitement de la DA modérée à grave ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 30 mg par jour.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Maladie de Crohn

Pour le traitement de la maladie de Crohn modérément à fortement évolutive chez les patients adultes qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin spécialisé en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront accordées pour une quantité maximale de 45 mg par jour pendant 12 semaines, puis de 30 mg par jour par la suite.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Une confirmation de la réponse est requise.

Polyarthrite rhumatoïde

Pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérément à fortement évolutive, en monothérapie ou en association avec du méthotrexate ou d'autres antirhumatismeux modificateurs de la maladie (ARMM), chez les patients adultes qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication au :

- méthotrexate (par voie orale ou parentérale), pris seul ou en association avec d'autres ARMM, à une dose supérieure ou égale à 20 mg par semaine (supérieure ou égale à 15 mg si le patient est âgé 65 ans ou plus) pendant au moins 12 semaines; et
- méthotrexate en association avec au moins deux autres ARMM, tels que l'hydroxychloroquine et la sulfasalazine, pendant au moins 12 semaines.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Une réponse optimale au traitement par ARMM peut prendre jusqu'à 24 semaines. Toutefois, si aucune amélioration n'est perçue après 12 semaines de trithérapie par ARMM, la couverture peut être envisagée.
3. Si le patient présente une intolérance à la trithérapie par ARMM, celle-ci doit être décrite et une bithérapie par ARMM doit être entreprise.
4. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus
5. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 15 mg par jour.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Une confirmation de la réponse au traitement est requise.

Spondylarthrite ankylosante

Pour le traitement des patients adultes atteints de spondylarthrite ankylosante d'intensité modérée à grave (p. ex., score supérieur ou égal à 4 sur 10 à l'échelle BASDAI [Bath AS Disease Activity Index]) qui :

- présentent des symptômes axiaux et qui n'ont pas répondu à l'usage séquentiel d'au moins deux AINS à la dose optimale sur une période minimale de 2 semaines chacun ou chez qui les AINS sont contre-indiqués; ou
- présentent des symptômes périphériques et qui n'ont pas répondu, ou qui ont des contre-indications, à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose optimale pendant une période minimale de 2 semaines chacun et qui ont présenté une réponse inadéquate à la dose optimale ou à la dose maximale tolérée d'un ARMM.

Critères de renouvellement :

- une diminution d'au moins 2 points sur l'échelle BASDAI, comparativement au score obtenu avant le traitement; ou
- une réponse clinique adéquate, déterminée par une amélioration fonctionnelle importante (mesurée par des résultats tels que le score HAQ ou « la capacité à retourner au travail »).

Note clinique :

- Les patients atteints d'uvéite récurrente (au moins deux épisodes sur une période de 12 mois) comme complication d'une atteinte axiale n'ont pas à essayer les AINS.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront accordées pour une quantité maximale de 15 mg par jour.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

USTÉKINUMAB (JAMTEKI)

Seringues préremplies de 45 mg / 0,5 mL et de 90 mg/mL

Arthrite psoriasique

Pour le traitement de l'arthrite psoriasique évolutive chez les patients adultes qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture de ustékinumab seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- Les autorisations seront pour 45 mg aux semaines 0 et 4, et toutes les 12 semaines par la suite.
- Les demandes pour les doses de 90 mg administrées toutes les 12 semaines seront admissibles pour les patients de plus de 100 kg.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Psoriasis en plaques

Pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à grave chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture de ustékinumab seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- Les autorisations seront pour 45 mg aux semaines 0 et 4, et toutes les 12 semaines par la suite.
- Les demandes pour les doses de 90 mg administrées toutes les 12 semaines seront admissibles pour les patients de plus de 100 kg.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse continue est requise.

USTÉKINUMAB (STEQEYMA)

Seringues préremplies de 45 mg/0,5 ml et de 90 mg/ml

USTÉKINUMAB (STEQEYMA IV)

Fiole de 130 mg

Colite ulcéreuse

Pour le traitement de la colite ulcéreuse évolutive modéré à grave chez les patients adultes qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin spécialisé en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques, avec des inhibiteurs de Janus kinases ou avec des modulateurs des récepteurs de la sphingosine 1-phosphate ne sera pas remboursée.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture de ustékinumab seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- Les autorisations seront pour une dose unique d'induction intraveineuse de 260 mg pour les patients de 55 kg ou moins, de 390 mg pour les patients de 56 à 85 kg et de 520 mg pour les patients de plus de 85 kg, suivie d'une injection sous-cutanée de 90 mg toutes les 8 semaines par la suite.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Maladie de Crohn

Pour le traitement de la maladie de Crohn évolutive modéré à grave chez les patients adultes qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin spécialisé en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture de ustékinumab seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- Les autorisations seront pour une dose unique d'induction intraveineuse de 260 mg pour les patients de 55 kg ou moins, de 390 mg pour les patients de 56 à 85 kg et de 520 mg pour les patients de plus de 85 kg, suivie d'une injection sous-cutanée de 90 mg toutes les 8 semaines par la suite.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Arthrite psoriasique

Pour le traitement de l'arthrite psoriasique évolutive chez les patients adultes qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture de ustékinumab seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- Les autorisations seront pour une injection sous-cutanée de 45 mg administrée aux semaines 0 et 4, et toutes les 12 semaines par la suite. Les demandes pour les doses de 90 mg administrées toutes les 12 semaines seront admissibles pour les patients de plus de 100 kg.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Psoriasis en plaques

Pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à grave chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture de ustékinumab seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- Les autorisations seront pour une injection sous-cutanée de 45 mg administrée aux semaines 0 et 4, et toutes les 12 semaines par la suite. Les demandes pour les doses de 90 mg administrées toutes les 12 semaines seront admissibles pour les patients de plus de 100 kg.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse continue est requise.

USTÉKINUMAB (WEZLANA)

Seringues préremplies de 45 mg/ 0,5 mL et de 90 mg/mL

USTÉKINUMAB (WEZLANA IV)

Fioles de 45 mg et de 130 mg

Arthrite psoriasique

Pour le traitement de l'arthrite psoriasique évolutive chez les patients adultes qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture de ustékinumab seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- Les autorisations seront pour une injection sous-cutanée de 45 mg administrée aux semaines 0 et 4, et toutes les 12 semaines par la suite.
- Les demandes pour les doses de 90 mg administrées toutes les 12 semaines seront admissibles pour les patients de plus de 100 kg.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Colite ulcéreuse

Pour le traitement de la colite ulcéreuse modéré à grave chez les patients adultes qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin spécialisé en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture de ustékinumab seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- Les autorisations seront pour une dose unique d'induction intraveineuse de 260 mg pour les patients de 55 kg ou moins, de 390 mg pour les patients de 56 à 85 kg et de 520 mg pour les patients de plus de 85 kg, suivie d'une injection sous-cutanée de 90 mg toutes les 8 semaines par la suite.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Maladie de Crohn

Pour le traitement de la maladie de Crohn modéré à grave chez les patients adultes qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin spécialisé en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture de ustékinumab seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- Les autorisations seront pour une dose unique d'induction intraveineuse de 260 mg pour les patients de 55 kg ou moins, de 390 mg pour les patients de 56 à 85 kg et de 520 mg pour les patients de plus de 85 kg, suivie d'une injection sous-cutanée de 90 mg toutes les 8 semaines par la suite.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Psoriasis en plaques

Pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à grave chez les patients de 6 ans et plus qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture de ustékinumab seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- Enfants : les autorisations seront pour une injection sous-cutanée de 0,75 mg/kg pour les patients de moins de 60 kg et de 45 mg pour les patients de 60 kg ou plus administrée aux semaines 0 et 4, et toutes les 12 semaines par la suite.
- Adultes : les autorisations seront pour une injection sous-cutanée de 45 mg administrée aux semaines 0 et 4, et toutes les 12 semaines par la suite. Les demandes pour les doses de 90 mg administrées toutes les 12 semaines seront admissibles pour les patients de plus de 100 kg.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse continue est requise.

VALGANCICLOVIR (VALCYTE) Suspension orale de 50 mg/mL

Pour la prévention ou le traitement de cytomégalovirus (CMV) chez les patients pour qui les comprimés oraux ne sont pas une option.

VANDÉTANIB (CAPRELSA) **Comprimés de 100 mg et de 300 mg**

Pour le traitement du cancer médullaire de la thyroïde (CMT) symptomatique et/ou évolutif chez les patients ayant une maladie non résécable, localement avancée ou métastatique.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient a répondu au traitement et qu'il n'y a aucun signe de progression de la maladie.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent avoir un bon statut de rendement.
2. Le traitement doit être arrêté en cas de progression de la maladie ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

VARÉNICLINE (marques génériques) **Comprimés de 0,5 mg et de 1 mg**

Pour l'abandon du tabac chez les adultes de 18 ans ou plus.

Notes cliniques :

1. Le patient doit participer à une forme de consultation pour l'abandon du tabac.
2. Pour en savoir plus sur l'abandon du tabac, visitez notre site Web [Thérapies d'abandon du tabac](#).

Notes pour les demandes de règlement :

- Un maximum de 24 semaines de traitement standard (336 comprimés) sera remboursé chaque année sans autorisation spéciale. Les demandes d'autorisation spéciale pour des comprimés supplémentaires ne sont pas admissibles.
- Les demandes visant un traitement de remplacement de la nicotine (timbre, gomme, pastille) destiné à être utilisé en association avec un médicament d'ordonnance pour l'abandon du tabac sans nicotine (varénicline ou bupropion) ne sont pas admissibles.

VEDOLIZUMAB (ENTYVIO) **Auto-injecteur et seringue de 108 mg / 0.68 mL** **Fiole de 300 mg**

Colite ulcéreuse

Pour le traitement des patients adultes souffrant d'une colite ulcéreuse d'intensité modérée à grave dont le score Mayo partiel est supérieur à 4, et le sous-score de saignement rectal est supérieur ou égal à 2, et qui sont :

- Réfractaires ou intolérants au traitement traditionnel (c.-à-d., aminosalicylates pour un minimum de quatre semaines et prednisone supérieur ou égal à 40 mg tous les jours pendant 2 semaines ou l'équivalent en IV pendant une semaine); ou
- Dépendants des corticostéroïdes (c.-à-d., les patients ne peuvent pas réduire la dose de corticostéroïdes sans que la maladie ne récidive; ou qui ont eu une rechute dans les 3 mois suivant l'arrêt des corticostéroïdes; ou qui doivent recevoir 2 séries de doses de corticostéroïdes ou plus par année).

Critères de renouvellement :

- une diminution d'au moins 2 points du score Mayo partiel depuis l'évaluation initiale; et,
- une diminution d'au moins 1 point du sous-score de saignement rectal.

Notes cliniques :

1. Nous considérerons les demandes des patients qui n'ont pas effectué d'essai de quatre semaines d'aminosalicylates si la maladie est grave (score Mayo partiel supérieur à 6).
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires ou de contre-indications aux traitements tels que définis dans la monographie du produit. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin avec une spécialité en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques, avec des inhibiteurs de Janus kinases ou avec des modulateurs des récepteurs de la sphingosine 1-phosphate ne sera pas remboursée.
- Perfusion intraveineuse : Quantité maximale approuvée de 300 mg aux semaines 0, 2 et 6, puis de 300 mg toutes les huit semaines.
- Injection sous-cutanée : Quantité maximale approuvée de 108 mg toutes les deux semaines après au moins deux perfusions intraveineuses de vedolizumab.

- Période d'approbation initiale : 14 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Maladie de Crohn

Pour le traitement des patients adultes souffrant de la maladie de Crohn modérée à grave qui ont des contre-indications ou qui sont réfractaires à un traitement avec corticostéroïdes et d'autres traitements immunosuppresseurs.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin avec une spécialité en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Perfusion intraveineuse : Quantité maximale approuvée de 300 mg aux semaines 0, 2 et 6, puis de 300 mg toutes les huit semaines.
- Injection sous-cutanée : Quantité maximale approuvée de 108 mg toutes les deux semaines après au moins deux perfusions intraveineuses de vedolizumab.
- Période d'approbation initiale : 14 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

VÉLAGLUCÉRISE ALFA (VPRIV) 400 unités par fiole

Pour le traitement des patients atteints de la maladie de Gaucher de type 1 symptomatique.

Note clinique :

- Les demandes de couverture doivent respecter les critères de diagnostic de la maladie de Gaucher de type 1, d'indication de traitement et de réaction attendue à l'enzymothérapie de remplacement. Ces critères sont conformes aux lignes directrices de l'Ontario en matière de traitement de la maladie de Gaucher. S'il vous plaît, contactez le régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick au 1-800-332-3691 pour les critères.

Notes pour les demandes de règlement :

- Une dose maximale de 60 unités/kg sera approuvée toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumis comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

VÉMURAFÉNIB (ZELBORAF) Comprimé pelliculé de 240 mg

Pour le traitement du mélanome non résecable ou métastatique avec mutation *BRAF* V600, en monothérapie ou en association avec le cobimétinib.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient a répondu au traitement et qu'il n'y a aucun signe de progression de la maladie.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent avoir un bon statut de rendement.
2. Si des métastases cérébrales sont présentes, les patients devraient être asymptomatiques ou présenter des symptômes stables.
3. Le traitement doit être arrêté en cas de progression de la maladie ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le vémurafénib ne sera pas remboursé pour les patients dont la maladie a progressé durant un traitement ciblant la protéine BRAF.
- Les demandes seront admissibles pour les patients qui ont reçu un traitement adjuvant ciblant la protéine BRAF si la progression de la maladie est survenue au moins six mois après la fin du traitement.
- Période d'approbation : 6 mois.

VÉNETOCLAX (VENCLEXTA) Comprimés pelliculés de 10 mg, 50 mg et de 100 mg

Leucémie lymphoïde chronique/lymphome à petits lymphocytes

1. En association avec l'obinutuzumab pour le traitement des patients adultes atteints de leucémie lymphoïde chronique (LLC)/lymphome à petits lymphocytes (LPL) n'ayant jamais été traités et pour qui le traitement à base de fludarabine ne convient pas.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice fonctionnel.
2. Le traitement doit être poursuivi pendant un total de 12 mois (six cycles de 28 jours en association avec l'obinutuzumab, suivis de six mois de monothérapie) ou jusqu'à la progression de la maladie ou l'apparition d'une toxicité inacceptable, selon la première éventualité.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes de reprise du traitement par le vénétoclax en association avec l'obinutuzumab ne sont pas admissibles.
 - Période d'approbation : 1 an.
2. En association avec le rituximab pour le traitement des patients atteints de leucémie lymphoïde chronique/lymphome à petits lymphocytes ayant reçu au moins un traitement antérieur

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être poursuivi jusqu'à ce qu'il y ait une progression de la maladie ou une toxicité inacceptable, pendant un maximum de 2 ans.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant des patients ayant déjà reçu un traitement anti-CD20 ne sont pas admissibles si une rechute survient moins de 6 mois après la fin du traitement. Cependant, pour les patients ayant déjà été traités par vénétoclax, l'intervalle sans rechute doit être de 12 mois ou plus.
 - Période d'approbation : 1 an.
3. En monothérapie pour le traitement des patients atteints de leucémie lymphoïde chronique/lymphome à petits lymphocytes qui ont déjà reçu au moins un traitement antérieur et qui ont présenté une progression de la maladie ou une intolérance pendant un traitement par un inhibiteur du récepteur des lymphocytes B.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant des patients ayant déjà reçu un traitement à base de vénétoclax ne sont pas admissibles si une rechute survient moins de 12 mois après la fin du traitement.
- Période d'approbation : 1 an.

Leucémie myéloïde aiguë

En association avec l'azacitidine pour le traitement des adultes atteints de leucémie myéloïde aiguë nouvellement diagnostiquée qui sont âgés de 75 ans ou plus ou qui présentent des comorbidités qui excluent le recours à une chimiothérapie d'induction intensive.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite attestant que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Note clinique :

- Le traitement doit être interrompu en cas de progression de la maladie ou de toxicité inacceptable.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant des patients ayant déjà été traités par un agent hypométhylant ou une chimiothérapie pour le syndrome myélodysplasique ne sont pas admissibles.
- Les demandes visant des patients atteints d'un syndrome myélodysplasique de risque élevé ne sont pas admissibles.
- Période d'approbation : 1 an.

VÉRICIGUAT (VERQUVO)

Comprimés de 2,5 mg, 5 mg et 10 mg

Pour le traitement de l'insuffisance cardiaque chronique symptomatique en association avec le traitement standard chez les adultes qui répondent à tous les critères suivants :

- Fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) de moins de 45 %;

- Récent épisode de décompensation cardiaque nécessitant une hospitalisation et/ou un traitement diurétique par voie intraveineuse sans hospitalisation.

Note clinique :

- Le traitement standard est un médicament de chacune des catégories suivantes pendant au moins 4 semaines, à moins d'une contre-indication ou d'une intolérance :
 - Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA), antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA) ou inhibiteur des récepteurs de l'angiotensine et de la néprilysine (ARNI);
 - Bêtabloquant;
 - Antagoniste des récepteurs des minéralocorticoïdes (ARM).

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : long terme.

VIGABATRIN (SABRIL)

Comprimé de 500 mg

Sachet de 500 mg

- Pour le traitement de l'épilepsie chez les patients qui ne réagissent pas adéquatement aux autres combinaisons de traitements ou chez lesquels d'autres combinaisons de médicaments n'ont pas été tolérées.
- Pour le traitement de spasmes infantiles.

Note clinique :

- Les bienfaits potentiels de l'utilisation du vigabatrine devraient l'emporter sur les risques d'anomalie ophtalmologique.

VISMODEGIB (ERIVEDGE)

Capsule de 150 mg

Demandes initiales :

- Pour les patients atteints de carcinome basocellulaire (CBC) métastatique ou de CBC localement avancé (y compris les patients atteints de naevomatose basocellulaire, c.-à-d. le syndrome de Gorlin) dont la maladie métastatique est mesurable ou localement avancée et qui est non opérable ou pour laquelle une intervention chirurgicale¹ ET la radiothérapie² sont inappropriées;
- Les patients âgés de 18 ans et plus;
- Les patients dont l'indice fonctionnel ECOG est ≤2.
- La préférence des patients pour le traitement oral ne sera pas prise en compte

Renseignements requis :

Les médecins doivent fournir les raisons pour lesquelles une intervention chirurgicale¹ ET la radiothérapie² ne peuvent pas être envisagées.

- La demande doit comprendre le rapport de consultation chirurgicale qui comporte une évaluation préopératoire et chirurgicale des raisons pour lesquelles l'intervention chirurgicale n'est pas appropriée pour ce patient;
- Un rapport de consultation chirurgicale qui comporte les raisons pour lesquelles la radiothérapie n'est pas appropriée pour ce patient.
- Les deux évaluations ci-dessus doivent provenir d'un médecin qui n'est pas un médecin demandeur.
- La confirmation que le cas du patient a été abordé lors d'une conférence multidisciplinaire sur le cancer ou dans un contexte équivalent (p. ex., un comité régional sur les tumeurs).

Critère de renouvellement :

- Le médecin confirme que la maladie n'a pas évolué chez le patient depuis le début du traitement par Erivedge.

Notes cliniques :

- ¹Intervention chirurgicale considérée comme impossible ou inappropriée pour l'une des raisons suivantes:
 - Il est techniquement impossible de procéder à une intervention chirurgicale en raison de la taille, du site ou du caractère envahissant du CBC (soit la lésion est trop grande, soit il peut s'agir de quelques petites lésions, ce qui rend l'intervention chirurgicale impossible dans les deux cas).
 - La récurrence du CBC après deux interventions chirurgicales ou plus, et une résection curative est peu probable.
 - Morbidité ou déformation importantes anticipées avec la chirurgie.
- ²Radiothérapie considérée comme inappropriée pour l'une des raisons suivantes:
 - Contre-indication à la radiothérapie (p. ex., syndrome de Gorlin).
 - Radiothérapie antérieure ciblant la lésion.
 - Résultats sous-optimaux attendus en raison de la taille, du site ou du caractère envahissant du CBC.

3. Dose: 150 mg par voie orale une fois par jour jusqu'à ce que la maladie évolue ou que des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

VITAMINES B ET C (REPLAVITE) Comprimé

Pour remplacer les vitamines hydrosolubles chez les patients atteints d'une maladie rénale en phase terminale qui sont sous dialyse.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation: long terme.

VORICONAZOLE (VFEND et marques génériques) Comprimés de 50 mg et de 200 mg

- Pour la gestion de l'aspergillose invasive.
- Traitement des candidoses invasives révélées par culture positive avec une résistance prouvée au fluconazole.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un hématologue, un spécialiste des maladies infectieuses ou un microbiologiste médical.
- Les demandes initiales seront approuvées pour un maximum de 3 mois.

ZANAMIVIR (RELENZA) Poudre pour inhalation de 5 mg

Dans le cas des bénéficiaires résidant dans des établissements de soins de longue durée qui répondent aux mêmes critères que pour l'oseltamivir et pour lesquels une résistance à l'oseltamivir est soupçonnée ou confirmée, ou pour lesquels l'oseltamivir est contre-indiqué.

ZANUBRUTINIB (BRUKINSA) Capsule de 80 mg

Leucémie lymphoïde chronique

1. En monothérapie pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique (LLC)/du lymphome à petits lymphocytes (LPL) chez les patients adultes n'ayant jamais été traités auparavant et pour qui le traitement à base de fludarabine est considéré comme inapproprié en raison des risques élevés d'anomalies cytogénétiques (c.-à-d., une délétion 17p, une mutation TP53 ou un IGHV non muté).
2. En monothérapie pour le traitement des patients adultes atteints d'une leucémie lymphoïde chronique (LLC) récidivante ou réfractaire/d'un lymphome à petits lymphocytes (LPL) récidivant ou réfractaire ayant reçu au moins un traitement antérieur.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance et ne pas présenter de signes de leucémie polyléucocytaire ou de transformation de Richter.
2. Le traitement doit être interrompu en cas de progression de la maladie ou de toxicité inacceptable.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas prises en considération dans le cas des patients dont la maladie a évolué pendant un traitement avec un inhibiteur de la tyrosine kinase de Burton (BTK) ou Idélalisib.
- Période d'approbation : 1 an.

Macroglobulinémie de Waldenström

Pour le traitement des patients adultes atteints de macroglobulinémie de Waldenström récidivante ou réfractaire ayant reçu au moins un traitement antérieur et n'ayant pas connu de progression de la maladie sous traitement par un inhibiteur de la tyrosine kinase de Bruton.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que la patiente répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent remplir au moins un critère de traitement selon le groupe de consensus de l'IWWM.
2. Les patients doivent avoir un bon indice de performance et ne pas présenter de signes de transformation de la maladie.

3. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

ZOLMITRIPTAN (VAPORISATEUR NASAL ZOMIG)
Vaporisateur nasal de 2,5 mg et de 5 mg

Pour le traitement des crises de migraine aiguës chez les patients qui présentent une intolérance ou une réponse insuffisante aux triptans oraux inscrits à titre de médicaments réguliers.

Notes pour les demandes de règlement :

- La protection se limite à 6 doses par mois.
- Les demandes provenant de patients qui ont plus de 3 migraines par mois malgré un traitement de prévention des migraines seront prises en considération selon un maximum de 12 doses par mois.

ANNEXE IV

Avantages provisoires

Les médicaments suivants sont couverts à titre provisoire selon les critères décrits ci-dessous.

ACETYLSALICYLIC ACID, CAFFEINE ET BUTALBITAL (FIORINAL et marque générique)

Capsule et comprimé de 330 mg / 40 mg / 50 mg

ACETYLSALICYLIC ACID, CAFFEINE, CODEINE ET BUTALBITAL (FIORINAL C1/4 et marque générique)

Capsule de 330 mg / 40 mg / 15 mg / 50 mg

ACETYLSALICYLIC ACID, CAFFEINE, CODEINE ET BUTALBITAL (FIORINAL C1/2 et marque générique)

Capsule de 330 mg / 40 mg / 30 mg / 50 mg

Depuis le 20 mars 2018, les demandes de couverture pour les produits contenant du butalbital, comme Fiorinal, Fiorinal C¼, Fiorinal C½ et les marques génériques ne sont plus admissibles. Les patients qui étaient couverts avant cette date continueront d'être admissibles à la couverture si une demande d'autorisation spéciale, expliquant les raisons d'une utilisation continue, est soumise sur une base annuelle.

ATORVASTATIN ET AMLODIPINE (CADUET et marques génériques)

Comprimés de 10 mg / 5 mg, 10 mg / 10 mg, 20 mg / 5 mg, 20 mg / 10 mg, 40 mg / 5 mg, 40 mg / 10 mg, 80 mg / 5 mg et de 80 mg / 10 mg

À compter du 13 mai 2021, les comprimés de bésylate d'amlodipine et d'atorvastatine calcique ne sont plus admissibles en tant que médicament régulier. Les patients qui ont obtenu le remboursement d'une demande de règlement pour le bésylate d'amlodipine et d'atorvastatine calcique entre le 13 novembre 2020 et le 13 mai 2021 continueront d'être couverts. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas admissibles.

BETAHISTINE (marques génériques)

Comprimé 8 mg

Depuis le 18 mars 2021, les demandes de remboursement pour les comprimés de bétahistine 8 mg ne sont plus admissibles. Les patients dont une demande de règlement pour la bétahistine 8 mg a été remboursée entre le 18 septembre 2020 et le 18 mars 2021 continueront d'être couverts.

CHLORDIAZÉPOXIDE ET CLIDIMIUM (LIBRAX)

Capsule de 5 mg / 2,5 mg

Depuis le 22 avril 2021, le chlordiazépoxyde/clidinium n'est plus inscrite à titre de service assuré habitue. Dans le cas des patients qui ont déjà reçu un remboursement pour du chlordiazépoxyde/clidinium entre le 22 octobre 2020 et le 22 avril 2021, ce médicament continuera d'être admissible jusqu'au 22 octobre 2021. Après le 22 octobre 2021, une demande d'autorisation spéciale, documentant la raison pour laquelle le patient doit continuer de prendre ce médicament, sera exigée chaque année pour que ce médicament puisse être admissible. Les nouvelles demandes d'autorisation spéciale ne sont pas acceptées.

DENOSUMAB (PROLIA)

Seringue préremplie de 60 mg/mL

DENOSUMAB (XGEVA)

Fiole à usage unique de 120 mg / 1,7 mL

En date du 21 octobre 2024, le denosumab (Prolia et Xgeva) n'est plus inscrit en tant que médicament requérant une autorisation spéciale. Les patients qui avaient une couverture pour Prolia et Xgeva avant cette date conserveront leur couverture jusqu'à l'expiration de leur autorisation spéciale actuelle ou jusqu'au 30 avril 2025, selon la première éventualité. Les patients devront passer à une version biosimilaire du denosumab afin de conserver leur couverture en vertu des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Dans le cas des patients qui ne sont pas en mesure de passer à une version biosimilaire, une demande d'autorisation spéciale pour la couverture exceptionnelle du médicament biologique d'origine peut être soumise. Les demandes exceptionnelles seront évaluées au cas par cas.

Les marques biosimilaires du denosumab sont inscrites à titre de médicaments requérant une autorisation spéciale

GLIMEPIRIDE (SANDOZ GLIMEPIRIDE)

Comprimés 1 mg, 2 mg et de 4 mg

À compter du 17 juin 2021, les comprimés de Sandoz Glimepiride de 1 mg, 2 mg et 4 mg seront retirés sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick. Les patients qui ont obtenu le remboursement d'une demande de règlement pour ce médicament entre le 17 juin 2020 et le 17 juin 2021 continueront d'être couverts. Les demandes d'autorisation spéciale ne sont pas admissibles.

**HYDRATE DE CHLORAL (Sirop d'hydrate de chloral Odan)
Sirop à 100 mg/mL**

Dans le cas des patients qui ont déjà reçu un remboursement pour de l'hydrate de chloral entre le 26 décembre 2022 et le 26 juin 2023, ce médicament continuera d'être admissible jusqu'au 26 janvier 2024. Après le 26 janvier 2024, une demande d'autorisation spéciale, documentant la raison pour laquelle le patient doit continuer de prendre ce médicament, sera exigée chaque année pour que ce médicament puisse être admissible. Les nouvelles demandes d'autorisation spéciale ne sont pas acceptées.

**HYDROCORTISONE / CINCHOCAÏNE / FRAMYCÉTINE / ESCULINE (PROCTOL)
Suppositoire de 5 mg / 5 mg / 10 mg / 10 mg**

En date du 30 mai 2024, Proctol suppositoire n'est plus admissible en tant que médicament régulier. Dans le cas des patients qui ont déjà reçu un remboursement pour Proctol suppositoire entre le 30 novembre 2023 et le 30 mai 2024, ce médicament continuera d'être admissible jusqu'au 30 novembre 2024. Après le 30 novembre 2024, une demande d'autorisation spéciale documentant la raison pour laquelle le patient doit continuer de prendre ce médicament sera exigée chaque année pour que ce médicament puisse être admissible. Les nouvelles demandes d'autorisation spéciale ne seront pas acceptées.

**HYDROCORTISONE / PRAMOXINE / ZINC (PROCTODAN-HC)
Onguent de 0.5% / 1% / 0.5%
Suppositoire de 10 mg / 20 mg / 10 mg**

Depuis le 29 juin 2023, les onguent et suppositoire (Proctodan-HC) ne sont plus inscrits à titre de médicament régulier. Les patients qui ont obtenu le remboursement d'une demande de règlement pour ce médicament entre le 29 décembre 2022 et le 28 juin 2023 continueront d'être couverts. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas admissibles.

**INFLIXIMAB (INFLECTRA)
Fiole de 100 mg**

Depuis le 24 mars 2025, l'infliximab (Inflectra) n'est plus inscrit en tant que médicament requérant une autorisation spéciale. Les patients qui avaient une couverture pour Inflectra avant cette date maintiendront leur couverture jusqu'à l'expiration de leur autorisation spéciale actuelle ou jusqu'au 30 septembre 2025, selon la première éventualité. Les patients doivent passer à une autre version biosimilaire de l'infliximab afin de conserver leur couverture en vertu des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

**ORPHÉNADRINE (SANDOZ ORPHENADRINE)
Comprimés à libération prolongée de 100 mg**

En date du 27 mai 2024, l'orphénadrine en comprimés à libération prolongée de 100 mg n'est plus admissible en tant que médicament régulier. Dans le cas des patients qui ont déjà reçu un remboursement pour l'orphénadrine entre le 27 novembre 2023 et le 27 mai 2024, ce médicament continuera d'être admissible jusqu'au 27 novembre 2024. Après le 27 novembre 2024, une demande d'autorisation spéciale documentant la raison pour laquelle le patient doit continuer de prendre ce médicament sera exigée chaque année pour que ce médicament puisse être admissible. Les nouvelles demandes d'autorisation spéciale ne seront pas acceptées.

**OXYBUTYNINE (pms-OXYBUTYNIN)
Comprimé de 2,5 mg**

Depuis le 22 avril 2021, les comprimés de 2,5 mg de pms-Oxybutynin ne sont plus inscrits à titre de médicament régulier. Les patients qui ont obtenu le remboursement d'une demande de règlement pour ce médicament entre le 22 octobre 2020 et le 22 avril 2021 continueront d'être couverts. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas admissibles.

**PLACEBO
Capsule de 100 mg**

Depuis le 29 juin 2023, les capsules de 100 mg de Placebo ne sont plus inscrits à titre de médicament régulier. Les patients qui ont obtenu le remboursement d'une demande de règlement pour ce médicament entre le 29 décembre 2022 et le 28 juin 2023 continueront d'être couverts. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas admissibles.

**PRASUGREL (marque générique)
Comprimé de 10 mg**

Depuis le 28 novembre 2024, les demandes de remboursement pour les comprimés de Jamp Prasugrel de 10 mg ne sont plus admissibles. Les patients qui ont obtenu le remboursement d'une demande de règlement pour ce médicament entre le 29 mai 2024 et le 28 novembre 2024 continueront d'être couverts. Les nouvelles demandes d'autorisation spéciale ne seront pas acceptées.

**ROSIGLITAZONE (AVANDIA et marque générique)
Comprimés de 2 mg, 4 mg et de 8 mg**

Depuis le 2 avril 2012, les demandes de remboursement pour la rosiglitazone (Avandia) ne sont plus admissibles. Les patients qui bénéficient d'une couverture pour Avandia obtenue avant cette date continueront d'être couverts.

**SULFATE DE QUININE (marques génériques)
Capsules de 200 mg et de 300 mg
Comprimés de 300 mg**

Depuis le 1^{er} septembre 2017, la quinine n'est plus inscrite à titre de service assuré habituel. Dans le cas des patients qui ont reçu une prestation pour la quinine entre le 1^{er} septembre 2016 et le 31 août 2017, ce médicament continuera d'être couvert jusqu'au 1^{er} mars 2018. Après cette date, une demande d'autorisation spéciale décrivant les raisons qui justifient la poursuite du traitement sera requise pour que la couverture soit envisagée. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas admissibles dans le cas des nouveaux patients ou des patients qui n'ont pas reçu de prestation pour la quinine entre le 1^{er} septembre 2016 et le 31 août 2017.