

Bulletin no 991

Le 31 janvier 2019

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Des mises à jour relatives aux médicaments sont incluses dans ce bulletin :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 31 janvier 2019, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
 - À compter du 21 février 2019, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 février 2019, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Changements de prix des médicaments
 - Les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 31 janvier 2019 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 février 2019. Avant le 21 février 2019, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
- Produits retirés du formulaire
 - Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit, verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 21 février 2019.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: www.qnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp. Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Ambrisentan							
Co.	Orl	5 mg	Volibris	2307065	GSK	(SA)	125.0927
			Apo-Ambrisentan	2475375	APX		106.3288
		10 mg	Volibris	2307073	GSK	(SA)	125.0927
			Apo-Ambrisentan	2475383	APX		106.3288
Céphalexine							
Co.	Orl	250 mg	Apo-Cephalex	768723	APX	ABDEFGVW	0.0866
		500 mg	Apo-Cephalex	768715	APX	ABDEFGVW	0.1731
Furosémide							
Co.	Orl	20 mg	Apo-Furosemide	396788	APX	ADEFGVW	0.0218
		40 mg	Apo-Furosemide	362166	APX	ADEFGVW	0.0327
Hydrochlorothiazide							
Co.	Orl	12,5 mg	Mint-Hydrochlorothiazide	2425947	MNT	ADEFGV	0.0322
		25 mg	Mint-Hydrochlorothiazide	2426196	MNT	ADEFGV	0.0157
Moxifloxacine							
Co.	Orl	400 mg	M-Moxifloxacine	2472791	MRA	VW (SA)	1.5230
Pantoprazole Sodique							
Co.Ent	Orl	40 mg	M-Pantoprazole	2467372	MRA	ADEFGV	0.2016
Travoprost / Timolol							
Liq	Oph	0,004% / 0,5%	Duo Trav PQ	2278251	NVR	ADEFGV	11.7900
			Apo-Travoprost-Timop	2415305	APX		8.8425

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Furosémide							
Co.	Orl	20 mg	Mint-Furosemide	2466759	MNT	ADEFGVW	0.0218
			Teva-Furosemide	337730	TEV		
Trifluridine							
Liq	Oph	1%	Viroptic	687456	VLN	ADEFGV	3.3851
Vancomycine							
Caps	Orl	125 mg	Jamp-Vancomycin	2407744	JPC	ADEFGVW	5.1800
Voriconazole							
Co.	Orl	50 mg	Sandoz Voriconazole	2399245	SDZ	(SA)	3.1958
			Teva-Voriconazole	2396866	TEV		
		200 mg	Sandoz Voriconazole	2399253	SDZ	(SA)	12.7777
			Teva-Voriconazole	2396874	TEV		

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
Vancomycine						
Caps	Orl	125 mg	Vancomycin Hydrochloride	2377470	FKB	ADEFGVW
Voriconazole						
Co.	Orl	50 mg	Apo-Voriconazole	2409674	APX	(SA)
		200 mg	Apo-Voriconazole	2409682	APX	(SA)

Bulletin n° 992

Le 7 février 2019

Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 7 février 2019.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Médicaments évalués et non-inscrits

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp. Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdrugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Brivaracétam (Brivlera ^{MC})	comprimés de 10 mg	02452936	UCB	(SA)	PCF
	comprimés de 25 mg	02452944			
	comprimés de 50 mg	02452952			
	comprimés de 75 mg	02452960			
	comprimés de 100 mg	02452979			

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.

Notes pour les réclamations :

- Le patient doit être sous les soins d'un médecin ayant l'expérience du traitement de l'épilepsie.
- Toute combinaison de lacosamide, de pérampanel, d'eslicarbazépine, de lévétiracétam ou de brivaracétam ne sera pas remboursée.

Infliximab (Renflexis ^{MC})	Fiole de 100 mg	02470373	FRS	(SA)	PCF
---------------------------------------	-----------------	----------	-----	------	-----

Spondylarthrite ankylosante

- Indiqués pour le traitement des patients atteints de spondylarthrite ankylosante d'intensité modérée à grave (p.ex. score de ≥ 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 trois mois ou chez qui les traitements par AINS sont contreindiqués; 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 trois mois, et qui ont réagi inadéquatement à la dose optimale ou à la dose de tolérance maximale d'un ARMM.
- Les demandes de renouvellement doivent comprendre les renseignements présentant les bienfaits du traitement, plus précisément :
 - une diminution d'au moins deux points sur l'échelle BASDAI, comparativement au score obtenu avant le traitement; ou
 - l'opinion du patient et du spécialiste concernant la 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 réclamations :

- Doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture de l'infliximab seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- Approbation initiale : 6 mois
- Approbation de renouvellement : 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](#).

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 réclamations :

- Doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin avec une spécialité en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Les nouvelles demandes de couverture pour l'infliximab seront approuvées pour les versions biosimilaires seulement.
- Approbation initiale : 12 semaines.
- Approbation de renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue 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

- Les demandes seront prise en considération pour le traitement des patients atteints d'une forme grave et débilitante de psoriasis en plaques chronique qui répondent à tous les critères suivants :
 - plus de 10 % de la surface corporelle atteinte, ou psoriasis couvrant une partie importante du visage, des mains, des pieds ou des organes génitaux;
 - absence de réponse, contre-indications ou intolérance à la méthotrexate et à la cyclosporine;
 - absence de réponse ou intolérance à la photothérapie, ou inaccessibilité du traitement.
- Les demandes de renouvellement doivent comprendre des renseignements démontrant la réponse adéquate du patient, laquelle se définit comme suit :
 - une réduction de ≥ 75 % de l'indice d'étendue et de gravité du psoriasis (PASI pour Psoriasis Areas Severity Index) par rapport au début du traitement (PASI 75); ou
 - une réduction de ≥ 50 % de l'indice PASI (PASI 50) avec une amélioration d'au moins 5 points de l'indice dermatologique de qualité de vie (DLQI pour Dermatology Life Quality Index) par rapport au début du traitement; ou
 - une réduction quantitative de la surface corporelle touchée en prenant en compte l'aspect qualitatif de zones précises comme le visage, les mains, les pieds ou les organes génitaux.

Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Les nouvelles demandes de couverture pour l'infliximab seront approuvées pour les

- versions biosimilaires seulement.
- Approbation initiale : 12 semaines.
- Approbation de renouvellement : 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](#).

Polyarthrite 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 ≥ 20 mg par semaine (≥ 15 mg si le patient est âgé de ≥ 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 réclamations :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Les nouvelles demandes de couverture pour l'infliximab seront approuvées pour les versions biosimilaires seulement.
- Approbation initiale : 16 semaines.
- Approbation de renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue 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 sévèrement active, en association avec du méthotrexate ou d'autres antirhumatismes modificateurs de la maladie (ARMM), chez les patients adultes qui sont réfractaires ou intolérants au :
 - méthotrexate (par voie orale ou parentérale), pris seul ou en combinaison avec d'autres ARMM, à une dose de ≥ 20 mg par semaine (≥ 15 mg si le patient est âgé de ≥ 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 d'une thérapie biologique 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 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 réclamations :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Les nouvelles demandes de couverture pour l'infliximab seront approuvées pour les versions biosimilaires seulement.
- Période d'approbation initiale : 6 mois
- Période de renouvellement : 1an. Confirmation de la réponse continue 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 active d'intensité modérée à grave dont le score Mayo partiel est > 4 , et le sous-score de saignement rectal est ≥ 2 , et qui sont :
 - réfractaires ou intolérants au traitement traditionnel (c.-à-d., aminosalicylates pour un minimum de quatre semaines et prednisone ≥ 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).
- Les demandes de renouvellement doivent comprendre les renseignements présentant les effets bénéfiques du traitement, plus précisément :
 - une diminution du score Mayo partiel de ≥ 2 depuis l'évaluation initiale; et
 - une diminution du sous-score de saignement rectal de ≥ 1 .

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 > 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 réclamations :

- Doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin avec une spécialité en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Les nouvelles demandes de couverture pour l'infliximab seront approuvées pour les versions biosimilaires seulement.
- Approbation initiale : 12 semaines.
- Approbation de renouvellement : 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](#).

Itraconazole (Sporanox^{MD})

Solution orale à 10 mg/mL 02231347 JAN (SA) PCF

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.

Nusinersen (Spinraza^{MC})

Injection intra-thécale à 2,4 mg/mL 02465663 BIG (SA) PCF

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.
- Dépistage génétique de deux copies du gène SMN2 codant pour la protéine de survie des motoneurones (SMN).
- Durée de la maladie inférieure à 26 semaines avec apparition des signes cliniques et des symptômes caractéristiques de l'amyotrophie spinale après la première semaine de vie ou avant l'âge de 7 mois.
- La ventilation permanente par un moyen effractif n'est pas encore nécessaire.

Critères d'arrêt du traitement :

Avant la cinquième dose ou avant chaque dose subséquente :

- il n'y a pas de maintien des habiletés motrices selon la partie 2 de la méthode d'évaluation Hammersmith Infant Neurological Examination (HINE); ou
- il n'y a pas d'amélioration des habiletés motrices selon la partie 2 de la méthode d'évaluation Hammersmith Infant Neurological Examination (HINE); ou
- la ventilation permanente par un moyen effractif est nécessaire.

Note clinique :

- 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 réclamations :

- Le patient doit être sous les soins d'un médecin ayant l'expérience du traitement de l'amyotrophie spinale.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.

- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Vélaglucérase alfa
(VPRIV^{MD})

400 unités par fiole 02357119 SHI (SA) PCF

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 les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick au 1-800-332-3691 pour les critères.

Notes pour les réclamations :

- Une dose maximale de 60 unités/kg sera approuvée toutes les deux semaines.
- Approbation initiale : 6 mois.
- Approbation de renouvellement : 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](#).

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Critère révisé					
Plérixafor (Mozobil ^{MD})	Solution pour injection de 24 mg/1,2 mL	02377225	SAV	(SA)	PCF
<p>À utiliser avec le filgrastim pour mobiliser les cellules souches hématopoïétiques qui sont ensuite transplantées de façon autologue chez les patients qui répondent à l'un des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un nombre de cellules PBCD34+ de moins de 10 cellules par µL, après quatre jours de traitement par le filgrastim; ou • Moins de 50 % de la culture de CD34+ ciblée est atteinte le premier jour d'aphérèse (après avoir été mobilisée par le filgrastim seul ou à la suite d'une chimiothérapie); ou • Un essai précédent de mobilisation des cellules souches à l'aide du filgrastim seul ou à la suite d'une chimiothérapie a échoué. 					
<u>Note pour les réclamations :</u>					
<ul style="list-style-type: none"> • 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 oncologiste ou un hématologue. 					

Médicaments évalués et non-inscrits

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Eluxadoline (Viberzi ^{MD})	comprimés de 75 mg comprimés de 100 mg	02460890 02460904	ALL	Le traitement du syndrome du côlon irritable

Bulletin n° 993

Le 27 février 2019

Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 27 février 2019.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Médicaments évalués et non-inscrits

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp. Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdrugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Empagliflozine/Metformine (Synjardy ^{MC})	comprimés de 5 mg / 500 mg	02456575	BOE	(SA)	PCF
	comprimés de 5 mg / 850 mg	02456583			
	comprimés de 5 mg / 1000 mg	02456591			
	comprimés de 12,5 mg / 500 mg	02456605			
	comprimés de 12,5 mg / 850 mg	02456613			
	comprimés de 12,5 mg / 1000 mg	02456621			

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.

Osimertinib (Tagrisso ^{MD})	comprimés de 40 mg	02456214	AZE	(SA)	PCF
	comprimés de 80 mg	02456222			

Pour le traitement 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 de la mutation T790M du gène du récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR) ayant progressé pendant le traitement par un inhibiteur de la tyrosine kinase (ITK) de l'EGFR.

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement.

Notes cliniques :

1. Le traitement doit être arrêté en cas de progression cliniquement significative de la maladie ou d'effets toxiques inacceptables.
2. Chez les patients atteints d'un CPNPC porteur de la mutation génétique T790M de novo, le traitement antérieur par un ITK n'est pas requis.

Notes pour les réclamations :

- Période d'approbation initiale : 1 an.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Critère révisé– Inhibiteurs de la dipeptidyl peptidase (DPP-4)					
Linagliptine (Trajenta ^{MD})	comprimés de 5 mg	02370921	BOE	(SA)	PCF
Saxagliptine (Onglyza ^{MD})	comprimés de 2,5 mg	02375842	AZE	(SA)	PCF
	comprimés de 5 mg	02333554			

Sitagliptine (Januvia ^{MD})	comprimés de 25 mg	02388839			
	comprimés de 50 mg	02388847	FRS	(SA)	PCF
	comprimés de 100 mg	02303922			

Pour le traitement du diabète de type 2, comme troisième médicament 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.

Nouvelle indication et critère révisé

Empagliflozine (Jardiance ^{MD})	comprimés de 10 mg	02443937	BOE	(SA)	PCF
	comprimés de 25 mg	02443945			

1. Pour le traitement du diabète de type 2, en association avec la metformine et une sulfonylurée, chez les patients :
 - qui ne parviennent pas à maîtriser adéquatement leur glycémie avec la metformine et une sulfonylurée; ou
 - qui présentent une contre-indication ou une intolérance à la metformine et/ou à une sulfonylurée; et
 - l'insuline n'est pas une option.
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. L'intolérance se définit par la manifestation de graves réactions indésirables aux traitements. La nature des intolérances doit être clairement documentée.
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.

Critère réviséFidaxomicine (Dificid^{MD})

Comprimé pelliculé de 200 mg 02387174 FRS (SA) PCF

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.

Critères 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 réclamations :

- 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.

Nouvelle indicationIxékizumab (Taltz^{MD})

80 mg/mL auto-injecteur prérempli	02455102	LIL	(SA)	PCF
80 mg/mL seringue préremplie	02455110			

Polyarthrite 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 ≥ 20 mg par semaine (≥ 15 mg si le patient est âgé de ≥ 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 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 réclamations :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique 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.
- Approbation initiale : 6 mois.
- Approbation de renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

Médicaments évalués et non-inscrits

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Dexaméthasone (Ozurdex ^{MD})	Implant intravitréen à 0,7 mg	02363445	ALL	le traitement des patients adultes atteints d'œdème maculaire diabétique (OMD) qui sont pseudophaques.
Ozénoxacine (Ozanex ^{MC})	crème 1%	02463504	CIP	Pour le traitement de l'impétigo chez les patients de deux mois et plus.

Bulletin n° 994

Le 28 février 2019

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Des mises à jour relatives aux médicaments sont incluses dans ce bulletin :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 28 février 2019, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
- Changements de prix des médicaments
 - Diminutions de prix : les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 28 février 2019 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 mars 2019. Avant le 21 mars 2019, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
 - Augmentations de prix : les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 28 février 2019 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 28 février 2019.
- Produits retirés du formulaire
 - Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit ou qui n'ont pas confirmé les prix auprès de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick à compter du 31 mars 2019.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne : www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp. Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Aténolol Co.	Orl	50 mg	Teva-Atenolol	2171791	TEV	ADEFGV	0.1107
		100 mg	Teva-Atenolol	2171805	TEV	ADEFGV	0.1821
Fluoxétine Caps	Orl	10 mg	Sandoz Fluoxetine	2479486	SDZ	ADEFGV	0.3404
		20 mg	Sandoz Fluoxetine	2479494	SDZ	ADEFGV	0.3311
Imiquimod Cr.	Top	5%	Taro-Imiquimod	2482983	TAR	(SA)	43.4350
Morphine Co.L.L.	Orl	100 mg	Sandoz Morphine SR	2478889	SDZ	ADEFGVW	1.5395
		200 mg	Sandoz Morphine SR	2478897	SDZ	ADEFGVW	2.7718
Simvastatine Co.	Orl	5 mg	pharma-Simvastatin	2469979	PMS	ADEFGV	0.1023
		80 mg	pharma-Simvastatin	2470012	PMS	ADEFGV	0.2501

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Amoxicillin / Clavulanate Co.	Orl	500 mg / 125 mg	Apo-Amoxi Clav	1916858	APX	ABDEFGVW	1.1333
Cimetidine Co.	Orl	300 mg	Apo-Cimetidine	487872	APX	ADEFGV	0.3423
Dexaméthasone Co.	Orl	0.5 mg	Apo-Dexaméthasone	2261081	APX	ADEFGVW	0.1564
			pms-Dexaméthasone	1964976	PMS		
Morphine Co.L.L.	Orl	100 mg	Teva- Morphine SR	2302799	TEV	ADEFGVW	1.5395
		200 mg	Teva- Morphine SR	2302802	TEV	ADEFGVW	2.7718
Theophylline Co.L.L.	Orl	100 mg	Apo-Theo LA	692689	APX	ADEFGV	0.1624
		200 mg	Apo-Theo LA	692697	APX	ADEFGV	0.1805
		300 mg	Apo-Theo LA	692700	APX	ADEFGV	0.2186

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
Alendronate						
Co.	Orl	70 mg	Mylan-Alendronate	2286335	MYL	ADEFGV
Amiodarone						
Co.	Orl	200 mg	Mylan-Amiodarone	2240604	MYL	ADEFGV
Amlodipine						
Co.	Orl	5 mg	pms-Amlodipine	2284065	PMS	ADEFGV
			Van-Amlodipine	2426986	VAN	
		10 mg	pms-Amlodipine	2284073	PMS	ADEFGV
			Van-Amlodipine	2426994	VAN	
Anastrozole						
Co.	Orl	1 mg	Med-Anastrozole	2379104	GMP	ADEFV
Aténolol						
Co.	Orl	25 mg	Mylan-Atenolol	2303647	MYL	ADEFGV
		50 mg	Mylan-Atenolol	2146894	MYL	ADEFGV
		100 mg	Mylan-Atenolol	2147432	MYL	ADEFGV
Atorvastatine						
Co.	Orl	10 mg	ratio-Atorvastatin	2350297	TEV	ADEFGV
		20 mg	ratio-Atorvastatin	2350319	TEV	ADEFGV
		40 mg	ratio-Atorvastatin	2350327	TEV	ADEFGV
Candésartan						
Co.	Orl	8 mg	Act Candésartan	2376539	TEV	ADEFGV
		16 mg	Act Candésartan	2376547	TEV	ADEFGV
Célécoxib						
Caps	Orl	100 mg	Mylan-Celecoxib	2423278	MYL	ADEFGV
		200 mg	Mylan-Celecoxib	2399881	MYL	ADEFGV
Ciprofloxacine						
Co.	Orl	250 mg	Mylan-Ciprofloxacine	2245647	MYL	BW (SA)
		500 mg	Mylan-Ciprofloxacine	2245648	MYL	BW (SA)
		750 mg	Auro-Ciprofloxacine	2381931	ARO	BW (SA)
Clonazépam						
Co.	Orl	0,5 mg	Teva-Clonazépam	2239024	TEV	ADEFGV
		2 mg	Mylan-Clonazépam	2230951	MYL	ADEFGV
			Teva-Clonazépam	2239025	TEV	
Cyclobenzaprine						
Co.	Orl	10 mg	Mylan-Cyclobenzaprine	2231353	MYL	ADEFGV

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
Donépézil						
Co.	Orl	5 mg	Mylan-Donpezil	2359472	MYL	(SA)
Finastéride						
Co.	Orl	5 mg	Act Finasteride	2354462	TEV	ADEFGV
Fluoxétine						
Caps	Orl	20 mg	Act Fluoxetine Mylan-Fluoxetine	2242178 2237814	TEV MYL	ADEFGV
Gabapentine						
Caps	Orl	100 mg	Act Gabapentin	2256142	TEV	ADEFGVW
Imiquimod						
Cr.	Top	5%	Apo-Imiquimod	2407825	APX	(SA)
Irbésartan / Hydrochlorothiazide						
Co.	Orl	150 mg / 12,5 mg	Act Irbesartan/HCT	2357399	TEV	ADEFGV
		300 mg / 12,5 mg	Apo-Irbesartan/HCTZ	2387654	APX	ADEFGV
		300 mg / 25 mg	Apo-Irbesartan/HCTZ	2387662	APX	ADEFGV
Metformine						
Co.	Orl	500 mg	Mylan-Metformin	2148765	MYL	ADEFGV
		850 mg	Mylan-Metformin	2229656	MYL	ADEFGV
Minocycline						
Caps	Orl	50 mg	Minocycline pms-Minocycline	2287226 2294419	SAS PMS	ABDEFGVW
		100 mg	Minocycline	2287234	SAS	ABDEFGVW
Montélukast						
Co.C	Orl	4 mg	Auro-Montelukast Chewable	2422867	ARO	(SA)
		5 mg	Auro-Montelukast Chewable	2422875	ARO	(SA)
Mycophénolate						
Caps	Orl	250 mg	Van-Mycophenolate	2433680	VAN	ADEFGRV
Co.	Orl	500 mg	Van-Mycophenolate	2432625	VAN	ADEFGRV
Oméprazole						
Co.L.L.	Orl	20 mg	Van-Omeprazole	2432404	VAN	ABDEFGV
Pantoprazole						
Co.Ent.	Orl	20 mg	Ran-Pantoprazole	2305038	RAN	ADEFGV
		40 mg	Mylan-Pantoprazole	2299585	MYL	ADEFGV
Paroxétine						
Co.	Orl	10 mg	pms-Paroxetine	2247750	PMS	ADEFGV
		20 mg	Mylan-Paroxetine	2248013	MYL	ADEFGV

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
Paroxétine Co.	Orl	30 mg	Mylan-Paroxetine	2248014	MYL	ADEFGV
Pramipexole Co.	Orl	0,25 mg	Pramipexole	2367602	SAS	ADEFV
		0,5 mg	Pramipexole	2367610	SAS	ADEFV
		1 mg	Pramipexole	2367629	SAS	ADEFV
Prégabaline Caps	Orl	25 mg	Act Pregabalin	2402912	TEV	ADEFGVW
		50 mg	Act Pregabalin	2402920	TEV	ADEFGVW
		75 mg	Act Pregabalin	2402939	TEV	ADEFGVW
		150 mg	Act Pregabalin	2402955	TEV	ADEFGVW
		300 mg	Act Pregabalin Mylan-Pregabalin	2402998 2382253	TEV MYL	ADEFGVW
Quétiapine Co.	Orl	25 mg	Teva-Quetiapine	2284235	TEV	ADEFGVW
		100 mg	Teva-Quetiapine	2284243	TEV	ADEFGVW
		200 mg	Teva-Quetiapine	2284278	TEV	ADEFGVW
		300 mg	Teva-Quetiapine	2284286	TEV	ADEFGVW
Ramipril Caps	Orl	1,25 mg	Act Ramipril	2295482	TEV	ADEFGV
		5 mg	Act Ramipril	2295504	TEV	ADEFGV
Risperidone Co.	Orl	0,25 mg	Act Risperidone	2282585	TEV	ADEFGV
		1 mg	Act Risperidone	2282607	TEV	ADEFGV
Rosuvastatine Co.	Orl	5 mg	Mylan-Rosuvastatin	2381265	MYL	ADEFGV
		10 mg	Mylan-Rosuvastatin	2381273	MYL	ADEFGV
			Act Rosuvastatin	2339773	TEV	
		20 mg	Mylan-Rosuvastatin	2381281	MYL	ADEFGV
Act Rosuvastatin	2339781		TEV			
40 mg	Mylan-Rosuvastatin	2381303	MYL	ADEFGV		
	Act Rosuvastatin	2339803	TEV			
Sertraline Caps	Orl	100 mg	Ran-Sertraline	2374579	RAN	ADEFGV

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
Simvastatine						
Co.	Orl	5 mg	pms-Simvastatin	2269252	PMS	ADEFGV
		20 mg	pms-Simvastatin	2269279	PMS	ADEFGV
		40 mg	pms-Simvastatin	2269287	PMS	ADEFGV
		80 mg	pms-Simvastatin	2269295	PMS	ADEFGV
Telmisartan						
Co.	Orl	40 mg	Apo-Telmisartan Mylan-Telmisartan	2420082 2376717	APX MYL	ADEFGV
		80 mg	Mylan-Telmisartan	2376725	MYL	ADEFGV
Telmisartan / Hydrochlorothiazide						
Co.	Orl	80 mg / 25 mg	Apo-Telmisartan/HCTZ	2420031	APX	ADEFGV
Valacyclovir						
Co.	Orl	500 mg	Co Valacyclovir	2331748	TEV	ADEFGV
Valsartan						
Co.	Orl	40 mg	Act Valsartan Apo-Valsartan	2337487 2371510	TEV APX	ADEFGV
		80 mg	Act Valsartan Mylan-Valsartan	2337495 2383535	TEV MYL	ADEFGV
		160 mg	Act Valsartan	2337509	TEV	ADEFGV
		320 mg	Act Valsartan	2337517	TEV	ADEFGV
Valsartan / Hydrochlorothiazide						
Co.	Orl	80 mg / 12,5 mg	Apo-Valsartan/HCTZ	2382547	APX	ADEFGV
		160 mg / 12,5mg	Apo-Valsartan/HCTZ	2382555	APX	ADEFGV
		160 mg / 25 mg	Apo-Valsartan/HCTZ	2382563	APX	ADEFGV
		320 mg / 12,5 mg	Apo-Valsartan/HCTZ	2382571	APX	ADEFGV
		320 mg / 25 mg	Apo-Valsartan/HCTZ	2382598	APX	ADEFGV
Venlafaxine						
SRC	Orl	75 mg	Act Venlafaxine XR	2304325	TEV	ADEFGV
Zopiclone						
Co.	Orl	5 mg	Act- Zopiclone Mylan-Zopiclone	2271931 2296616	TEV MYL	ADEFVW
		7.5 mg	Act- Zopiclone Mylan-Zopiclone	2271958 2238596	TEV MYL	ADEFVW

Bulletin n° 995

27 mars 2019

Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 27 mars 2019.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Médicaments évalués et non-inscrits

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp. Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdrugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Lévofloxacine (Quinsair ^{MD})	Solution pour inhalation de 240 mg / 2,4 mL	02442302	HRZ	(SA)	PCF
<p>Pour le traitement des infections pulmonaires chroniques causées par la bactérie <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, 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.</p> <p><u>Note clinique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Le traitement cyclique est calculé par cycles de 28 jours et il compte 28 jours de traitement suivis de 28 jours sans traitement. <p><u>Notes pour les réclamations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 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 ADEFGV. 					
Taliglucérase alfa (Eleyso ^{MD})	Poudre pour injection de 200 unités par fiole	02425637	PFI	(SA)	PCF
<p>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.</p> <p><u>Notes cliniques :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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 alfa seulement. 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. <p><u>Notes pour les réclamations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 60 unités/kg toutes les deux semaines. Approbation initiale : 6 mois. Approbation de 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](#).

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Critère révisé - Antirhumatismeurs modificateurs de la maladie biologique (ARMM) pour psoriasis en plaques					
Adalimumab (Humira ^{MD})	Stylo et seringues préremplies de 40 mg / 0,8 mL	02258595	ABV	(SA)	PCF
Étanercept (Enbrel ^{MD})	Fiole de 25 mg/mL	02242903	AGA	(SA)	PCF
	Seringues préremplies et auto-injecteur de 50 mg/mL	02274728			
Infliximab (Inflectra ^{MD})	Fiole de 100 mg	02419475	PFI	(SA)	PCF
Infliximab (Remicade ^{MD})	Fiole de 100 mg	02244016	JAN	(SA)	PCF
Infliximab (Renflexis ^{MC})	Fiole de 100 mg	02470373	FRS	(SA)	PCF
Ixékizumab (Taltz ^{MC})	Auto-injecteur de 80 mg/mL	02455102	LIL	(SA)	PCF
	Seringues préremplies de 80 mg/mL	02455110			
Sécukinumab (Cosentyx ^{MD})	Seringues préremplies et Stylo SensoReady de 45 mg / 0.5 mL	02438070	NVR	(SA)	PCF
Ustekinumab (Stelara ^{MD})	Seringues préremplies de 45 mg / 0,5 mL	02320673	JAN	(SA)	PCF
	Seringues préremplies de 90 mg/mL	02320681			

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) > 10 et score DLQI (Dermatology Life Quality Index) > 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 l'un des traitements suivants :
 - Méthotrexate (par voie orale ou parentérale), à une dose de ≥ 20 mg par semaine (≥ 15 mg si le patient est âgé de ≥ 65 ans) pendant au moins 12 semaines;
 - Cyclosporine pendant au moins 6 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 réclamations :

- Doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture d'infliximab seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- Doses maximales approuvées selon les critères existants du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines pour sécukinumab et ixékizumab, 16 semaines pour les autres.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

Critère révisé

Linagliptine / Metformine
(Jentadueto^{MD})

Comprimés de 2,5 mg / 500 mg	02403250			
Comprimés de 2,5 mg / 850 mg	02403269	BOE	(SA)	PCF
Comprimés de 2,5 mg / 1000 mg	02403277			

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.

Critère révisé

Saxagliptine / Metformine
(Komboglyze^{MD})

Comprimés de 2,5 mg / 500 mg	02389169			
Comprimés de 2,5 mg / 850 mg	02389177	AZE	(SA)	PCF
Comprimés de 2,5 mg / 1000 mg	02389185			

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.

Critère révisé

Sitagliptine et Metformine
(Janumet^{MD})

Comprimés de 50 mg / 500 mg	02333856			
Comprimés de 50 mg / 850 mg	02333864	FRS	(SA)	PCF
Comprimés de 50 mg / 1000 mg	02333872			

Sitagliptine et Metformine
(Janumet XR^{MD})

Comprimés à libération prolongée de 50 mg / 1000 mg	02416794	FRS	(SA)	PCF
---	----------	-----	------	-----

Pour le traitement du diabète de type 2 chez les patients dont l'état est déjà stable grâce à un traitement par la sitagliptine et la metformine, pour remplacer la sitagliptine et la metformine prises individuellement.

Médicaments évalués et non-inscrits

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Tapentadol (Nucynta ^{MD} ER)	Comprimés à libération prolongée de 50 mg	02415577	PAL	Pour la prise en charge de la douleur suffisamment intense pour nécessiter un traitement opioïde quotidien, continu et à long terme.
	Comprimés à libération prolongée de 100 mg	02415585		
	Comprimés à libération prolongée de 150 mg	02415593		
	Comprimés à libération prolongée de 200 mg	02415607		
	Comprimés à libération prolongée de 250 mg	02415615		

Bulletin n° 996

Le 28 mars 2019

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Des mises à jour relatives aux médicaments sont incluses dans ce bulletin :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 28 mars 2019, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
- Changements de prix des médicaments
 - Diminutions de prix : les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 28 mars 2019 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 18 avril 2019. Avant le 18 avril 2019, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
- Produits retirés du formulaire
 - Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit, verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 18 avril 2019.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne : www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp. Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdrugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Amoxicilline Caps	Orl	250 mg	Jamp-Amoxicillin	2433060	JPC	ABDEFGVW	0.0672
		500 mg	Jamp-Amoxicillin	2433079	JPC	ABDEFGVW	0.1308
Bisoprolol Co.	Orl	5 mg	Mint-Bisoprolol	2465612	MNT	ADEFGV	0.0715
		10 mg	Mint-Bisoprolol	2465620	MNT	ADEFGV	0.1044
Fénofibrate Caps	Orl	67 mg	Apo-Feno-Micro	2243180	APX	ADEFGV	0.5479
Perindopril Co.	Orl	2 mg	Perindopril Erbumine	2479877	SIV	ADEFGV	0.1632
		4 mg	Jamp-Perindopril	2477017	JPC	ADEFGV	0.2042
			Mint-Perindopril	2476770	MNT		
			Perindopril Erbumine	2479885	SIV		
		8 mg	Jamp-Perindopril	2477025	JPC	ADEFGV	0.2831
			Mint-Perindopril	2476789	MNT		
Perindopril Erbumine	2479893		SIV				
Quinapril / Hydrochlorothiazide Co.	Orl	10 mg / 12,5 mg	Auro-Quinapril HCTZ	2473291	ARO	ADEFGV	0.4786
		20 mg / 12,5 mg	Auro-Quinapril HCTZ	2473305	ARO	ADEFGV	0.4786
		20 mg / 25 mg	Auro-Quinapril HCTZ	2473321	ARO	ADEFGV	0.4602
Ténofovir Co.	Orl	300 mg	Jamp-Tenofovir	2479087	JPC	(SA)	4.8884

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Amoxicilline Caps	Orl	250 mg	Amoxicillin	2352710	SAS	ABDEFGVW	0.0672
			Amoxicillin	2401495	SIV		
			Apo-Amoxi	628115	APX		
			Auro-Amoxicillin	2388073	ARO		
			Novamoxin	406724	TEV		
		500 mg	Amoxicillin	2352729	SAS	ABDEFGVW	0.1308
			Amoxicillin	2401509	SIV		
			Apo-Amoxi	628123	APX		
			Auro-Amoxicillin	2388081	ARO		
			Novamoxin	406716	TEV		
Benzylamine Liq	Buc	0,15%	pms-Benzylamine	2239537	PMS	ADEFGV	0.0325

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Quinapril / Hydrochlorothiazide							
Co.	Orl	10 mg / 12,5 mg	Apo-Quinapril/HCTZ	2408767	APX	ADEFGV	0.4786
		20 mg / 12,5 mg	Apo-Quinapril/HCTZ	2408775	APX	ADEFGV	0.4786
		20 mg / 25 mg	Apo-Quinapril/HCTZ	2408783	APX	ADEFGV	0.4602

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
Amoxicilline						
Caps	Orl	250 mg	Amoxicillin pms-Amoxicillin	2241826 2230243	NUM PMS	ABDEFGVW
		500 mg	Amoxicillin pms-Amoxicillin	2241827 2230244	NUM PMS	ABDEFGVW
Benzydamine						
Liq	Buc	0,15%	Odan-Benzydamine	2463105	ODN	ADEFGV

Bulletin n° 997

Le 29 avril 2019

Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 29 avril 2019.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Changements au statut de la garantie
- Médicaments évalués et non-inscrits
- Mise à jour : préparations extemporanées

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp. Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdrugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Insuline glargine (Basaglar ^{MC})	stylo KwikPen 100 U/mL	02461528	LIL	ADEFGV	PCF
Ajouté à la liste des autres régimes					
Lamivudine (3TC ^{MD} et marques génériques)	comprimé de 150 mg comprimé de 300 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.		ADEFGUV	PAM
L'autorisation spéciale n'est plus requise					
Montélukast (Singulair ^{MD} et marques génériques)	comprimés à croquer de 4 mg comprimés à croquer de 5 mg comprimé de 10 mg granulés orale de 4 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.		ADEFGV	PAM
Ténofovir disoproxil (Viread ^{MD} et marques génériques)	comprimé de 300 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.		ADEFGUV	PAM

Changements au statut de la garantie

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Retraite de la liste Auranofine (Ridaura ^{MD})	capsules de 3 mg	01916823	XPI		
<p>À compter du 29 avril 2019, l'auranofine (Ridaura) en capsules de 3 mg sera retirée du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick en tant que médicament assuré. Les demandes d'autorisation spéciale ne sont pas admissibles.</p> <p>Il existe des agents plus efficaces et moins coûteux pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde qui font partie des médicaments assurés.</p>					

Médicaments évalués et non-inscrits

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Ustékinumab (Stelara ^{MD})	Seringues préremplies de 45 mg / 0,5 mL	02320673	JAN	Pour le traitement de la maladie de Crohn modérément à sévèrement active chez les patients adultes.
	Seringues préremplies de 90 mg/mL	02320681		

MISE À JOUR : Préparations extemporanées

La politique de remboursement des préparations extemporanées (composés) a été mise à jour afin de clarifier son objectif quant aux médicaments admissibles et à la soumission des demandes de remboursement.

Les changements sont énumérés ci-dessous et la politique complète se trouve dans le [Formulaire des médicaments du Nouveau-Brunswick](#) (Annexe II). Veuillez noter que les composés qui contiennent des médicaments requérant une autorisation spéciale doivent avoir été approuvés avant que la demande de remboursement ne soit soumise.

Changements apportés aux médicaments admissibles à compter du 29 avril 2019

- **Les onguents et pâtes molles à base d'anthraline de faible puissance** (NIP 00902063, 00900907, 00900915 et 00901105) seront retirés de la liste des médicaments assurés. Les composés qui contiennent de l'anthraline pour application topique demeurent admissibles à titre de médicaments réguliers et les demandes de remboursement doivent être soumises en utilisant le NIP 00901113.
- **Le propylène glycol liquide pour utilisation en composé pour application topique** (NIP 00990884) sera retiré de la liste des médicaments assurés. Les demandes de remboursement pour les composés qui contiennent du propylène glycol doivent être soumises avec le DIN/NIP de l'ingrédient actif principal admissible.
- **La poudre de progestérone pour utilisation en composé pour application topique** (NIP 00990876) sera retirée de la liste des médicaments assurés. Pour les patients qui ont eu une demande de remboursement payée entre le 29 octobre 2018 et le 28 avril 2019, 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 acceptées pour les composés de progestérone qui contiennent des ingrédients actifs supplémentaires ou qui ne sont pas destinés à une application topique.

Médicaments non admissibles

- **Les préparations d'hormones bio-identiques réalisées sur mesure** ne sont pas des médicaments admissibles et les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas acceptées.

Les hormones bio-identiques comme l'estradiol, l'estrone, la progestérone, la testostérone et autres sont offertes sur le marché ou peuvent être composées pour différentes doses et pour différentes voies d'administration. Il n'y a pas suffisamment de données probantes indiquant que les préparations composées sont plus sûres et plus efficaces que les produits commerciaux et leur utilisation n'est pas appuyée par la Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada (SOGC).

Bulletin n° 998

Le 30 avril 2019

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Des mises à jour relatives aux médicaments sont incluses dans ce bulletin :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 30 avril 2019, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
 - À compter du 21 mai 2019, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 mai 2019, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Changements de prix des médicaments
 - Diminutions de prix : les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 30 avril 2019 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 mai 2019. Avant le 21 mai 2019, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
- Produits retirés du formulaire
 - Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit, verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 21 mai 2019.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne : www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp. Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdrgs-medicamentsnb.ca.

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Abacavir Co.	Orl	300 mg	Mint-Abacavir	2480956	MNT	DU	3.4828
Acyclovir Ont	Top	5%	Zovirax Apo-Acyclovir	569771 2477130	VLN APX	ADEFGV	14.9170 12.3114
Amoxicilline / Acide Clavulanique Co.	Orl	500 mg / 125 mg	Sandoz Amoxi-Clav	2482576	SDZ	ABDEFGVW	0.7555
		875 mg / 125 mg	Sandoz Amoxi-Clav	2482584	SDZ	ABDEFGVW	0.5551
Candésartan Co.	Orl	16 mg	Auro-Candesartan	2445808	ARO	ADEFGV	0.2281
		32 mg	Auro-Candesartan	2445816	ARO	ADEFGV	0.2281
Dabigatran Etexilate Caps	Orl	110 mg	Pradaxa Apo-Dabigatran	2312441 2468905	BOE APX	(SA)	1.6720 1.2540
		150 mg	Pradaxa Apo-Dabigatran	2358808 2468913	BOE APX	(SA)	1.6720 1.2540
Énalapril Co.	Orl	2,5 mg	Jamp-Enalapril Mar-Enalapril	2474786 2459450	JPC MAR	ADEFGV	0.1863
		5 mg	Jamp-Enalapril Mar-Enalapril	2474794 2459469	JPC MAR	ADEFGV	0.2203
		10 mg	Jamp-Enalapril Mar-Enalapril	2474808 2444771	JPC MAR	ADEFGV	0.2647
		20 mg	Jamp-Enalapril Mar-Enalapril	2474816 2444798	JPC MAR	ADEFGV	0.3195

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Abacavir Co.	Orl	300 mg	Apo-Abacavir	2396769	APX	DU	3.4828
Amoxicilline / Acide Clavulanique Co.	Orl	500 mg / 125 mg	Apo-Amoxi-Clav	2243351	APX	ABDEFGVW	0.7555
Clarithromycine Co.	Orl	500 mg	Apo-Clarithromycin Ran Clarithromycin Sandoz Clarithromycin Teva-Clarithromycin	2274752 2361434 2266547 2248805	APX RAN SDZ TEV	ABDEFGVW	0.8318

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Doxycycline Caps	Orl	100 mg	Apo-Doxy	740713	APX	ABDEFGWW	0.5860
			Doxycycline	2351234	SAS		
			Teva-Doxycycline	725250	TEV		

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
Clarithromycine Co.	Orl	500 mg	Mylan-Clarithromycin	2248857	MYL	ABDEFGWW
			pms-Clarithromycin	2247574	PMS	

Bulletin n° 999

Le 16 mai 2019

Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 16 mai 2019.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Médicaments évalués et non-inscrits
- Changement de champ pour les demandes de remboursement des médicaments sur la liste des Prix catalogue du fabricant (PCF).

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp. Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdrugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Alectinib (Alecensaro ^{MD})	capsules de 150 mg	02458136	HLR	(SA)	PCF
<p>Pour le traitement des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules ALK (<i>anaplastic lymphoma kinase</i>)-positif, localement avancé (pour lequel il n'existe aucun traitement curatif) ou métastatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Critères de renouvellement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confirmation écrite que le patient répond au traitement. <p><u>Note clinique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le traitement doit être arrêté en cas de progression cliniquement significative de la maladie ou d'effets toxiques inacceptables. <p><u>Notes pour les réclamations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 initiale : 1 an. • 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. 					
Brexpiprazole (Rexulti ^{MD})	comprimés de 0,25 mg comprimés de 0,5 mg comprimés de 1 mg comprimés de 2 mg comprimés de 3 mg comprimés de 4 mg	02461749 02461757 02461765 02461773 02461781 02461803	OTS	(SA)	PCF
<p>Pour le traitement de la schizophrénie et des troubles psychotiques apparentés (non liés à la démence) chez les patients adultes ayant une intolérance ou une réponse inadéquate au traitement avec au moins un agent antipsychotique moins coûteux, ou chez qui un agent antipsychotique moins coûteux est contre-indiqués.</p>					
Glécaprévir / Pibrentasvir (Maviret ^{MC})	comprimés de 100 mg / 40 mg	02467550	ABV	(SA)	PCF
<p>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 répondent aux critères suivants :</p>					

Période d'approbation	
Génotypes 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 <ul style="list-style-type: none"> • qui n'ont jamais subi de traitement 	8 semaines (12 semaines avec cirrhose)
Génotypes 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)
Génotype 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
Génotype 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
Génotype 3 <ul style="list-style-type: none"> • Patient ayant reçu un traitement contenant du PR et/ou du SOF 	16 semaines

Les renseignements suivants sont également requis :

- Diagnostic d'hépatite C de génotype 1, 2, 3, 4, 5 et 6 confirmé en laboratoire
- Valeur quantitative d'acide ribonucléique du virus de l'hépatite C détectée au cours des six derniers mois
- Stade de fibrose

Note clinique :

- Les méthodes de mesure du score de fibrose acceptées comprennent : le Fibrotest, la biopsie hépatique, l'élastométrie transitoire (Fibroscan^{MD}), l'analyse des groupes de marqueurs sériques (comme le calcul du ratio TGO -plaquettes ou l'indice Fibrosis-4) subies seules ou en association.

Notes pour les réclamations :

- Le traitement doit être prescrit par un hépatologue, un gastroentérologue ou un infectiologue (ou un autre médecin 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](#).

Médicaments évalués et non-inscrits

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Sulfate de framycétine / Gramicidine / Chlorhydrate de phényléphrine (Soframycin ^{MD} Nasal Spray)	vaporisateur nasal de 12,5 mg / 0,05 mg / 2,5 mg/mL	02224860	ERF	Infections nasales et / ou congestion
Lenvatinib (Lenvima ^{MD})	8 mg/dose 10 mg/dose 14 mg/dose 18 mg/dose	02468220 02450321 02450313 02468239	EIS	En association avec l'évérolimus pour le traitement des patients atteints du cancer du rein à cellules claires métastatique ou avancé à la suite d'un traitement antérieur ciblant le facteur de croissance de l'endothélium vasculaire.

Changement de champ pour les demandes de remboursement des médicaments sur la liste des Prix catalogues du fabricant (PCF)

Actuellement, le coût du médicament et la majoration sont indiqués dans le champ relatif au coût du médicament des demandes de remboursement soumises pour des médicaments sur la liste des Prix catalogue du fabricant (PCF). À compter du 19 juin 2019, le coût du médicament et la majoration doivent être soumis dans des champs séparés, comme dans l'exemple ci-dessous.

Champ	Renseignements requis
Coût du médicament	Jusqu'à concurrence du PCF
Majoration	Jusqu'à concurrence de 8 %

Ce changement est apporté dans le but d'harmoniser nos demandes de remboursement avec la norme sur les demandes de remboursement de produits pharmaceutiques de l'Association des pharmaciens du Canada. Il s'agit également de la méthode de soumission des demandes de remboursement des pharmacies pour les médicaments sur la liste des prix admissibles maximums (PAM).

Les fournisseurs de logiciels de pharmacie ont été avisés de ce changement. Davantage de renseignements sur la soumission de demandes de remboursement se trouvent sur la page Web [Soumissions des demandes de remboursement aux Régimes de médicaments du N.-B.](#)

Bulletin n° 1000

Le 30 mai 2019

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Des mises à jour relatives aux médicaments sont incluses dans ce bulletin :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 30 mai 2019, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
 - À compter du 20 juin 2019, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 20 juin 2019, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Changements de prix des médicaments
 - Diminutions de prix : les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 30 mai 2019 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 20 juin 2019. Avant le 20 juin 2019, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
 - Augmentations de prix : les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 30 mai 2019 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 30 mai 2019.
- Produits retirés du formulaire
 - Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit, verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 20 juin 2019.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne : www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp. Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdrugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Candésartan / Hydrochlorothiazide							
Co.	Orl	16 mg / 12.5 mg	Jamp-Candesartan HCT	2473240	JPC	ADEFGV	0.2156
		32 mg / 12.5 mg	Jamp-Candesartan HCT	2473259	JPC	ADEFGV	0.2156
		32 mg / 25 mg	Jamp-Candesartan HCT	2473267	JPC	ADEFGV	0.3008
Céfixime							
Pds.	Orl	20 mg	Suprax	868965	ODN	ABDEFGVW	0.5198
			Auro-Cefixime	2468689	ARO		0.3899
Clozapine							
Co.	Orl	50 mg	AA-Clozapine	2458748	AAP	ADEFGV	1.3188
		200 mg	AA-Clozapine	2458756	AAP	ADEFGV	5.2892
Diclofénac / Misoprostol							
Co.	Orl	50 mg / 200 mcg	pms-Diclofenac-Misoprostol	2413469	PMS	ADEFGV	0.3027
		75 mg / 200mcg	pms-Diclofenac-Misoprostol	2413477	PMS	ADEFGV	0.4120
Gabapentine							
Caps	Orl	100 mg	Gabapentin	2416840	AHI	ADEFGVW	0.0416
		300 mg	Gabapentin	2416859	AHI	ADEFGVW	0.1012
		400 mg	Gabapentin	2416867	AHI	ADEFGVW	0.1206
Co.	Orl	600 mg	Auro-Gabapentin	2428334	ARO	ADEFGVW	0.1809
		800 mg	Auro-Gabapentin	2428342	ARO	ADEFGVW	0.2412
Pantoprazole sodique							
Co.Ent	Orl	40 mg	pms-Pantoprazole	2307871	PMS	ADEFGV	0.2016
Perindopril							
Co.	Orl	2 mg	Mar-Perindopril	2474824	MAR	ADEFGV	0.1632
			Mint-Perindopril	2476762	MNT		
			Perindopril Erbumine	2481634	SAS		
		4 mg	Mar-Perindopril	2474832	MAR	ADEFGV	0.2042
			Perindopril Erbumine	2481642	SAS		
		8 mg	Mar-Perindopril	2474840	MAR	ADEFGV	0.2831
			Perindopril Erbumine	2481650	SAS		
Sels mixtes d'amphétamine							
Caps.L.P.	Orl	5 mg	Apo-Amphetamine XR	2445492	APX	ADEFG	0.5372
		10 mg	Apo-Amphetamine XR	2445506	APX	ADEFG	0.6105
		15 mg	Apo-Amphetamine XR	2445514	APX	ADEFG	0.6838
		20 mg	Apo-Amphetamine XR	2445522	APX	ADEFG	0.7572

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Sels mixtes d'amphétamine							
Caps.L.P.	Orl	25 mg	Apo-Amphetamine XR	2445530	APX	ADEFG	0.8305
		30 mg	Apo-Amphetamine XR	2445549	APX	ADEFG	0.9038
Sucralfate							
Co.	Orl	1 g	Apo-Sucralfate	2125250	APX	ADEFGV	0.3089

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Felodipine							
Co.L.P.	Orl	2,5 mg	Apo-Felodipine	2452367	APX	ADEFGV	0.3815
Fentanyl							
Pth	Trd	12 mcg	pms-Fentanyl MTX	2341379	PMS		
			Ran-Fentanyl matrix	2330105	RAN	W (SA)	2.2280
			Sandoz Fentanyl MTX	2327112	SDZ		
			Teva-Fentanyl	2311925	TEV		
		25 mcg	pms-Fentanyl MTX	2341387	PMS		
			Ran-Fentanyl matrix	2330113	RAN	W (SA)	3.6560
			Sandoz Fentanyl MTX	2327120	SDZ		
			Teva-Fentanyl	2282941	TEV		
		50 mcg	pms-Fentanyl MTX	2341395	PMS		
			Ran-Fentanyl matrix	2330121	RAN	W (SA)	6.8820
			Sandoz Fentanyl MTX	2327147	SDZ		
			Teva-Fentanyl	2282968	TEV		
		75 mcg	pms-Fentanyl MTX	2341409	PMS		
			Ran-Fentanyl matrix	2330148	RAN	W (SA)	9.6800
			Sandoz Fentanyl MTX	2327155	SDZ		
			Teva-Fentanyl	2282976	TEV		
		100 mcg	pms-Fentanyl MTX	2341417	PMS		
			Ran-Fentanyl matrix	2330156	RAN	W (SA)	12.0500
			Sandoz Fentanyl MTX	2327163	SDZ		
			Teva-Fentanyl	2282984	TEV		
Ferrous Fumarate							
Caps	Orl	300 mg	Euro-Fer	2237556	SDZ	AEFGV	0.1050
			Jamp-Fer	80024232	JPC		
Fluphénazine							
Co.	Orl	1 mg	Fluphenazine	405345	AAP	ADEFGV	0.1739
		2 mg	Fluphenazine	410632	AAP	ADEFGV	0.2252
		5 mg	Fluphenazine	405361	AAP	ADEFGV	0.1720

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Moclobémide							
Co.	Orl	100 mg	Moclobemide	2232148	AAP	ADEFGV	0.3400
		300 mg	Moclobemide	2240456	AAP	ADEFGV	1.0399
Sucralfate							
Co.	Orl	1 g	Teva-Sucralfate	2045702	TEV	ADEFGV	0.3089

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
Fentanyl						
Pth	Trd	12 mcg	Mylan-Fentanyl matrix	2396696	MYL	W (SA)
		25 mcg	Mylan-Fentanyl matrix	2396718	MYL	W (SA)
		50 mcg	Mylan-Fentanyl matrix	2396726	MYL	W (SA)
		75 mcg	Mylan-Fentanyl matrix	2396734	MYL	W (SA)
		100 mcg	Mylan-Fentanyl matrix	2396742	MYL	W (SA)

Bulletin n° 1001

Le 6 juin 2019

Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 6 juin 2019.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp. Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdrugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Mycafungine sodique (Micamine ^{MD})	fiOLE de 50 mg fiOLE de 100 mg	02294222 02311054	ASL	ADEFGVW	PCF

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Canakinumab (Ilaris ^{MD})	poudre pour solution pour injection de 150 mg/mL solution pour injection de 150 mg/mL	02344939 02460351	NVR	(SA)	PCF

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 réclamations :

- 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 ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité de 4 mg/kg pour les patients > 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](#).

Migalastat (Galafold ^{MD})	capsules de 123 mg	02468042	AMT	(SA)	PCF
--------------------------------------	--------------------	----------	-----	------	-----

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 :

- Le patient doit être admissible à recevoir un traitement spécifique de la maladie de Fabry, selon l'évaluation effectuée dans le cadre de 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 réclamations :

- 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 initiale : 1 an.
- Période d'approbation du 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](#).

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Nouvelle indication					
Étanercept (Erelzi ^{MC})	seringues préremplies de 25 mg / 0,5 mL	02462877			
	seringues préremplies de 50 mg/mL	02462869	SDZ	(SA)	PCF
	auto-injecteur préremplies de 50 mg/mL	02462850			

Polyarthrite 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 ≥ 20 mg par semaine (≥ 15 mg si le patient est âgé de ≥ 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 réclamations :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM 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.
 - Les approbations seront pour un maximum de 50 mg une fois par semaine.
 - Période d'approbation initiale : 16 semaines.
 - Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.
-

Bulletin n° 1002

Le 24 juin 2019

Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 24 juin 2019.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Médicaments évalués et non-inscrits

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp. Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdrugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Brodalumab (Siliq ^{MC})	seringue préremplie, 210 mg / 1,5 mL	02473623	BSL	(SA)	PCF

Pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à grave chez les patients qui répondent à tous les critères suivants :

- Score PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*) > 10 et score DLQI (*Dermatology Life Quality Index*) > 10, ou atteinte majeure des zones visibles, du cuir chevelu, des organes génitaux ou des ongles
- Refractaire ou intolérance à la photothérapie ou incapacité à y avoir accès
- Refractaire, intolérance ou contre-indications à l'un des traitements suivants :
 - Méthotrexate (par voie orale ou parentérale), à une dose de ≥ 20 mg par semaine (≥ 15 mg si le patient est âgé de ≥ 65 ans) pendant au moins 12 semaines
 - Cyclosporine pendant au moins 6 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 réclamations :

- Doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM 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.

Midostaurine (Rydapt ^{MC})	capsules de 25 mg	02466236	NVR	(SA)	PCF
--------------------------------------	-------------------	----------	-----	------	-----

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 réclamations :

- 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](#).

Médicaments évalués et non-inscrits

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Sandoz Opium & Belladonna ^{MD}	suppositoire de 65 mg / 15 mg	01901869	SDZ	Pour soulager la douleur d'intensité modérée à forte associée au spasme urétéral qui ne répond pas aux analgésiques non narcotiques.
Darunavir / cobicistat / emtricitabine / ténofovir alafénamide (Symtuza ^{MC})	comprimés pelliculés de 800 mg / 150 mg / 200 mg /10 mg	02473720	JAN	Traitement de l'infection au virus de l'immunodéficience humaine de type 1 (VIH-1).

Bulletin n° 1003

Le 26 juin 2019

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Des mises à jour relatives aux médicaments sont incluses dans ce bulletin :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 26 juin 2019, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
 - À compter du 17 juillet 2019, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 17 juillet 2019, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Changements de prix des médicaments
 - Diminutions de prix : les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 26 juin 2019 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 17 juillet 2019. Avant le 17 juillet 2019, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
 - Augmentations de prix : les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 26 juin 2019 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 26 juin 2019.
- Produits retirés du formulaire
 - Les produits seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 17 juillet 2019.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne : www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp. Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Atomoxétine							
Caps	Orl	10 mg	Auro-Atomoxetine	2471485	ARO	ADEFG	0.5106
		18 mg	Auro-Atomoxetine	2471493	ARO	ADEFG	0.5748
		25 mg	Auro-Atomoxetine	2471507	ARO	ADEFG	0.6420
		40 mg	Auro-Atomoxetine	2471515	ARO	ADEFG	0.7369
		60 mg	Auro-Atomoxetine	2471523	ARO	ADEFG	0.8092
		80 mg	Auro-Atomoxetine	2471531	ARO	ADEFG	1.2193
		100 mg	Auro-Atomoxetine	2471558	ARO	ADEFG	1.3382
Bupropion							
Co.L.P.	Orl	150 mg	Ran-Bupropion XL	2475804	RAN	ADEFGV	0.1463
		300 mg	Ran-Bupropion XL	2475812	RAN	ADEFGV	0.2927
Clarithromycine							
Co.	Orl	500 mg	Clarithromycin	2442485	SIV	ABDEFGVW	0.8318
Déférasirox							
Co.	Orl	90 mg	Jadenu	2452219	NVR	(SA)	10.7410
			Apo-Deferasirox (Type J)	2485265	APX		7.8909
		180 mg	Jadenu	2452227	NVR	(SA)	21.4830
			Apo-Deferasirox (Type J)	2485273	APX		15.7830
		360 mg	Jadenu	2452235	NVR	(SA)	42.9680
			Apo-Deferasirox (Type J)	2485281	APX		31.5683
Erlotinib							
Co.	Orl	25 mg	Nat-Erlotinib	2483912	NAT	ADEFGV	3.4615
		100 mg	Nat-Erlotinib	2483920	NAT	ADEFGV	13.2000
		150 mg	Nat-Erlotinib	2483939	NAT	ADEFGV	19.8000
Fébuxostat							
Co.	Orl	80 mg	Uloric	2357380	TAK	(SA)	1.5900
			Mar-Febuxostat	2473607	MAR		1.1925
Ondansétron							
Co.D.O.	Orl	4 mg	Ondansetron ODT	2481723	SDZ	(SA)	3.2720
		8 mg	Ondansetron ODT	2481731	SDZ	(SA)	4.9930
Phosphate acide de sodium / Bicarbonate de sodium / Potassium							
Co.Eff.	Orl	500 mg / 469 mg / 123 mg	Jamp-Sodium Phosphate	80047562	NVR	ADEFGV	1.4010

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Bupropion							
Co.L.P.	Orl	150 mg	Act Bupropion XL Mylan-Bupropion XL	2439654 2382075	ATV MYL	ADEFGV	0.1463
		300 mg	Act Bupropion XL Mylan-Bupropion XL	2439662 2382083	ATV MYL	ADEFGV	0.2927
Diazépam							
Co.	Orl	2 mg	Diazepam	405329	AAP	ADEFGV	0.0532
Dinitrate d'isosorbide							
Co.S.L.	Slg	5 mg	ISDN S/L	670944	AAP	ADEFGV	0.0633
Doxazosine							
Co.	Orl	1 mg	Apo-Doxazosin Teva-Doxazosin	2240588 2242728	APX TEV	ADEFGV	0.3437
		2 mg	Apo-Doxazosin Teva-Doxazosin	2240589 2242729	APX TEV	ADEFGV	0.4123
		4 mg	Apo-Doxazosin Teva-Doxazosin	2240590 2242730	APX TEV	ADEFGV	0.5361
Erlotinib							
Co.	Orl	25 mg	Apo-Erlotinib Teva-Erlotinib	2461862 2377691	APX TEV	ADEFGV	3.4615
Hydrocortisone / Cinchocaine / Framycetin / Esculin							
Ont	Rt	5 mg / 5 mg / 10 mg / 10 mg	Proctol Ointment Sandoz Proctomyxin HC	2247322 2242527	ODN SDZ	ADEFGV	0.4000
Sup	Rt	5 mg / 5 mg / 10 mg / 10 mg	Proctol Suppositories Sandoz Proctomyxin HC Supp	2247882 2242528	ODN SDZ	ADEFGV	0.6000
Isosorbide Dinitrate							
Slr	Slg	5 mg	ISDN S/L	670944	AAP	ADEFGV	0.0633
Kétoprofène							
Co.Ent	Orl	50 mg	Keto-E	790435	AAP	ADEFGV	0.3379
Nabumétone							
Co.	Orl	500 mg	Nabumetone	2238639	AAP	ADEFGV	0.6130
Norfloxacine							
Co.	Orl	400 mg	Norfloxacin	2229524	AAP	ADEFGVW	1.0933
Tryptophane							
Caps	Orl	500 mg	Apo-Tryptophan Teva-Tryptophan	2248540 2240334	APX TEV	ADEFGV	0.3955
Valganciclovir							
Co.	Orl	450 mg	Auro-Valganciclovir Teva-Valganciclovir	2435179 2413825	ARO TEV	ADEFGV	11.7106

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
Produit retiré du marché				
Diazépam Co. Orl 2 mg	pms-Diazepam	2247490	PMS	ADEFGV
Norfloxacine Co. Orl 400 mg	Teva-Norfloxacine	2237682	TEV	ADEFGVW
Valganciclovir Co. Orl 450 mg	Apo-Valganciclovir	2393824	APX	ADEFGV

Bulletin n° 1004

Le 4 juillet 2019

Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 4 juillet 2019.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp. Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdrugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
---------	--------	-----	-----------	---------	--------------

Acétate de noréthindrone
(Norlutate^{MD})

comprimé de 5 mg

0023760

ERF

(SA)

PCF

Pour le traitement des saignements utérins anormaux chez les patientes qui ne peuvent pas recevoir d'autres traitements hormonaux.

Benralizumab (Fasenra^{MD})

seringue préremplie de
30 mg/mL

02473232

AZE

(SA)

PCF

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 une corticothérapie en inhalation 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. Une corticothérapie en inhalation à dose élevée est définie 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 réclamations :

- 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 initiale : 1 an.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Édoxaban (Lixiana^{MD})

comprimé pelliculé de 15 mg	02458640			
comprimé pelliculé de 30 mg	02458659	SEV	(SA)	PCF
comprimé pelliculé de 60 mg	02458667			

Fibrillation auriculaire

Pour la prévention de l'accident vasculaire cérébrale et de l'embolie systémique chez les patients à risque (score CHADS₂ ≥ 1) présentant une fibrillation auriculaire non valvulaire :

- chez qui l'anticoagulothérapie est jugée inefficace à la suite d'un traitement d'au moins deux mois par la warfarine, ou
- chez qui l'anticoagulothérapie par la warfarine est contre-indiquée ou impossible en raison de l'incapacité d'effectuer une surveillance régulière du RIN (c.-à-d. aucune possibilité de mesurer le RIN en laboratoire, en clinique, en pharmacie et au domicile du patient)

Note clinique :

- On dit que l'anticoagulothérapie est inefficace lorsque le RIN est situé à l'extérieur de l'intervalle thérapeutique voulu lors d'au moins 35 % des mesures réalisées pendant la période de surveillance.

Traitement de l'accident thromboembolique veineux

Pour le traitement de thrombose veineuse profonde (TVP) ou embolie pulmonaire (EP).

Note clinique :

- Lorsqu'il est utilisé pendant plus de six mois, l'édoxaban coûte plus cher que l'héparine/la warfarine. Par conséquent, chez les patients dont la durée prévue du traitement est de plus de six mois, il faut envisager un traitement par l'héparine/la warfarine.

Note pour les réclamations :

- Période d'approbation : 6 mois.

Pegfilgrastim (Lapelga^{MC})

seringue préremplie de 6 mg / 0,6 mL	02474565	APX	(SA)	PCF
--------------------------------------	----------	-----	------	-----

Pour la prévention de la neutropénie fébrile chez les patients atteints d'un cancer non myéloïde recevant une chimiothérapie myélosuppressive à visée 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.

Téduglutide (Revestive ^{MD})	fiole de 5 mg	02445727	SHI	(SA)	PCF
--	---------------	----------	-----	------	-----

Pour le traitement continu du syndrome de l'intestin court (SIC) chez les patients adultes qui répondent à tous les critères suivants :

- le SIC découle d'une résection intestinale majeure (p. ex., volvulus, maladie vasculaire, cancer, maladie de Crohn, blessure);
- le patient est dépendant de la nutrition parentérale (NP) depuis au moins 12 mois;
- avant le début du traitement par le téduglutide, une NP était nécessaire au moins trois fois par semaine pour combler les besoins en calories, en liquides et en électrolytes, en raison d'une malabsorption continue, et la fréquence et le volume de la NP étaient stables depuis au moins un 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.

Critères 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 réclamations :

- 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 soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Critère révisé Apixaban (Eliquis ^{MD})	comprimé de 2,5 mg	02377233	BRI	(SA)	PCF

La prophylaxie du thromboembolie veineuse après une arthroplastie totale du genou ou de la hanche

Pour la prévention des événements thromboemboliques veineux chez les patients qui ont subi une arthroplastietotale élective du genou ou arthroplastietotale élective de la hanche.

Note clinique :

- La durée totale du traitement comprend la période d'administration postopératoire dans le cadre de soins de courte durée (à l'hôpital), et la période d'autorisation couvre le reste de la durée totale du traitement après le congé de l'hôpital.

Notes pour les réclamations :

- Le remboursement maximum sans autorisation spéciale se limitera à 14 jours de traitement (28 comprimés) pour une arthroplastie totale du genou ou à 35 jours (70 comprimés) pour une arthroplastie totale de la hanche, sur une période de 6 mois.
- Un remboursement subséquent pour la prophylaxie dans une période de 6 mois (p. ex., remplacement d'une deuxième articulation au cours de la période de 6 mois) nécessitera une autorisation spéciale.

Critère révisé

Apixaban (Eliquis^{MD})

comprimé de 2,5 mg	02377233	BRI	(SA)	PCF
comprimé de 5 mg	02397714			

Fibrillation auriculaire

Pour la prévention de l'accident vasculaire cérébrale et de l'embolie systémique chez les patients à risque présentant (un score CHADS₂ ≥ 1) une fibrillation auriculaire non valvulaire :

- chez qui l'anticoagulothérapie est jugée inefficace à la suite d'un traitement d'au moins deux mois par la warfarine; ou
- chez qui l'anticoagulothérapie par la warfarine est contre-indiquée ou impossible en raison de l'incapacité d'effectuer une surveillance régulière du RIN (c.-à-d. aucune possibilité de mesurer le RIN en laboratoire, en clinique, en pharmacie et au domicile du patient).

Note clinique :

- On dit que l'anticoagulothérapie est inefficace lorsque le RIN est situé à l'extérieur de l'intervalle thérapeutique voulu lors d'au moins 35 % des mesures réalisées pendant la période de surveillance.

Traitement de l'accident thromboembolique veineux (TEV)

Pour le traitement de thrombose veineuse profonde (TVP) ou embolie pulmonaire (EP).

Note clinique :

- Quand il est utilisé pendant plus de six mois, le apixaban 2.5mg deux fois parjour est plus coûteux que l'héparine/la warfarine. Par conséquent, si l'on croit que la durée du traitement sera de plus de six mois, il faut envisager utiliser l'héparine/la warfarine pour la mise en route du traitement.

Note pour les réclamations :

- Période d'approbation : jusqu'à six 6 mois.

Critère révisé

Dabigatran Etxilate
(Pradaxa^{MD} et marques
génériques)

capsule de 110 mg	Voir formulaire des Régimes de			
capsule de 150 mg	médicaments du N.-B. ou la liste	(SA)		PAM
	des PAM pour les produits.			

Pour la prévention de l'accident vasculaire cérébrale et de l'embolie systémique chez les

patients à haut risque (un score CHADS₂ ≥ 1) présentant une fibrillation auriculaire non valvulaire pour qui:

- l'anticoagulation est inadéquate à la suite d'un essai de deux mois avec la warfarine; ou
- un traitement à la warfarine est contre-indiqué ou impossible en raison de l'impossibilité de faire un suivi régulier par l'entremise d'un dosage RIN (Rapport international normalisé) (c.-à-d., impossibilité d'avoir accès à des services de dosage RIN dans un laboratoire, une clinique, une pharmacie et à la maison).

Note clinique :

- Une anticoagulation inadéquate est définie par des résultats de dosage du RIN à l'extérieur de l'échelle voulue pour au moins 35 % des tests au cours de la période de contrôle.

Critère révisé

Mepolizumab (Nucala^{MC})

fiole à usage unique de
100 mg/mL

02449781

GSK

(SA)

PCF

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 une corticothérapie en inhalation 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 ≥ 0,3 x 10⁹/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 ≥ 0,15 x 10⁹/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. Une corticothérapie en inhalation à dose élevée est définie 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.

Traitement de l'accident thromboembolique veineux

Pour le traitement de thrombose veineuse profonde (TVP) ou embolie pulmonaire (EP).

Note clinique :

- Quand il est utilisé pendant plus de six mois, le rivaroxaban est plus coûteux que l'héparine/la warfarine. Par conséquent, si l'on croit que la durée du traitement sera de plus de six mois, il faut envisager utiliser l'héparine/la warfarine pour la mise en route du traitement.

Note pour les réclamations :

- Période d'approbation: jusqu'à six (6) mois.
-

Bulletin n° 1005

Le 31 juillet 2019

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Des mises à jour relatives aux médicaments sont incluses dans ce bulletin :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 31 juillet 2019, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
 - À compter du 21 août 2019, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 août 2019, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Changements de prix des médicaments
 - Diminutions de prix : les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 31 juillet 2019 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 août 2019. Avant le 21 août 2019, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
 - Augmentations de prix : les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 31 juillet 2019 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 31 juillet 2019.
- Changements touchant une catégorie de médicament
 - Les produits qui appartiennent à des catégories dans lesquelles il n'y a plus de produit générique seront déplacés sur la liste des Prix catalogue du fabricant (PCF) à compter du 21 août 2019.
- Produits retirés du formulaire
 - Les produits seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 21 août 2019.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne : www.qnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp. Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdrgs-medicamentsnb.ca.

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Calcitriol Caps	Orl	0,25 mcg	Taro-Calcitriol	2485710	TAR	ADEFGV	0.4682
		0,5 mcg	Taro-Calcitriol	2485729	TAR	ADEFGV	0.7446
Cholestyramine Pds.	Orl	4 g	Jamp-Cholestyramine	2478595	JPC	ADEFGV	0.0923
Efavirenz Co.	Orl	600 mg	Jamp-Efavirenz	2458233	JPC	DU	3.8030
Élétriptan Co.	Orl	20 mg	Auro-Eletriptan	2479451	ARO	ADEFGV	2.6172
		40 mg	Auro-Eletriptan	2479478	ARO	ADEFGV	2.6172
Trospium Co.	Orl	20 mg	Trosec	2275066	SNV	(SA)	0.7635
			Mar-Trospium	2488353	MAR		0.6108
Varenciline Co.	Orl	0,5 mg	Teva-Varenciline	2426226	TEV	(SA)	0.9237
		1 mg	Teva-Varenciline	2426234	TEV	(SA)	0.9235

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Calcitriol Caps	Orl	0,25 mcg	Calcitriol-Odan	2431637	ODN	ADEFGV	0.4682
		0,5 mcg	Calcitriol-Odan	2431645	ODN	ADEFGV	0.7446
Cefprozil Pds.	Orl	25 mg	Ran-Cefprozil	2329204	RAN	ADEFGVW	0.1649
		50 mg	Ran-Cefprozil	2293579	RAN	ADEFGVW	0.3294
Cholestyramine Pds.	Orl	4 g	Cholestyramine-Odan	2455609	ODN	ADEFGV	0.0923
			Olestyr	890960	PMS		
			Olestyr	2210320	PMS		
Desmopressin Co.	Orl	0,1 mg	Desmopressin	2284030	AAP	DEF-18G (SA)	0.6609

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Mercaptopurine							
Co.	Orl	50 mg	Mercaptopurine Purinethol	2415275 4723	STR TEV	ADEFGV	2.8372
Méropénem							
Pds.	Inj	1 g	Meropenem	2436507	STR	ADEFGVW	20.1051
Mirtazapine							
Co.D.O.	Orl	30 mg	Auro-Mirtazapine OD	2299828	ARO	ADEFGV	0.1950
Pindolol							
Co.	Orl	15 mg	Apo-Pindol Teva-Pindolol	755893 869023	APX TEV	ADEFGV	0.8894
Varénicline							
Co.	Orl	0,5 mg	Apo-Varenicline	2419882	APX	(SA)	0.9237
		1 mg	Apo-Varenicline	2419890	APX	(SA)	0.9235
Voriconazole							
Co.	Orl	200 mg	Sandoz Voriconazole Teva-Voriconazole	2399253 2396874	SDZ TEV	(SA)	26.4807

Changements touchant une catégorie de médicament

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
Salbutamol						
Liq	Inh	5 mg/mL	Ventolin	2213486	GSK	BDEF-18GVW
Sodium Aurothiomalate						
Liq	Inj	25 mg/mL	Myochrysine	1927612	SAV	ADEFGV

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
Produit retiré du marché						
Cefprozil						
Pds.	Orl	25 mg	Apo-Cefprozil	2293943	APX	ADEFGVW
		50 mg	Apo-Cefprozil	2293951	APX	ADEFGVW

Bulletin n° 1006

Le 26 août 2019

Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 26 août 2019.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Changements au statut de la garantie
- Médicaments évalués et non-inscrits

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp. Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Alfacalcidol (One-Alpha ^{MD})	gouttes orales de 2 mcg/mL	02240329	LEO	ADEFGV	PCF
Thiosulfate de sodium (Seacalphyx ^{MD})	solution pour injection de 250 mg/mL	02386666	SFD	ADEFGVW	PCF
L'autorisation spéciale n'est plus requise					
Repaglinide (GlucoNorm ^{MD} et marques génériques)	comprimés de 0,5 mg comprimés de 1 mg comprimés de 2 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.		ADEFGV	PAM

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Ceftolozane / Tazobactam (Zerbaxa ^{MD})	fioles de 1 g / 0,5 g	02446901	FRS	W (SA)	PCF

Pour le traitement des patients atteints d'infections causées par un microorganisme à Gram négatif multirésistant aux médicaments, précisément par un *Enterobacteriaceae* producteur de bêta-lactamase à spectre étendu (BLSE) et le *Pseudomonas aeruginosa* multirésistant aux médicaments, lorsqu'aucune autre option thérapeutique n'est possible.

Notes pour les réclamations :

- 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](#).

Chlorhydrate d'apomorphine (Movapo ^{MC})	stylos préremplis de 30 mg / 3 mL	02459132	PAL	(SA)	PCF
--	-----------------------------------	----------	-----	------	-----

Pour le traitement aigu et intermittent de l'hypomobilité, soit les périodes « off », chez les patients atteints de la maladie de Parkinson à un stade avancé et qui reçoivent un traitement optimisé contre la maladie (p. ex. lévodopa et ses dérivés et agonistes dopaminergiques).

Note clinique :

- Les périodes « off » se définissent comme suit : épuisement de l'effet thérapeutique de fin de dose et épisodes « on/off » imprévisibles.

Notes pour les réclamations :

- Le patient doit être sous les soins d'un médecin ayant l'expérience du diagnostic et du traitement de la maladie de Parkinson.

- Période d'approbation : 1 an.

Chlorhydrate de buprénorphine (Probuphine^{MC})

implant sous-cutané à 80 mg	02474921	KNI	(SA)	PAM
-----------------------------	----------	-----	------	-----

Pour le traitement des patients qui ont un trouble de consommation d'un opiacé et dont l'état a été stabilisé avec une dose ne dépassant pas 8 mg de buprénorphine par voie sublinguale au cours des 90 jours précédents.

Note clinique :

- L'insertion des implants sous-cutanés doit être effectuée par un fournisseur de soins de santé qui a suivi le programme de formation.

Notes pour les réclamations :

- Période d'approbation : 2 ans.

Nitisinone (Orfadin^{MD})

capsule de 2 mg	02459698			
capsule de 5 mg	02459701			
capsule de 10 mg	02459728	BVT	(SA)	PAM
capsule de 20 mg	02459736			

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 réclamations :

- 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](#).

Sarilumab (Kevzara^{MD})

seringues préremplies de 150 mg / 1,14 mL	02460521			
seringues préremplies de 200 mg / 1,14 mL	02460548			
stylos préremplis de 150 mg / 1,14 mL	02472961	SAV	(SA)	PCF
stylo préremplis de 200 mg / 1,14 mL	02472988			

Pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérément à sévèrement évolutive, en association avec du méthotrexate ou d'autres antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM), chez les patients adultes qui sont réfractaires ou intolérants au :

- méthotrexate (par voie orale ou parentérale), pris seul ou en combinaison avec d'autres ARMM, à une dose de ≥ 20 mg par semaine (≥ 15 mg si le patient est âgé de ≥ 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 envisagé.
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 d'une thérapie biologique 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 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 réclamations :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique 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.

Tigécycline (Tygacil^{MD})

fiolle de 50 mg

02285401

PFI

W (SA)

PCF

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 réclamations :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un spécialiste en maladies infectieuses ou un médecin microbiologiste.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
---------	--------	-----	-----------	---------	--------------

Critère révisé

Nusinersen (Spinraza^{MC})

injection intra-thécale à 2,4 mg/mL

02465663

BIG

(SA)

PCF

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; et
- La ventilation permanente par un moyen effractive 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 réclamations :

- Le patient doit être sous les soins d'un spécialiste ayant l'expérience du traitement de l'amyotrophie spinale.
- 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](#).

Les demandes pour les patients qui ne répondent pas aux critères pourraient être prises en considération au cas par cas comme il est décrit dans [la politique relative aux autorisations spéciales des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick](#).

Changements au statut de la garantie

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Retraite de la liste					
Ribavirine (Ibavyr ^{MC})	comprimés de 200 mg	02439212			
	comprimés de 400 mg	02425890	PDP		
	comprimés de 600 mg	02425904			

Médicaments évalués et non-inscrits

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Guselkumab (Tremfya ^{MC})	seringues préremplies de 100 mg/mL	02469758	JAN	Le traitement du psoriasis en plaques modéré à grave.
Omalizumab (Xolair ^{MD})	seringues préremplies de 75 mg / 0,5 mL	02459787	NVR	Le traitement de l'asthme persistant modéré à grave.
	seringues préremplies de 150 mg/mL	02459795		
	fiolle de 150 mg	02260565		

Bulletin n° 1007

Le 29 août 2019

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Des mises à jour relatives aux médicaments sont incluses dans ce bulletin :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 29 août 2019, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
- Changements de prix des médicaments
 - Diminutions de prix : les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 29 août 2019 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 19 septembre 2019. Avant le 19 septembre 2019, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
- Changements touchant une catégorie de médicament
 - Les produits qui appartiennent à des catégories dans lesquelles il n'y a plus de produit générique seront déplacés sur la liste des Prix catalogue du fabricant (PCF) à compter du 19 septembre 2019.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne : www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp. Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Atomoxétine							
Caps	Orl	10 mg	Teva-Atomoxetine	2314541	TEV	ADEFG	0.5106
		18 mg	Teva-Atomoxetine	2314568	TEV	ADEFG	0.5748
		25 mg	Teva-Atomoxetine	2314576	TEV	ADEFG	0.6420
		40 mg	Teva-Atomoxetine	2314584	TEV	ADEFG	0.7369
		60 mg	Teva-Atomoxetine	2314592	TEV	ADEFG	0.8092
		80 mg	Teva-Atomoxetine	2362511	TEV	ADEFG	1.2193
Olmésartan / Hydrochlorothiazide							
Co.	Orl	20 mg / 12,5 mg	ACH-Olmesartan HCTZ	2468948	AHI	ADEFGV	0.3019
		40 mg / 12,5 mg	ACH-Olmesartan HCTZ	2468956	AHI	ADEFGV	0.3019
		40 mg / 25 mg	ACH-Olmesartan HCTZ	2468964	AHI	ADEFGV	0.3019
Paroxétine							
Co.	Orl	10 mg	pms-Paroxetine	2247750	PMS	ADEFGV	0.3046
Varénicline							
Tro	Orl	0,5 mg, 1 mg	Teva-Varenicline	2426781	TEV	(SA)	0.9203

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Mométasone							
Cr.	Top	0,1%	Taro-Mometasone	2367157	TAR	ADEFGV	0.5542
Nitrofurantoïne							
Caps	Orl	50 mg	Teva-Nitrofurantoin	2231015	TEV	ADEFGV	0.3252
Olmésartan / Hydrochlorothiazide							
Co.	Orl	20 mg / 12,5 mg	Act-Olmesartan HCT	2443112	TEV	ADEFGV	0.3019
			Apo-Olmesartan/HCTZ	2453606	APX		
		40 mg / 12,5 mg	Act-Olmesartan HCT	2443120	TEV	ADEFGV	0.3019
			Apo-Olmesartan/HCTZ	2453614	APX		
		40 mg / 25 mg	Act-Olmesartan HCT	2443139	TEV	ADEFGV	0.3019
			Apo-Olmesartan/HCTZ	2453622	APX		
Varénicline							
Tro	Orl	0,5 mg, 1 mg	Apo-Varenicline	2435675	APX	(SA)	0.9203

Changements touchant une catégorie de médicament

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
Ofloxacine						
Liq	Oph	0,3%	Ocuflox	2143291	ALL	(SA)
Drospirénone / Éthinylestradiol						
Co.	Orl	3 mg / 0,03 mg	Yasmin (21)	2261723	BAY	DEFGV
		3 mg / 0,03 mg	Yasmin (28)	2261731	BAY	DEFGV

Bulletin n° 1008

Le 26 septembre 2019

Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 26 septembre 2019.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Changements au statut de la garantie
- Médicaments évalués et non-inscrits

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp. Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Travoprost (Izba ^{MD})	solution ophtalmique de 0,003%	02457997	NVR	ADEFGV	PCF

L'autorisation spéciale n'est plus requise

Entécavir (Baraclude ^{MC} et marques génériques)	comprimé de 0,5 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.		ADEFGV	PAM
---	--------------------	--	--	--------	-----

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Critère révisé Fentanyl (Duragesic ^{MD} et marques génériques)	timbre transdermique de 12 mcg/h timbre transdermique de 25 mcg/h timbre transdermique de 50 mcg/h timbre transdermique de 75 mcg/h timbre transdermique de 100 mcg/h	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.		W (SA)	PAM
<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 					
Nouvelle indication Tocilizumab (Actemra ^{MD})	seringue préremplie de 162 mg / 0,9 mL	02424770	HLR	(SA)	PCF

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 ≥ 30 mm/heure.

Notes pour les réclamations :

- 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 ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Injection sous-cutanée : Les approbations seront pour un maximum de 162 mg chaque semaine.
- Période d'approbation : 1 an.

Changements au statut de la garantie

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Retiré de la liste Cromolyne sodique (pms-sodium Cromoglycate)	solution pour inhalation à 1% p/v	02046113	PMS		PAM
<p>À compter du 26 septembre 2019, pms-Sodium Cromoglycate en solution pour inhalation à 1% p/v sera retiré du Formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick en tant que médicament assuré.</p> <p>Il n'y a pas suffisamment de données probantes démontrant l'efficacité du cromoglycate de sodium en solution pour inhalation. En outre, d'autres agents plus efficaces pour le traitement de l'asthme et de la fibrose kystique sont inscrits sur le Formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.</p> <p>Les patients qui ont obtenu un remboursement pour pms-Sodium Cromoglycate entre le 26 mars 2019 et le 25 septembre 2019 continueront d'être admissibles à la couverture si une demande d'autorisation spéciale expliquant les raisons qui justifient la poursuite du traitement est soumise sur une base annuelle. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas acceptées pour les nouveaux patients.</p>					
Retiré de la liste Cromoglycate disodique (Nalcrom ^{MD})	capsule de 100 mg	00500895	SAV		PCF
<p>À compter du 26 septembre 2019, cromoglycate disodique (Nalcrom^{MD}) capsules de 100 mg sera retiré du Formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick en tant que médicament assuré. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.</p> <p>Il n'y a pas suffisamment de données probantes démontrant l'efficacité du Nalcrom^{MD} dans le traitement des allergies alimentaires.</p> <p>Les patients qui ont obtenu un remboursement pour Nalcrom^{MD} entre le 26 mars 2019 et le 25 septembre 2019 continueront d'être admissibles à la couverture si une demande d'autorisation spéciale expliquant les raisons qui justifient la poursuite du traitement est soumise sur une base</p>					

annuelle. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas acceptées pour les nouveaux patients.

Médicaments évalués et non-inscrits

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Crisaborole (Eucrisa ^{MC})	onguent topique à 2%	02476991	PFI	pour le traitement topique de la dermatite atopique légère ou modérée chez les patients âgés de 2 ans ou plus.
Éfinaconazole (Jublia ^{MC})	solution topique à 10% p/p	02413388	VLN	pour le traitement topique de l'onychomycose légère à modérée des orteils sans atteinte de la lunule.
Télotristat éthyl (Xermelo ^{MC})	comprimé de 250 mg	02481553	IPS	pour le traitement de la diarrhée réfractaire associée au syndrome carcinoïde, en association avec un analogue de la somatostatine, chez les patients qui n'obtiennent pas une maîtrise adéquate avec un analogue de la somatostatine utilisé seul.

Bulletin n° 1009

Le 30 septembre 2019

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Des mises à jour relatives aux médicaments sont incluses dans ce bulletin :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 30 septembre 2019, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
 - À compter du 21 octobre 2019, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 octobre 2019, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Changements de prix des médicaments
 - Diminutions de prix : les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 30 septembre 2019 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 octobre 2019. Avant le 21 octobre 2019, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
 - Augmentations de prix : les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 30 septembre 2019 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 30 septembre 2019.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne : www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp. Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdruqs-medicamentsnb.ca.

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Atropine							
Gttes	Oph	1%	Isopto Atropine	35017	ALC	ADEFGVW	0.7320
			Atropine	2023695	PST		0.5490
Cinacalcet							
Co.	Orl	30 mg	Apo-Cinacalcet	2452693	APX	ADEFGV	2.7418
			Auro-Cinacalcet	2478900	ARO		
			Teva-Cinacalcet	2441624	TEV		
		60 mg	Apo-Cinacalcet	2452707	APX	ADEFGV	4.9995
			Auro-Cinacalcet	2478919	ARO		
			Teva-Cinacalcet	2441632	TEV		
		90 mg	Apo-Cinacalcet	2452715	APX	ADEFGV	7.2752
			Auro-Cinacalcet	2478943	ARO		
			Teva-Cinacalcet	2441640	TEV		
Clindamycine							
Caps	Orl	150 mg	Jamp-Clindamycin	2483734	JPC	ABDEFGVW	0.2217
		300 mg	Jamp-Clindamycin	2483742	JPC	ABDEFGVW	0.4434
Emtricitabine / Ténofovir							
Co.	Orl	200 mg / 300 mg	Jamp-Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil Fumarate	2487012	JPC	ADEFGUV	7.0582
Itraconazole							
Liq	Orl	10 mg/mL	Sporanox	2231347	JAN	(SA)	0.8620
			Jamp-Itraconazole	2484315	JPC		0.6167
Perinodopril							
Co.	Orl	2 mg	Jamp-Perindopril	2477009	JPC	ADEFGV	0.1632
Rizatriptan							
Co.D.O.	Orl	5 mg	CCP-Rizatriptan ODT	2458764	CCM	ADEFGV	3.7050
		10 mg	CCP-Rizatriptan ODT	2458772	CCM	ADEFGV	3.7050
Rosuvastatine							
Co.	Orl	5 mg	ACH-Rosuvastatin	2438917	AHI	ADEFGV	0.1284
		10 mg	ACH-Rosuvastatin	2438925	AHI	ADEFGV	0.1354
		20 mg	ACH-Rosuvastatin	2438933	AHI	ADEFGV	0.1692
		40 mg	ACH-Rosuvastatin	2438941	AHI	ADEFGV	0.1990
Zolmitriptan							
Co.	Orl	2,5 mg	CCP-Zolmitriptan	2458780	CCM	ADEFGV	3.4292

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Cilazapril							
Co.	Orl	1 mg	Apo-Cilazapril	2291134	APX	ADEFGV	0.3115
			Mylan-Cilazapril	2283778	MYL		
		2,5 mg	Apo-Cilazapril	2291142	APX	ADEFGV	0.4295
			Mylan-Cilazapril	2283786	MYL		
		5 mg	Apo-Cilazapril	2291150	APX	ADEFGV	0.4989
			Mylan-Cilazapril	2283794	MYL		
Diclofénac							
Liq	Oph	0,1%	Apo-Diclofenac	2441020	APX	ADEFGV	1.2397
			Sandoz Diclofenac Ophtha	2454807	SDZ		
Oxazéпам							
Tab	Orl	15 mg	Apo-Oxazepam	402745	APX	ADEFGV	0.0550
		30 mg	Apo-Oxazepam	402737	APX	ADEFGV	0.0750

Bulletin n° 1010

Le 1 octobre 2019

Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 1 octobre 2019.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Médicaments évalués et non-inscrits

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp. Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdrugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Cinacalcet (Sensipar ^{MD} et marques génériques)	comprimés de 30 mg comprimés de 60 mg comprimés de 90 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		ADEFGV	PAM

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Furoate de fluticasone / uméclidinium / vilantérol (Trelegy ^{MD} Ellipta ^{MD})	poudre sèche pour inhalation de 100 mcg / 62,5 mcg / 25 mcg	02474522	GSK	(SA)	PCF

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.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Critère révisé – Anticholinergique à longue durée d'action pour la MPOC					
Bromure d'aclidinium (Tudorza ^{MD} Genuair ^{MD})	poudre pour inhalation de 400 mcg	02409720	ALM	(SA)	PCF
Bromure de glycopyrronium (Seebri ^{MD} Breezhaler ^{MD})	poudre pour inhalation de 50 mcg	02394936	NVR	(SA)	PCF

Bromure de tiotropium (Spiriva ^{MD})	poudre pour inhalation de 18 mcg	02246793	BOE	(SA)	PCF
Bromure de tiotropium (Spiriva ^{MD} Respimat ^{MD})	solution pour inhalation de 2,5 mcg	02435381	BOE	(SA)	PCF
Bromure d'uméclidinium (Incruse ^{MD} Ellipta ^{MD})	poudre pour inhalation de 62,5 mcg	02423596	GSK	(SA)	PCF

- 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 réclamations :

- 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.

Critère révisé – Bêta-2 agoniste à longue durée d'action pour la MPOC

Formotérol (Foradil ^{MD})	poudre pour inhalation de 12 mcg	02230898	NVR	(SA)	PCF
Indacatérol (Onbrez ^{MD} Breezhaler ^{MD})	poudre pour inhalation de 75 mcg	02376938	NVR	(SA)	PCF
Salmétérol (Serevent ^{MD} Diskus ^{MD})	diskus de 50 mcg	02231129	GSK	(SA)	PCF

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).

Note pour les réclamations :

- 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.

Critère révisé – Bêta-2 agoniste à longue durée d'action / combinaisons anticholinergique à longue durée d'action pour la MPOC

Formotérol / bromure d'aclidinium (Duaklir ^{MD} Genuair ^{MD})	poudre pour inhalation de 12 mcg / 400 mcg	02439530	AZE	(SA)	PCF
Indacatérol / bromure de glycopyrronium (Ultibro ^{MD} Breezhaler ^{MD})	poudre pour inhalation de 110 mcg / 50 mcg	02418282	NVR	(SA)	PCF
Olodatérol / bromure de tiotropium (Inspiro ^{MD} Respimat ^{MD})	solution pour inhalation de 2,5 mcg / 2,5 mcg	02441888	BOE	(SA)	PCF

Vilantérol / bromure
d'uméclidinium (Anoro^{MD}
Ellipta^{MD})

poudre pour inhalation
de 25 mcg / 62,5 mcg

02418401

GSK

(SA)

PCF

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.

Critère révisé – Bêta-2 agoniste à longue durée d'action / combinaisons corticostéroïde inhalation pour la MPOC

Formotérol / budésonide
(Symbicort^{MD} Turbuhaler^{MD})

turbuhaler de 6 mcg / 100 mcg
turbuhaler de 6 mcg / 200 mcg

02245385
02245386

AZE

(SA)

PCF

Salmétérol / fluticasone
(Advair^{MD})

pour inhalation (dosage
métrique) de 25 mcg /
125 mcg

02245126

GSK

(SA)

PCF

pour inhalation (dosage
métrique) de 25 mcg /
250 mcg

02245127

Salmétérol / fluticasone
(Advair^{MD} Diskus^{MD})

disques de 50 mcg / 100 mcg
disques de 50 mcg / 250 mcg
disques de 50 mcg / 500 mcg

02240835
02240836
02240837

GSK

(SA)

PCF

Vilantérol / fluticasone
(Breo Ellipta^{MD})

poudre pour inhalation de
25 mcg / 100 mcg

02408872

GSK

(SA)

PCF

- 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.

Médicaments évalués et non-inscrits

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Latanoprost (Monoprost ^{MD})	solution ophtalmique de 50 ug/mL	02456230	LTH	Pour la réduction de la pression intra-oculaire chez les patients présentant un glaucome à angle ouvert ou une hypertension oculaire.

Bulletin n° 1011

Le 24 octobre 2019

Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 24 octobre 2019.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Médicaments évalués et non-inscrits

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp. Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdrugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Fluoxétine (pms-Fluoxetine)	capsule de 40 mg capsule de 60 mg	02464640 02464659	PMS	ADEFGV	PAM
Lévétiracétam (Sandoz ^{MD} Levetiracetam)	comprimé de 1000 mg	02462028	SDZ	ADEFGV	PAM

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Bictégravir, emtricitabine et ténofovir alafénamide (Biktarvy ^{MD})	comprimés de 50 mg / 200 mg / 25 mg	02478579	GIL	(SA)	PCF

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 Biktarvy.

Note pour les réclamations :

- Les ordonnances rédigées pour les bénéficiaires du Régime U 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.

Lévodopa/carbidopa (Duodopa ^{MD})	gel intestinal - 20 mg, 5 mg/mL	02292165	ABV	(SA)	PCF
--	---------------------------------	----------	-----	------	-----

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 surspécialiste 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 sur les réclamations :

- Doit être prescrit par un surspécialiste 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.

Vénétoclax (Venclexta ^{MD})	comprimés pelliculés de 10 mg	02458039			
	comprimés pelliculés de 50 mg	02458047			
	comprimés pelliculés de 100 mg	02458055	ABV	(SA)	PCF
Vénétoclax (Venclexta ^{MD}) trousse de départ	comprimés pelliculés de 10 mg, 50 mg, 100 mg	02458063			

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.

Critères de renouvellement :

Confirmation par écrit que le patient a répondu au traitement et qu'il ne présente aucun signe de progression de la maladie.

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 réclamations :

- Période d'approbation initiale : 1 an.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Critère révisé Fumarate de diméthyl (Tecfidera ^{MD})	capsules à libération retardée de 120 mg	02404508			
	capsules à libération retardée de 240 mg	02420201	BIG	(SA)	PCF

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 résonnance 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 réclamations :

- Les ordonnances rédigées par les 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.

Critère révisé

Térfiflunomide (Aubagio^{MD})

comprimés pelliculés de 14 mg 02416328 GZM (SA) MLP

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 résonnance 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 réclamations :

- Les ordonnances rédigées par les 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 A, D, E, F, G et V seront examinées.

Médicaments évalués et non-inscrits

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Brigatinib (Alunbrig ^{MC})	comprimés de 30 mg	02479206	TAK	Pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) ALK (kinase du lymphome anaplasique)-positif, localement avancé ou métastatique chez des patients adultes dont la maladie avait progressé lors d'un traitement par le crizotinib (inhibiteur de l'ALK) ou qui avaient présenté une intolérance au crizotinib.
	comprimés de 90 mg	02479214		
	comprimés de 180 mg	02479222		
Acétate de glatiramère (Copaxone ^{MD})	seringue préremplie de 40 mg/mL	02456915	TEV	Pour le traitement des patients ambulatoires atteints de SP rémittente.

Bulletin n° 1012

Le 31 octobre 2019

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Des mises à jour relatives aux médicaments sont incluses dans ce bulletin :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 31 octobre 2019, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
 - À compter du 21 novembre 2019, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 novembre 2019, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne : www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp. Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdrugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Almotriptan							
Co.	Orl	12,5 mg	Teva-Almotriptan	2434849	TEV	ADEFGV	2.3478
Donépézil							
Co.	Orl	5 mg	Mint-Donpezil	2408600	MNT	(SA)	0.4586
		10 mg	Mint-Donpezil	2408619	MNT	(SA)	0.4586
Emtricitabine / Ténofovir							
Co.	Orl	200 mg / 300 mg	pms-Emtricitabine-Tenofovir	2461110	PMS	ADEFGUV	7.0582
Méthadone							
Liq	Orl	10 mg/mL	Metadol-D	2244290	PAL	(SA)	0.0146
			Methadone Hydrochloride	2481979	SDZ		0.0113
Prégabaline							
Caps	Orl	300 mg	Jamp-Pregabalin	2436019	JPC	ADEFGVW	0.4145

Bulletin n° 1013

Le 7 novembre 2019

Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 7 novembre 2019.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Changements au statut de la garantie
- Médicaments évalués et non-inscrits

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp. Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdrugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Dolutégravir / rilpivirine (Juluca ^{MD})	comprimés de 50 mg / 25 mg	02475774	VIV	(SA)	PCF
<p>Comme schéma complet de remplacement du schéma antirétroviral courant 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).</p> <p><u>Note pour les réclamations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Les ordonnances rédigées pour les bénéficiaires du Régime U 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. 					
Nétupitant / palonosétron (Akynzeo ^{MC})	capsules de 300 mg / 0,5 mg	02468735	PFR	(SA)	PCF
<p>En association avec la dexaméthasone pour la prévention des nausées et des vomissements immédiats et différés chez les patients qui reçoivent :</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p><u>Note pour les réclamations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Les demandes de remboursement pour un maximum de deux capsules seront approuvées tous les 28 jours lorsque l'ordonnance est rédigée par un oncologue, un clinicien adjoint en oncologie ou un omni praticien spécialisé en oncologie. 					
Ocrélizumab (Ocrevus ^{MD})	fiolle à usage unique de 30 mg/mL	02467224	HLR	(SA)	PCF
<p>Sclérose en plaques progressive primaire</p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p><u>Note clinique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Le traitement doit être arrêté chez les patients dont le score à l'échelle EDSS est de 7 ou plus. 					

Note pour les réclamations :

- Les demandes présentées par les personnes inscrites aux Plans A, D, E, F, G et V seront examinées.

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 réclamations :

- 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 A, D, E, F, G et V seront examinées.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Critère révisé Aprépitant (Emend ^{MD})	capsules de 80 mg capsules de 125 mg	02298791 02298805			
Aprépitant (Emend ^{MD}) Tri-Pack	capsules de 80 mg et 125 mg	02298813	FRS	(SA)	PCF

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 réclamations :

- Les demandes de remboursement pour un maximum de deux emballages de trois, soit six capsules, seront approuvées tous les 28 jours lorsque l'ordonnance est rédigée par un oncologue, un clinicien adjoint en oncologie ou un omnipraticien spécialisé en oncologie.

Critère réviséNatalizumab (Tysabri^{MD})fiole à usage unique de
300 mg / 15 mL

02286386

BIG

(SA)

PCF

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 réclamations :

- Doit être prescrit par un neurologue possédant de l'expérience dans le traitement de la sclérose en plaques.
- 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.

**Nouvelle indication et
critère révisé**Regorafenib (Stivarga^{MD})

comprimé pelliculé de 40 mg

02403390

BAY

(SA)

PCF

Carcinome hépatocellulaire avancé

Pour le traitement du carcinome hépatocellulaire (CHC) non résécable chez les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement par le sorafenib et qui répondent à tous les critères suivants :

- indice de performance ECOG de 0 ou 1;
- classe A de la classification de Child-Pugh;
- sorafenib toléré à une dose minimale de 400 mg par jour pendant au moins 20 des 28 derniers jours de traitement.

Critères 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 réclamations :

- Période d'approbation initiale : 4 mois
- Période d'approbation du renouvellement : 6 mois

Tumeur stromale gastro-intestinale

Pour le traitement des tumeurs stromales gastro-intestinales (TSGI) métastatiques et/ou non résecables chez les patients qui ont présenté une progression de la maladie ou une intolérance pendant un traitement par l'imatinib et le sunitinib, et dont l'indice de performance ECOG est de 0 ou 1.

Critères 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 réclamations :

- Période d'approbation initiale : 6 mois
- Période d'approbation du renouvellement : 6 mois

Changements au statut de la garantie

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Retiré de la liste Granisétron (Apo-Granisetron)	comprimés de 1 mg	02308894	APX	(SA)	PAM
Granisétron (Nat-Granisetron)	comprimés de 1 mg	02452359	NAT		

À compter du 7 novembre 2019, les comprimés de granisétron de 1 mg sont retirés du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas admissibles.

Médicaments évalués et non-inscrits

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Alirocumab (Praluent ^{MD})	seringue préremplie de 75 mg/mL	02453754	SAV	pour le traitement de la maladie cardiovasculaire artérioscléreuse cliniquement manifeste.
	seringue préremplie de 150 mg/mL	02453762		
	stylos préremplie de 75 mg/mL	02453819		
	stylos préremplie de 150 mg/mL	02453835		
Dulaglutide (Trulicity ^{MD})	seringue préremplie de 0,75 mg / 0,5 mL	02448572	LIL	pour le traitement des patients adultes atteints de diabète sucré de type 2.
	seringue préremplie de 1,5 mg / 0,5 mL	02448580		
	stylos préremplie de 0,75 mg / 0,5 mL	02448599		
	stylos préremplie de 1,5 mg / 0,5 mL	02448602		
Évolocumab (Repatha ^{MD})	seringue préremplie et auto-injecteur de 140 mg/mL	02446057	AGA	pour le traitement de la maladie cardiovasculaire artérioscléreuse cliniquement manifeste.
Insuline glargine (Toujeo ^{MD} SoloSTAR ^{MD})	stylos préremplie de 300 unités/mL	02441829	SAV	pour le traitement des patients adultes atteints de diabète sucré de type 1 ou 2.

Bulletin n° 1014

Le 28 novembre 2019

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Des mises à jour relatives aux médicaments sont incluses dans ce bulletin :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 28 novembre 2019, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
 - À compter du 19 décembre 2019, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 19 décembre 2019, les produits de marque originale seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Changements de prix des médicaments
 - Diminutions de prix : les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 28 novembre 2019 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 19 décembre 2019. Avant le 19 décembre 2019, les produits dans la catégorie seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
- Produits retirés du formulaire
 - Les produits seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 19 décembre 2019.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne : www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp. Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Cinacalcet							
Co.	Orl	30 mg	Mar-Cinacalcet	2480298	MAR	ADEFGV	2.7418
		60 mg	Mar-Cinacalcet	2480301	MAR	ADEFGV	4.9995
		90 mg	Mar-Cinacalcet	2480328	MAR	ADEFGV	7.2752
Clarithromycine							
Co.	Orl	500 mg	pms-Clarithromycin	2247574	PMS	ABDEFGVW	0.8318
Dapsone							
Co.	Orl	100 mg	Riva-Dapsone	2489058	RIV	ADEFGV	0.7031
Duloxétine							
Caps.L.R.	Orl	30 mg	Duloxetine	2490889	SAS	(SA)	0.4814
		60 mg	Duloxetine	2490897	SAS	(SA)	0.9769
Fingolimod							
Caps	Orl	0,5 mg	Gilenya	2365480	NVR		86.9525
			Apo-Fingolimod	2469936	APX		
			Jamp-Fingolimod	2487772	JPC		
			Mar-Fingolimod	2474743	MAR	(SA)	
			Mylan-Fingolimod	2469715	MYL		21.7381
			pms-Fingolimod	2469782	PMS		
			Sandoz Fingolimod	2482606	SDZ		
			Teva-Fingolimod	2469561	TEV		
Labétalol							
Co.	Orl	100 mg	Trandate	2106272	PAL		0.3970
			Riva-Labetalol	2489406	RIV	ADEFGV	0.2974
		200 mg	Trandate	2106280	PAL		0.7010
			Riva-Labetalol	2489414	RIV	ADEFGV	0.5256
Lacosamide							
Co.	Orl	50 mg	Mar-Lacosamide	2487802	MAR	(SA)	0.6313
		100 mg	Mar-Lacosamide	2487810	MAR	(SA)	0.8750
		150 mg	Mar-Lacosamide	2487829	MAR	(SA)	1.1763
		200 mg	Mar-Lacosamide	2487837	MAR	(SA)	1.4500
Lévétiracétam							
Co.	Orl	250 mg	Riva-Levetiracetam	2482274	RIV	ADEFGV	0.3210
		500 mg	Riva-Levetiracetam	2482282	RIV	ADEFGV	0.3911

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Lévétiracétam							
Co.	Orl	750 mg	Riva-Levetiracetam	2482290	RIV	ADEFGV	0.5416
Olanzapine							
Co.	Orl	2,5 mg	Mint-Olanzapine	2410141	MNT	ADEFGVW	0.1772
		5 mg	Mint-Olanzapine	2410168	MNT	ADEFGVW	0.3544
		7,5 mg	Mint-Olanzapine	2410176	MNT	ADEFGVW	0.5316
		10 mg	Mint-Olanzapine	2410184	MNT	ADEFGVW	0.7088
		15 mg	Mint-Olanzapine	2410192	MNT	ADEFGVW	1.0631
Quinapril							
Tab	Orl	5 mg	pms-Quinapril	2340550	PMS	ADEFGV	0.2278
		10 mg	pms-Quinapril	2340569	PMS	ADEFGV	0.2278
		20 mg	pms-Quinapril	2340577	PMS	ADEFGV	0.2278
		40 mg	pms-Quinapril	2340585	PMS	ADEFGV	0.2278

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Dapsone							
Co.	Orl	100 mg	Mar-Dapsone	2481227	MAR	ADEFGV	0.7031
Sildénafil							
Co.	Orl	20 mg	Teva-Sildenafil R	2319500	TEV	(SA)	5.7765
Théophylline							
Co.L.L.	Orl	400 mg	Theo ER	2360101	AAP	ADEFGV	0.3362
		600 mg	Theo ER	2360128	AAP	ADEFGV	0.4072
Tobramycine							
Liq	Inj	40 mg/mL	Tobramycine	2241210	SDZ	ABDEFGVW	3.3700
Trifluridine							
Liq	Oph	1%	Viroptic	687456	VLN	ADEFGV	3.4533
Trimipramine							
Co.	Orl	12,5 mg	Trimipramine	740799	AAP	ADEFGV	0.2156

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
Prix non confirmé par le fabricant				
Sildénafil Co. Orl 20 mg	Apo-Sildenafil R	2418118	APX	(SA)

Bulletin n° 1015

Le 5 décembre 2019

Nouvelles au sujet des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Horaire des Fêtes 2019

Des représentants des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront présents selon cet horaire pendant la période des Fêtes 2019 :

Date	Heures
Lundi 23 décembre	8 h à 17 h (heures habituelles)
Mardi 24 décembre	8 h à 12 h
Mercredi 25 décembre	Fermé
Jeudi 26 décembre	Fermé
Vendredi 27 décembre	8 h à 17 h (heures habituelles)
Samedi 28 décembre	Fermé
Dimanche 29 décembre	Fermé
Lundi 30 décembre	8 h à 17 h (heures habituelles)
Mardi 31 décembre	8 h à 17 h (heures habituelles)
Mercredi 1 ^{er} janvier	Fermé

Veillez vous reporter au [calendrier de paiements pour les pharmaciens](#) des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick pour connaître les dates des dépôts directs pendant cette période.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick au **1-800-332-3691**.

Les mises à jour du formulaire sont accessibles en ligne : <http://www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp>. Pour faire enlever votre nom de la liste d'envoi par courriel des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à l'adresse info@nbdrugs-medicamentsnb.ca.

Bulletin n° 1016

Le 18 décembre 2019

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Des mises à jour relatives aux médicaments sont incluses dans ce bulletin :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 18 décembre 2019, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
- Changements de prix des médicaments
 - Augmentations de prix : les produits inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick avant le 18 décembre 2019 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 18 décembre 2019.
- Produits retirés du formulaire
 - Les produits seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 8 janvier 2020.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne : www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp. Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdrugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Atorvastatine							
Co.	Orl	10 mg	ACH-Atorvastatin Calcium	2457741	AHI	ADEFGV	0.1743
		20 mg	ACH-Atorvastatin Calcium	2457768	AHI	ADEFGV	0.2179
		40 mg	ACH-Atorvastatin Calcium	2457776	AHI	ADEFGV	0.2342
		80 mg	ACH-Atorvastatin Calcium	2457784	AHI	ADEFGV	0.2342
Dutastéride							
Caps	Orl	0,5 mg	Jamp-Dutasteride	2484870	JPC	ADEFGV	0.3027
Fingolimod							
Caps	Orl	0,5 mg	Taro-Fingolimod	2469618	TAR	(SA)	21.7381
Lacosamide							
Co.	Orl	50 mg	Mint-Lacosamide	2490544	MNT	(SA)	0.6313
		100 mg	Mint-Lacosamide	2490552	MNT	(SA)	0.8750
		150 mg	Mint-Lacosamide	2490560	MNT	(SA)	1.1763
		200 mg	Mint-Lacosamide	2490579	MNT	(SA)	1.4500
Névirapine							
Co.	Orl	200 mg	Jamp-Nevirapine	2405776	JPC	DU	1.2346
Rivastigmine							
Caps	Orl	1,5 mg	Jamp-Rivastigmine	2485362	JPC	(SA)	0.6515
		3 mg	Jamp-Rivastigmine	2485370	JPC	(SA)	0.6515
		4,5 mg	Jamp-Rivastigmine	2485389	JPC	(SA)	0.6515
		6 mg	Jamp-Rivastigmine	2485397	JPC	(SA)	0.6515
Valacyclovir							
Co.	Orl	1000 mg	Mylan-Valacyclovir	2351560	MYL	ADEFGV	1.7218
Zolmitriptan							
Co.D.O.	Orl	2,5 mg	Zolmitriptan ODT	2442671	SAS	ADEFGV	3.4313

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Azithromycine							
Co.	Orl	600 mg	pms-Azithromycin	2261642	PMS	(SA)	10.6652

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Voriconazole							
Co.	Orl	50 mg	Sandoz Voriconazole	2399245	SDZ	(SA)	6.7818
			Teva-Voriconazole	2396866	TEV		

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
Produit retiré du marché						
Azithromycine						
Co.	Orl	600 mg	Act-Azithromycin	2256088	ATV	(SA)

Bulletin n° 1017

Le 19 décembre 2019

Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 19 décembre 2019.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Médicaments évalués et non-inscrits
- Mise à jour sur le Programme d'avortement médical

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 1-800-332-3691.

Les mises à jour apportées au formulaire sont disponibles en ligne: www.gnb.ca/0212/BenefitUpdates-f.asp. Pour enlever votre nom de la liste d'envoi concernant les mises à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, veuillez envoyer un message à info@nbdrugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Méthotexate (Metoject ^{MD} sous-cutanée)	seringue préremplie de 10 mg / 0,2 mL	02454831	MDX	ADEFGV	PCF
	seringue préremplie de 12,5 mg / 0,25 mL	02454750			

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Nitisinone (MDK-Nitisinone ^{MC})	capsule de 2 mg	02457717	MDK	(SA)	PAM
	capsule de 5 mg	02457725			
	capsule de 10 mg	02457733			
	capsule de 20 mg	02470055			

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 réclamations :

- 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](#).

Sémaglutide (Ozempic ^{MD})	stylos préremplis de 2 mg / 1,5 mL	02471477	NNO	(SA)	PCF
	stylos préremplis de 4 mg / 3 mL	02471469			

Pour le traitement du diabète de type 2 comme :

- deuxième médicament associé avec la metformine pour les patients qui ne parviennent pas à contrôler adéquatement leur glycémie avec la metformine; ou
- troisième médicament 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.

Note clinique :

- Pour les patients qui ne peuvent pas prendre la metformine en raison de contre-indications ou d'intolérances, des détails doivent être fournis.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Critère révisé Fébuxostat (Uloric ^{MD} et marque générique)	comprimé de 80 mg	02357380	TAK	(SA)	PAM
Pour le traitement de la goutte symptomatique chez les patients qui présentent une hypersensibilité documentée à l'allopurinol.					
Nouvelle indication Pérampanel (Fycompa ^{MD})	comprimés de 2 mg comprimés de 4 mg comprimés de 6 mg comprimés de 8 mg comprimés de 10 mg comprimés de 12 mg	02404516 02404524 02404532 02404540 02404559 02404567	EIS	(SA)	PCF
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.					
<u>Note pour les réclamations :</u>					
<ul style="list-style-type: none"> Le patient doit être sous les soins d'un médecin ayant l'expérience du traitement de l'épilepsie. 					

Médicaments évalués et non-inscrits

Les évaluations des produits suivants ont permis de conclure qu'ils n'offraient pas d'avantage en termes de coûts, ni d'avantage thérapeutique comparé aux traitements existants. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Trifluridine / Tipiracil (Lonsurf ^{MD})	comprimé de 15 mg / 6,14 mg	02472104	TAI	Pour le traitement du cancer colorectal métastatique chez les patients adultes.
	comprimé de 20 mg / 8,19 mg	02472112		

Mise à jour sur le Programme d'avortement médical

À compter du 19 décembre, le Programme d'avortement médical remboursera quatre comprimés de misoprostol à 200 mcg dans les situations suivantes :

- comme deuxième dose si un avortement incomplet est confirmé lors de l'évaluation de suivi; ou
- comme dose de remplacement si les comprimés de misoprostol de la trousse Mifegymiso sont perdus, volés ou endommagés.

Pour les doses de remplacement, les pharmacies doivent soumettre les demandes de remboursement en ligne à l'aide du code d'intervention de l'APhC « MR » (remplacement de médicaments, perdus ou endommagés) et inclure les renseignements décrits sur la [page Web](#) Soumissions de demandes de remboursement – Programme d'avortement médical.
