

Bulletin n° 1018

Le 29 janvier 2020

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 janvier 2020.

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
Fulvestrant (Teva-fulvestrant)	seringue préremplie de 250 mg/ 5 mL	02460130	TEV	ADEFGV	PAM
L'autorisation spéciale n'est plus requise					
Tobramycine (Tobi ^{MD} et marques génériques)	solution pour inhalation de 300 mg / 5 mL	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.		ABDEFGV	PAM

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Asfotase alfa (Strensiq ^{MD})	fiole à usage unique de 18 mg / 0,45 mL	02444615	ALX	(SA)	PCF
	fiole à usage unique de 28 mg / 0,7 mL	02444623			
	fiole à usage unique de 40 mg / 1 mL	02444631			
	fiole à usage unique de 80 mg / 0,8 mL	02444658			
<p>Pour les traitements des patients atteints d'hypophosphatasie de forme périnatale, infantile ou juvénile.</p> <p><u>Note clinique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> L'admissibilité au traitement de l'hypophosphatasie est établie par le comité d'experts cliniques canadien sur l'hypophosphatasie. Veuillez communiquer avec les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick au 1-800-332-3691 pour obtenir le formulaire de demande. <p><u>Note pour les réclamations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Le médicament doit être prescrit par un spécialiste en médecine métabolique ayant de l'expérience du diagnostic et de la gestion de l'hypophosphatasie. 					
Daptomycine (Cubicin ^{MD} RF)	fiole à usage unique de 500 mg / 10 mL	02465493	CBP	(SA)	PCF
<p>Pour le traitement des infections à bactéries Gram positif résistantes, y compris les infections causées par des souches de <i>Staphylococcus aureus</i> résistantes à la méthicilline, chez les patients qui n'ont pas répondu ou qui présentent une contre-indication ou une intolérance à la vancomycine, ou chez qui la vancomycine i.v. ne convient pas.</p>					

Note clinique :

- La daptomycine est inhibée par la présence de surfactant pulmonaire et ne doit pas être utilisée pour traiter les infections des voies respiratoires.

Note pour les réclamations :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un spécialiste des maladies infectieuses ou un microbiologiste médical.

Ribociclib (Kisqali^{MC})

comprimé de 200 mg

02473569

NVO

(SA)

PCF

En association avec un inhibiteur de l'aromatase pour le traitement du cancer du sein avancé ou métastatique avec présence de récepteurs hormonaux et absence du récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (RH+/HER2-) chez les femmes ménopausées et chez les hommes qui :

- n'ont pas suivi un traitement antérieur pour la maladie à un stade avancé ou métastatique;
- n'ont pas présenté de résistance à un traitement (néo)adjuvant antérieur par un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien;
- ne présentent pas de métastases évolutives ou incontrôlées du système nerveux central.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ont reçu un traitement (néo)adjuvant par un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien, un intervalle minimum de 12 mois sans maladie après l'arrêt du traitement est requis.
2. Les patients doivent présenter un bon indice de performance.
3. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les réclamations :

- Les demandes pour les femmes dont la ménopause a été induite par une chimiothérapie sont admissibles.
- Les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement par le ribociclib ne sont pas admissibles au remboursement d'un autre traitement par un inhibiteur des kinases dépendantes des cyclines (CDK) 4 et 6 ou par l'évérolimus.
- 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

Cystéamine (Procysbi^{MC})

capsules à libération retardée
de 25 mg
capsules à libération retardée
de 75 mg

02464705

HRZ

(SA)

PCF

Pour le traitement de la cystinose néphropathique infantile avec mutation documentée du gène de la cystinosine (transporteur de cystine lysosomale) ou un taux élevé de cystine dans les globules blancs.

Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin expérimenté dans le diagnostic et la gestion de la cystinose.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Nouvelle indication

Ivacaftor (Kalydeco^{MD})

comprimé de 150 mg

02397412

VTX

(SA)

PCF

Pour le traitement de la fibrose kystique chez les patients :

- âgés de 6 ans ou plus qui présentent l'une des mutations suivantes du gène régulateur de la perméabilité transmembranaire de la fibrose kystique (gène CFTR) : G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N ou S549R; ou
- âgés de 18 ans ou plus qui présentent la mutation R117H du gène CFTR.

Critère de renouvellement :

Les demandes de renouvellement seront prises en considération pour les patients qui ont présenté une réponse documentée au traitement, démontrée par l'un des éléments suivants :

Dans les cas où la concentration initiale de chlorure dans la sueur était supérieure à 60 mmol/L :

- la concentration de chlorure dans la sueur du patient est descendue sous 60 mmol/L; ou
- la concentration de chlorure dans la sueur du patient a diminué d'au moins 30 %.

Dans les cas où la concentration initiale de chlorure dans la sueur était inférieure à 60 mmol/L :

- la concentration de chlorure dans la sueur du patient a diminué d'au moins 30 %; ou
- le patient présente une amélioration absolue et soutenue du VEMS d'au moins 5 %, comparativement à l'évaluation du VEMS effectuée avant le début du traitement. Le VEMS sera comparé avec la valeur préthérapeutique initiale un mois et trois mois après le début du traitement.

Notes cliniques :

1. La concentration de chlorure dans la sueur du patient et le VEMS doivent être indiqués dans chaque demande.
2. Une évaluation de la concentration de chlorure dans la sueur doit être effectuée quelques mois après le début du traitement par l'ivacaftor, afin de déterminer si la concentration de chlorure dans la sueur diminue.

- Si la diminution prévue survient, une évaluation de la concentration de chlorure dans la sueur doit être effectuée à nouveau six mois après le début du traitement, afin de déterminer si la diminution complète prévue a bel et bien été obtenue. Ensuite, la concentration de chlorure dans la sueur doit être vérifiée chaque année.
- Si la diminution prévue ne survient pas, une évaluation de la concentration de chlorure dans la sueur doit être effectuée à nouveau une semaine plus tard. Si les critères ne sont pas respectés, la couverture cessera.

Notes pour les réclamations :

- Les demandes sont admissibles pour les personnes inscrites aux régimes ADEFGV.
- Posologie approuvée : 150 mg toutes les 12 heures.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Critère révisé

Ondansétron (Zofran^{MD}
et marques génériques)

comprimé de 4 mg
comprimé de 8 mg
solution orale de 4 mg/ 5mL
comprimé à dissolution orale
de 4 mg
comprimé à dissolution orale
de 8 mg

Voir formulaire des Régimes de
médicaments du N.-B. ou la liste
des PAM pour les produits.

(SA)

PAM

Pour la prévention des nausées et des vomissements chez les patients qui reçoivent :

- une chimiothérapie/radiothérapie hautement ou modérément émétisante;
- une chimiothérapie/radiothérapie et qui ne sont pas parvenus à maîtriser adéquatement les symptômes avec les autres antiémétiques offerts sur le marché.

Note pour les réclamations :

- Les demandes de remboursement pour les comprimés et les comprimés à dissolution orale ne requièrent pas d'autorisation spéciale lorsque l'ordonnance est rédigée par un oncologue, un clinicien adjoint en oncologie ou un omnipraticien spécialisé en oncologie.

Critère révisé

Palbociclib (Ibrance^{MD})

capsules de 75 mg
capsules de 100 mg
capsules de 125 mg

02453150

02453169

02453177

PFI

(SA)

PCF

En association avec un inhibiteur de l'aromatase pour le traitement du cancer du sein avancé ou métastatique avec présence de récepteurs hormonaux et absence du récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (RH+/HER2-) chez les femmes ménopausées et chez les hommes qui :

- n'ont pas suivi un traitement antérieur pour la maladie à un stade avancé ou métastatique;
- n'ont pas présenté de résistance à un traitement (néo)adjuvant antérieur par un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien;
- ne présentent pas de métastases évolutives ou incontrôlées du système nerveux central.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ont reçu un traitement (néo)adjuvant par un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien, un intervalle minimum de 12 mois sans maladie après l'arrêt du traitement est requis.
2. Les patients doivent présenter un bon indice de performance.
3. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les réclamations :

- Les demandes pour les femmes dont la ménopause a été induite par une chimiothérapie sont admissibles.
- Les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement par le palbociclib ne sont pas admissibles au remboursement d'un autre traitement par un inhibiteur des kinases dépendantes des cyclines (CDK) 4 et 6 ou par l'évérolimus.
- Période d'approbation initiale : 1 an
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an

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
Acétonide de fluocinolone (Iluvien ^{MD})	implant intravitreuse à 0,19 mg	02483157	KNI	Pour le traitement de l'œdème maculaire diabétique.
Larotrectinib (Vitrakvi ^{MD})	solution orale 20 mg/mL	02490331		
	capsules de 25 mg	02490315	BAY	Pour le traitement des adultes et des enfants porteurs de tumeurs solides localement avancées ou métastatiques qui présentent une fusion du gène NTRK.
	capsules de 100 mg	02490323		

Bulletin n° 1019

Le 30 janvier 2020

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 janvier 2020, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
 - À compter du 13 février 2020, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 13 février 2020, 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 janvier 2020 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 13 février 2020. Avant le 13 février 2020, 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 13 février 2020 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 13 février 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@nbdugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM	
Acétaminophène							
Co.	Orl	325 mg	Acetaminophen	2252805	CCM	G	0.0121
		500 mg	Acetaminophen	2252813	CCM	G	0.0143
Clindamycine							
Liq	Top	1%	Clindamycin Phosphate Topical Solution	2483769	TLG	ADEFGV	0.2310
Éfavirenz / Emtricitabine / Ténofovir							
Co.	Orl	600 mg / 200 mg / 300 mg	pms-Efavirenz-Emtricitabine-Tenofovir	2487284	PMS	DU	11.3300
			Sandoz Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir	2484676	SDZ		
Évérolimus							
Co.	Orl	2,5 mg	Afinitor	2369257	NVR	(SA)	202.6540
			Teva-Everolimus	2463229	TEV		151.9905
		5 mg	Afinitor	2339501	NVR	(SA)	202.6540
			Teva-Everolimus	2463237	TEV		151.9905
		10 mg	Afinitor	2339528	NVR	(SA)	202.6540
			Teva-Everolimus	2463253	TEV		151.9905
Fulvestrant							
Liq	IM	50 mg/mL	Teva-Fulvestrant	2460130	TEV	ADEFGV	58.2895
Latanoprost / Timolol							
Liq	Oph	0,005% / 0,5%	Med-Latanoprost-Timolol	2454505	GMP	ADEFGV	4.4268
Lévodopamine							
Liq	Orl	100 mg/mL	Carnitor	2144336	LBI	(SA)	0.5711
			Odan-Levodopamine	2492105	ODN		0.4854

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM	
Buprénorphine / Naloxone							
Co.S.L.	Orl	2 mg / 0,5 mg	Act Buprenorphine/Naloxone	2453908	TEV	(SA)	1.3350
			pms-Buprenorphine/Naloxone	2424851	PMS		
		8 mg / 2 mg	Act Buprenorphine/Naloxone	2453916	TEV	(SA)	2.3650
			pms-Buprenorphine/Naloxone	2424878	PMS		
Calcitriol							
Caps	Orl	0,25 mcg	Calcitriol-Odan	2431637	ODN	ADEFGV	0.3536
			Taro-Calcitriol	2485710	TAR		
		0,5 mcg	Calcitriol-Odan	2431645	ODN	ADEFGV	0.5623
			Taro-Calcitriol	2485729	TAR		

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Chloroquine							
Co.	Orl	250 mg	Teva-Chloroquine	21261	TEV	ADEFGV	0.3208
Chlorpromazine							
Co.	Orl	25 mg	Teva-Chlorpromazine	232823	TEV	ADEFGVW	0.1365
		50 mg	Teva-Chlorpromazine	232807	TEV	ADEFGVW	0.1565
		100 mg	Teva-Chlorpromazine	232831	TEV	ADEFGVW	0.3200
Clobazam							
Co.	Orl	10 mg	Teva-Clobazam	2238334	TEV	ADEFGV	0.2197
Desmopressine							
Co.	Orl	0,2 mg	Desmopressin	2284049	AAP	DEF-18G (SA)	1.3216
Moclobémide							
Co.	Orl	150 mg	Moclobemide	2232150	AAP	ADEFGV	0.5295
Quinapril							
Co.	Orl	5 mg	Apo-Quinapril	2248499	APX	ADEFGV	0.4642
			pms-Quinapril	2340550	PMS		
Ramipril / Hydrochlorothiazide							
Co.	Orl	5 mg / 25 mg	Ran-Ramipril HCTZ	2449463	RAN	ADEFGV	0.2872

Bulletin n° 1020

Le 26 février 2020

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 février 2020.

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@nbrugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
L'autorisation spéciale n'est plus requis					
Chlorhydrate de sevelamer (Renagel ^{MD})	comprimés de 800 mg	02244310	SAV	ADEFGV	PCF

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Chlorhydrate de cystéamine (Cystadrops ^{MD})	solution ophtalmique de 0,37%	02485605	RRD	(SA)	PCF
	<p>Pour le traitement des dépôts cornéens de cristaux de cystine chez les patients âgés de deux ans ou plus atteints de cystinose.</p> <p><u>Note clinique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Diagnostic de cystinose confirmé par une mutation du gène de la cystinosine (transporteur de la cystine du lysosome) ou un taux élevé de cystine des globules blancs. De la documentation doit être fournie. <p><u>Note pour les réclamations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Doit être prescrit par un ophtalmologiste ayant l'expérience du traitement des dépôts cornéens de cristaux de cystine. 				
Tofacitinib (Xeljanz XR ^{MD})	comprimés à libération prolongée de 11 mg	02470608	PFI	(SA)	PCF
	<p>Pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérément à sévèrement active, seul ou en association avec du méthotrexate, chez les patients adultes qui sont réfractaires ou intolérants au :</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p><u>Notes cliniques :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 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 approbations seront pour une dose maximale de 11 mg une fois par jour.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Critère révisé Acétate d'ulipristal (Fibristal ^{MD})	comprimé de 5 mg	02408163	ALL	(SA)	PCF

Pour le traitement des signes et symptômes modérés à graves de fibromes utérins chez les femmes adultes en âge de procréer, soit comme :

- traitement préopératoire chez les patientes admissibles à la chirurgie; ou
- traitement intermittent chez les patientes qui ne sont pas admissibles à la chirurgie.

Note clinique :

- Chaque série de traitement est d'une durée de trois mois.

Notes pour les réclamations :

- La quantité maximale pouvant être remboursée se limite à quatre séries de traitement.
- La patiente doit être sous les soins d'un médecin ayant l'expérience du traitement de troubles gynécologiques comme les fibromes utérins.

Changements au statut de la garantie

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

Retraite de la liste

Bromure d'ipratropium
(Ipravent)

vaporisateur nasal de 0,06% 02246084 AAP

À compter du 26 février 2020, l'ipratropium en vaporisateur nasal à 0,06 % sera retiré du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick en tant que médicament assuré. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas admissibles.

Il n'y a pas suffisamment de données probantes démontrant l'efficacité de l'ipratropium en vaporisateur nasal à 0,06 % pour l'indication approuvée, soit le soulagement symptomatique de la rhinorrhée associée au rhume.

L'ipratropium en vaporisateur nasal à 0,03 % figure dans le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick à titre de médicament régulier et est indiqué dans le traitement de la rhinite allergique ou non allergique apériodique.

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
---------	--------	-----	-----------	------------

Ertugliflozine / metformine (Segluromet ^{MD})	comprimé de 2,5 mg / 500 mg	02476215	FRS	Pour le traitement du diabète de type 2.
	comprimé de 2,5 mg / 1000 mg	02476223		
	comprimé de 7,5 mg / 500 mg	02476231		
	comprimé de 7,5 mg / 1000 mg	02476258		
Ertugliflozine (Steglatro ^{MC})	comprimé de 5 mg	02475510	FRS	Pour le traitement du diabète de type 2.
	comprimé de 15 mg	02475529		

Bulletin n° 1021

Le 27 février 2020

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 27 février 2020, les nouveaux produits génériques seront remboursés jusqu'au prix admissible maximum (PAM) de la catégorie.
 - À compter du 19 mars 2020, les produits de marque originale seront remboursés au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 19 mars 2020, 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 27 février 2020 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 19 mars 2020. Avant le 19 mars 2020, 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 27 février 2020 seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 27 février 2020.
- 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 19 mars 2020.
 - 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 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@nbdugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Bisoprolol						
Co.	Orl					
	5 mg	Sandoz Bisoprolol	2494035	SDZ	ADEFGV	0.0715
	10 mg	Sandoz Bisoprolol	2494043	SDZ	ADEFGV	0.1044
Clobazam						
Co.	Orl	Apo-Clobazam	2244638	APX	ADEFGV	0.2197
Dasatinib						
Co.	Orl					
	20 mg	Sprycel	2293129	BRI	(SA)	38.6850
		Apo-Dasatinib	2470705	APX		29.0138
	50 mg	Sprycel	2293137	BRI	(SA)	77.8567
		Apo-Dasatinib	2470713	APX		58.3925
	70 mg	Sprycel	2293145	BRI	(SA)	85.8042
		Apo-Dasatinib	2481499	APX		64.3532
	80 mg	Sprycel	2360810	BRI	(SA)	138.0300
		Apo-Dasatinib	2481502	APX		117.3255
	100 mg	Sprycel	2320193	BRI	(SA)	155.6083
		Apo-Dasatinib	2470721	APX		116.7062
Dorzolamide						
Liq	Oph	Jamp-Dorzolamide	2453347	JPC	ADEFGV	2.1081
Dorzolamide / Timolol						
Liq	Oph	Jamp-Dorzolamide-Timolol	2457539	JPC	ADEFGV	1.9887
Sevelamer						
Co.	Orl					
	800 mg	Renagel	2244310	SAV	ADEFGV	1.7000
		Accel- Sevelamer	2461501	ACC		1.2634
Valsartan / Hydrochlorothiazide						
Co.	Orl	Valsartan HCT	2384760	SIV	ADEFGV	0.2235
	320 mg / 12,5 mg					
Venlafaxine						
Capss.L	Orl	Act Venlafaxine XR	2304325	TEV	ADEFGV	0.1825
	75 mg					

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Bromazépam						
Co.	Orl					
	3 mg	Teva-Bromazepam	2230584	TEV	ADEFGV	0.0375
	6 mg	Teva-Bromazepam	2230585	TEV	ADEFGV	0.0548

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Sulfoxyde de Diméthyle Liq ITV 500 mg/g	Rimso-50	493392	MYL	ADEFGV	1.7000

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
------------------------------	--------------------	-----	-----	---------

Prix non confirmé par le fabricant auprès de régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Bromazépam Co. Orl 3 mg	Apo-Bromazepam	2177161	APX	ADEFGV
6 mg	Apo-Bromazepam	2177188	APX	ADEFGV

Prix non confirmé par le fabricant auprès de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP)

Amlodipine Co. Orl 2,5 mg	Jamp-Amlodipine	2357186	JPC	ADEFGV
10 mg	Jamp-Amlodipine	2357208	JPC	ADEFGV
Aténolol Co. Orl 50 mg	Septa-Atenolol	2368641	SPT	ADEFGV
100 mg	Septa-Atenolol	2368668	SPT	ADEFGV
Candésartan Co. Orl 8 mg	Apo-Candesartan	2365359	APX	ADEFGV
16 mg	Apo-Candesartan	2365367	APX	ADEFGV
32 mg	Apo-Candesartan Co Candesartan	2399105 2376555	APX COB	ADEFGV
Célécoxib Caps Orl 100 mg	Celecoxib	2436299	SAS	ADEFGV
200 mg	Celecoxib	2436302	SAS	ADEFGV
Ciprofloxacine Co. Orl 250 mg	Septa-Ciprofloxacine	2379627	SPT	BW (SA)
500 mg	Mint-Ciprofloxacine Septa-Ciprofloxacine	2423561 2379635	MNT SPT	BW (SA)
750 mg	Septa-Ciprofloxacine	2379643	SPT	BW (SA)
Citalopram Co. Orl 10 mg	Septa-Citalopram	2431629	SPT	ADEFGV

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
Citalopram					
Co.	Orl				
	20 mg	Act Citalopram	2248050	SNV	ADEFGV
	40 mg	Act Citalopram Ran-Citalo	2248051 2285630	SNV RAN	ADEFGV
Clonazépam					
Co.	Orl				
	2 mg	Clonazepam	2442051	SIV	ADEFGV
Donépézil					
Co.	Orl				
	5 mg	Jamp-Donepezil	2404419	JPC	(SA)
	10 mg	Jamp-Donepezil	2404427	JPC	(SA)
Dutastéride					
Caps	Orl				
	0,5 mg	Act Dutasteride	2412691	TEV	ADEFGV
Fluoxétine					
Caps	Orl				
	10 mg	Mint-Fluoxetine	2380560	MNT	ADEFGV
	20 mg	Mint-Fluoxetine	2380579	MNT	ADEFGV
Gabapentine					
Caps	Orl				
	100 mg	Ran-Gabapentin	2319055	RAN	ADEFGVW
	400 mg	Ran-Gabapentin	2319071	RAN	ADEFGVW
Lamotrigine					
Co.	Orl				
	25 mg	Teva-Lamotrigine	2248232	TEV	ADEFGV
	100 mg	Teva-Lamotrigine	2248233	TEV	ADEFGV
	150 mg	Teva-Lamotrigine	2248234	TEV	ADEFGV
Metformine					
Co.	Orl				
	500 mg	ratio-Metformin Septa-Metformin	2242974 2379767	RPH SPT	ADEFGV
	850 mg	Apo-Metformin ratio-Metformin Septa-Metformin	2229785 2242931 2379775	APX RPH SPT	ADEFGV
Minocycline					
Caps	Orl				
	50 mg	Teva-Minocycline	2108143	TEV	ABDEFGVW
Montélukast					
Co.C.	Orl				
	4 mg	Montelukast	2379317	SAS	ADEFGV
	5 mg	Montelukast	2379325	SAS	ADEFGV

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	
Olanzapine Co.D.O. Orl	Act Olanzapine ODT Olanzapine ODT	2327562	TEV	ADEFVW	
		2352974	SAS		
	10 mg	Olanzapine ODT	2352982		SAS
	20 mg	Ran-Olanzapine ODT	2414120	RAN	ADEFVW
Paroxétine Co. Orl	Paroxetine	2282844	SAS	ADEFV	
Pramipexole Co. Orl	pms-Pramipexole	2290111	PMS	ADEFV	
	pms-Pramipexole	2290146	PMS	ADEFV	
Prégabaline Caps Orl	Mar-Pregabalin	2417529	MAR	ADEFVW	
	Mar-Pregabalin	2417537	MAR	ADEFVW	
	Mar-Pregabalin	2417545	MAR	ADEFVW	
	Mar-Pregabalin	2417561	MAR	ADEFVW	
Rabéprazole Co.Ent Orl	Apo-Rabeprazole	2345579	APX	ABDEFGV	
Ramipril Caps Orl	pms-Ramipril	2295369	PMS	ADEFV	
	Jamp-Ramipril	2331101	JPC		
Rispéridone Co. Orl	Teva-Risperidone	2264188	TEV	ADEFV	
Rosuvastatine Co. Orl	Mar-Rosuvastatin	2413051	MAR	ADEFV	
	Mint-Rosuvastatin	2397781	MNT		
	10 mg	Mar-Rosuvastatin	2413078	MAR	ADEFV
		Mint-Rosuvastatin	2397803	MNT	
20 mg	Mar-Rosuvastatin	2413086	MAR	ADEFV	
	Mint-Rosuvastatin	2397811	MNT		
40 mg	Mar-Rosuvastatin	2413108	MAR	ADEFV	
	Mint-Rosuvastatin	2397838	MNT		
Sertraline Caps Orl	Sandoz Sertraline	2245159	SDZ	ADEFV	

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	
Sertraline Caps Orl	50 mg	Sandoz Sertraline	2245160	SDZ	ADEFGV
Simvastatine Co. Orl	5 mg	Mar-Simvastatin	2375036	MAR	ADEFGV
	10 mg	pms-Simvastatin	2269260	PMS	ADEFGV
	80 mg	Mar-Simvastatin	2375079	MAR	ADEFGV
Solifénacine Co. Orl	5 mg	Med-Solifenacin	2428911	GMP	ADEFGV
		Mint-Solifenacin	2443171	MNT	
		Solifenacin Succinate	2448335	MDN	
	10 mg	Med-Solifenacin	2428938	GMP	ADEFGV
		Mint-Solifenacin	2443198	MNT	
		Solifenacin Succinate	2448343	MDN	
Sumatriptan Co. Orl	100 mg	Act Sumatriptan	2257904	ATV	ADEFGV
Topiramate Co. Orl	25 mg	Mar-Topiramate	2432099	MAR	ADEFGV
	100 mg	Mar-Topiramate	2432102	MAR	ADEFGV
	200 mg	Mar-Topiramate	2432110	MAR	ADEFGV
Valacyclovir Co. Orl	500 mg	Mar-Valacyclovir	2441586	MAR	ADEFGV
Valsartan Co. Orl	40 mg	Valsartan	2367726	PDL	ADEFGV
		Valsartan	2366940	SAS	
		Valsartan	2384523	SIV	
	80 mg	Valsartan	2367734	PDL	ADEFGV
		Valsartan	2366959	SAS	
		Valsartan	2384531	SIV	
	160 mg	Valsartan	2367742	PDL	ADEFGV
		Valsartan	2366967	SAS	
		Valsartan	2384558	SIV	
	320 mg	Valsartan	2367750	PDL	ADEFGV
		Valsartan	2366975	SAS	
		Valsartan	2384566	SIV	

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
Zopiclone					
Co.	Orl				
	5 mg	Sandoz Zopiclone	2257572	SDZ	ADEFVW
		Septa-Zopiclone	2386909	SPT	ADEFVW
	7,5 mg	Septa-Zopiclone	2386917	SPT	ADEFVW

Bulletin n° 1022

Le 19 mars 2020

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 mars 2020.

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@nbdugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Alteplase (Cathflo ^{MD})	fiole de 2 mg	02245859	HLR	(SA)	PCF
<p>Pour le traitement de l'occlusion du cathéter veineux central chez les patients qui reçoivent une hémodialyse à domicile.</p>					
Dolutégravir / lamivudine (Dovato ^{MD})	comprimés de 50 mg / 300 mg	02491753	VIV	(SA)	PCF
<p>Pour le traitement de l'infection par le VIH-1 chez les patients âgés de 12 ans ou plus et pesant au moins 40 kg, qui respectent les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • aucun traitement antérieur contre le VIH-1; • charge virale égale ou inférieure à 500 000 copies/mL. <p><u>Notes 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. 					
Isavuconazole (Cresemba ^{MC})	capsules de 100 mg fiole de 200 mg	02483971 02483998	AVI	(SA)	PCF
<ul style="list-style-type: none"> • Pour le traitement des patients adultes atteints d'aspergillose invasive qui n'ont pas répondu ou qui présentent une contre-indication ou une intolérance au voriconazole oral et à la caspofongine. • Pour le traitement des patients adultes atteints de mucormycose invasive. <p><u>Notes pour les réclamations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Doit être prescrit par un spécialiste des maladies infectieuses ou un microbiologiste médical. • Les demandes initiales seront approuvées pour un maximum de 3 mois. • Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué ici. 					
Risankizumab (Skyrizi ^{MD})	seringue préremplie de 75 mg / 0,83 mL	02487454	ABV	(SA)	PCF
<p>Pour le traitement du psoriasis en plaques chronique modéré à grave chez les patients qui répondent à tous les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 150 mg aux semaines 0 et 4, et toutes les 12 semaines par la suite.
- Période initiale d'approbation : 16 semaines
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

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

Nouvelle indication

Osimertinib (Tagrisso^{MD})

comprimés de 40 mg
comprimés de 80 mg

02456214
02456222

AZE

(SA)

PCF

1. Pour le traitement de première intention des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé (ne se prêtant pas à un traitement curatif) ou métastatique porteur d'une délétion dans l'exon 19 ou d'une mutation de substitution dans l'exon 21 (L858R) du gène du récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR).
2. Pour le traitement des patients atteints d'un CPNPC localement avancé (ne se prêtant pas à un traitement curatif) ou métastatique porteur de la mutation T790M du gène du récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR) dont la maladie a progressé pendant le traitement par un inhibiteur de la tyrosine kinase (ITK) de l'EGFR.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement.

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté en cas de progression cliniquement significative de la maladie ou d'effets toxiques inacceptables.

Notes pour les réclamations :

- Les demandes pour un traitement de première intention seront admissibles pour les patients atteints d'un CPNPC porteur de la mutation génétique T790M de novo.
 - Période d'approbation initiale : 1 an
 - Période d'approbation du renouvellement : 1 an
-

Politique de co-paiement - Régimes d'assurance-médicaments du N.-B. (COVID-19)

Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

Le 20 mars 2020

Politique visant à éliminer la perception de co-paiements excédentaires dans les pharmacies communautaires dans le cadre des régimes d'assurance-médicaments du Nouveau-Brunswick

Contexte:

En appui à la directive émise par l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick de fournir des médicaments aux patients pendant 30 jours seulement (limite de 30 jours) pour protéger l'approvisionnement en médicaments, la Direction des services pharmaceutiques du Ministère émet une directive aux pharmacies communautaires qui abordera la question de l'excès de co-paiements facturés aux patients.

Directive:

- Cette directive s'applique aux situations où un membre des Régimes d'assurance-médicaments du Nouveau-Brunswick présente une ordonnance au pharmacien de plus de 30 jours.
- Lorsque les pharmaciens doivent réduire la quantité pour ces ordonnances à 30 jours en raison de la directive émise par l'Ordre, le co-paiement initial s'appliquera toujours aux 30 premiers jours de remplissage. Pour les réclamations subséquentes pour la même ordonnance, le pharmacien identifiera ces réclamations afin que les co-paiements soient réduits à zéro (maximum de 2 recharges avec un paiement zéro par 100 jours).
- La Direction des services pharmaceutiques travaille sur des améliorations au système d'arbitrage en pharmacie qui permettra aux pharmaciens d'identifier les demandes pour lesquelles le co-paiement devrait être réduit à zéro au moment où les deuxième et troisième recharges sont soumises. Au cours de la période intermédiaire, nous demandons aux pharmacies de documenter les réclamations dans lesquelles le co-paiement devrait être zéro et de soumettre à nouveau ces demandes une fois que les améliorations au système seront en place.
- La directive s'applique à tous les régimes publics d'assurance-médicaments du Nouveau-Brunswick, entre en vigueur immédiatement et est rétroactive à la date à laquelle la directive de l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick de fournir des médicaments aux patients pendant 30 jours seulement a été émise.
- La directive sera en vigueur jusqu'à ce que l'état d'urgence déclaré en vertu de la Loi sur les mesures d'urgence du Nouveau-Brunswick ait été annulée.



Kevin Pothier, Directeur par intérim
Services pharmaceutiques
Ministère de la Santé

Bulletin n° 1

Le 25 mars 2020

Bulletin spécial des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick COVID-19

Ce bulletin constitue un complément d'information à la politique de directives publiée le 20 mars 2020 (*Politique visant à éliminer la perception de co-paiements excédentaires dans les pharmacies communautaires dans le cadre des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick*).

Afin de gérer les pénuries potentielles de médicaments provoquées par l'accumulation de médicaments par les patients, l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick a demandé aux pharmaciens de limiter la provision de médicaments à 30 jours. Lorsque les pharmaciens doivent réduire la provision à 30 jours conformément à cette directive, les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick **appliqueront le co-paiement seulement sur l'ordonnance ou le renouvellement initial de 30 jours des adhérents** afin de compenser les coûts supplémentaires engendrés.

Le co-paiement pour le deuxième et le troisième renouvellement de la même ordonnance pourrait être exempté pour les adhérents qui, selon leur historique de demandes de règlement, font habituellement exécuter leurs ordonnances et leurs renouvellements selon une provision de plus de 30 jours. Les co-paiements pourraient alors être exemptés pour un maximum de 2 renouvellements par période de 100 jours.

Régimes touchés

- Régimes pour les aînés (Régime A), *y compris le Plan de médicaments sur ordonnance de Croix Bleue Medavie à l'intention des aînés*
- Régime médicaments du Nouveau-Brunswick (Régime D)
- Clients du ministère du Développement social (Régime F)
- Résidents adultes en établissement résidentiel autorisé (foyers de soins spéciaux) (Régime E)
- Insuffisance en hormones de croissance (Régime T)
- Fibrose kystique (Régime B)
- Greffe d'organes (Régime R)
- Programme extra-mural (Régime W)

* Les adhérents du Programme pour la sclérose en plaques (Régime H) sont exclus puisqu'une limite de provision standard de 30 jours s'applique déjà à ce programme.

Exclusions

Ce processus ne s'applique pas aux médicaments qui ne sont pas habituellement fournis selon une provision de plus de 30 jours ni aux médicaments qui ne peuvent pas être fournis selon une provision de plus de 30 jours (c.-à-d. les médicaments onéreux désignés, les narcotiques, les substances contrôlées et les autres médicaments ciblés).

Soumission de demande de règlement

Les pharmacies continueront de facturer des frais d'exécution pour chaque ordonnance.

La direction des Services pharmaceutiques travaille actuellement sur des mises à jour au système de demande de règlement des pharmacies pour l'adapter à ces changements. D'ici à ce que ces mises à jour soient apportées, les pharmacies ne doivent pas facturer de co-paiement aux adhérents lors du deuxième et du troisième renouvellement de la même ordonnance.

Les pharmacies doivent effectuer le suivi de toute demande qui aurait dû faire l'objet d'une exemption du co-paiement et soumettre ces demandes de règlement à nouveau une fois que les mises à jour auront été apportées au système. Toutes les demandes soumises aux régimes aux fins de remboursement pourraient faire l'objet d'une vérification et d'un recouvrement.

Nous continuons de suivre la situation liée à la COVID-19 de près et nous réagissons aux changements à mesure qu'ils surviennent.

Pour obtenir de l'aide ou si vous avez des questions au sujet de ce changement, veuillez téléphoner sans frais à notre Service de renseignements au 1-855-540-7325 (du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h).

Bulletin n° 2

Le 25 mars 2020

Bulletin spécial des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick COVID-19

Pour la sécurité des adhérents et des fournisseurs de soins de santé, et pour s'assurer que les adhérents continuent à avoir un accès ininterrompu aux médicaments sur ordonnance, les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick mettront en œuvre les changements suivants à compter **du 25 mars 2020** :

Prolongation des autorisations spéciales

- Les autorisations spéciales des adhérents aux Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick qui devaient être renouvelées entre le 1^{er} mars 2020 et le 31 mai 2020 **seront prolongées jusqu'au 31 août 2020**.
- Certains médicaments sont exclus de ce processus, notamment les médicaments ayant une durée d'approbation fixe, comme indiqué dans les critères d'autorisation spéciale (p. ex., les médicaments contre l'hépatite C).
- Cette mise à jour s'applique seulement aux renouvellements d'autorisation spéciale. Les nouvelles demandes de médicaments nécessitant une autorisation spéciale ne sont pas visées et doivent être soumises aux Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick selon le processus standard.

Substances contrôlées

- En réponse aux récentes exemptions de Santé Canada pour les ordonnances de substances contrôlées en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, les restrictions imposées aux pharmaciens et aux prescripteurs pour les narcotiques, les substances contrôlées et les autres substances ciblées seront supprimées pour tous les adhérents actuellement assujettis à des restrictions. Par conséquent, le « Formulaire de consentement visant les services de prescription restreints » **n'est plus requis**.
- La méthadone et la buprénorphine/naloxone (Suboxone® et marques génériques) pour les troubles liés à l'usage des opioïdes ne nécessiteront plus d'autorisation spéciale et deviendront temporairement des avantages réguliers sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.
- Le Programme de surveillance pharmaceutique continuera de veiller à la prescription appropriée de médicaments contrôlés, notamment les produits de méthadone et de buprénorphine, et surveillera activement leur utilisation afin de réduire les dommages potentiels pour les patients.

Nous continuons de suivre la situation liée à la COVID-19 de près et nous réagissons aux changements à mesure qu'ils surviennent.

Pour obtenir de l'aide ou si vous avez des questions au sujet de ces changements, téléphonez sans frais à notre Service de renseignements au 1-855-540-7325 (du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h).

Bulletin n° 3

Le 27 mars 2020

Bulletin spécial des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick COVID-19

En raison de la pandémie de COVID-19, certaines analyses médicales requises pour évaluer l'admissibilité au remboursement des médicaments dans le cadre des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick pourraient être impossibles à obtenir dans les cas suivants :

- personnes qui sont en auto-isolement;
 - personnes considérées comme à haut risque (p. ex., les personnes âgées et immunodéprimées) qui doivent demeurer isolées;
 - indisponibilité des analyses dans les RRS en raison de priorités liées à la COVID-19.
- **Demandes portant sur les anticoagulants oraux directs (AOD)**
 - Selon les critères d'autorisation spéciale pour les AOD (p. ex., dabigatran, rivaroxaban, apixaban et edoxaban) pour la fibrillation auriculaire, les patients doivent avoir essayé la warfarine pour une période d'au moins deux mois, avoir une contre-indication à la warfarine ou ne pas être en mesure d'être traités par la warfarine en raison d'une incapacité à effectuer une surveillance régulière au moyen de la mesure du rapport international normalisé (RIN).
 - La raison pour laquelle la mesure du RIN ne peut être obtenue doit être indiquée clairement sur la demande d'autorisation spéciale, le cas échéant.
 - **Inhalateurs pour la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et exploration fonctionnelle respiratoire**
 - Les critères d'autorisation spéciale pour de nombreux médicaments pour la MPOC (p. ex., inhalateurs contenant des bêta-agonistes à action prolongée, des anticholinergiques à action prolongée ou des corticostéroïdes) prévoient une exploration fonctionnelle respiratoire ou une spirométrie.
 - 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) avec la demande d'autorisation spéciale.

Dans les cas où il est impossible d'obtenir l'analyse médicale exigée, **vous devez inclure des renseignements sur l'incapacité de votre patient à obtenir l'analyse dans la** demande d'autorisation spéciale.

Des exceptions aux critères d'autorisation spéciale pour d'autres médicaments qui nécessitent des analyses médicales pourraient être considérées, pourvu que des renseignements sur l'incapacité du patient à obtenir des analyses soient inclus dans la demande. Nous continuons de suivre la situation liée à la COVID-19 de près et nous évaluons la nécessité d'apporter des changements supplémentaires aux critères d'autorisation spéciale en continu.

Pour obtenir de l'aide supplémentaire ou si vous avez des questions au sujet de ce changement, veuillez téléphoner sans frais à notre Service de renseignements au 1-855-540-7325 (du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h).

Bulletin n° 1023

Le 31 mars 2020

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 31 mars 2020, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 21 avril 2020, les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 avril 2020, ces produits 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 qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 avril 2020. Avant le 21 avril 2020, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
 - Augmentations de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 31 mars 2020.
- 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 avril 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	Mint-Atorvastatin	2479508	MNT	ADEFGV	0.1743
	20 mg	Mint-Atorvastatin	2479516	MNT	ADEFGV	0.2179
	40 mg	Mint-Atorvastatin	2479524	MNT	ADEFGV	0.2342
Acarbose						
Co.	Orl					
	50 mg	Glucobay	2190885	BAY	ADEFGV	0.2695
		Mar-Acarbose	2494078	MAR		0.2021
	100 mg	Glucobay	2190893	BAY	ADEFGV	0.3733
		Mar-Acarbose	2494086	MAR		0.2799
Candésartan						
Co.	Orl					
	8 mg	Apo-Candesartan	2365359	APX	ADEFGV	0.2281
	16 mg	Apo-Candesartan	2365367	APX	ADEFGV	0.2281
	32 mg	Apo-Candesartan	2399105	APX	ADEFGV	0.2281
Darunavir						
Co.	Orl					
	600 mg	Prezista	2324024	JAN	DU	16.7200
		Apo-Darunavir	2487241	APX		12.8910
	800 mg	Prezista	2393050	JAN	DU	22.7000
		Apo-Darunavir	2487268	APX		17.4885
Élétriptan						
Co.	Orl					
	20 mg	Apo-Eletriptan	2386054	APX	ADEFGV	2.6172
	40 mg	Apo-Eletriptan	2386062	APX	ADEFGV	2.6172
Entécavir						
Co.	Orl					
	0.5 mg	Mint-Entecavir	2485907	MNT	ADEFGV	5.5000
Fluticasone / Salmeterol						
Pd.	Inh					
	100 mcg / 50 mcg	Advair Diskus	2240835	GSK	(SA)	1.4135
		pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol	2494507	PMS		0.7068
		Wixela Inhub	2495597	MYL		
	250 mcg / 50 mcg	Advair Diskus	2240836	GSK	(SA)	1.6920
		pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol	2494515	PMS		0.8460
		Wixela Inhub	2495600	MYL		
	500 mcg / 50 mcg	Advair Diskus	2240837	GSK	(SA)	2.4020
		pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol	2494523	PMS		1.2010
		Wixela Inhub	2495619	MYL		

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM	
Fulvestrant							
Liq	IM	50 mg/mL	Fulvestrant Injection	2483610	SDZ	ADEFGV	58.2895
Hydroxychloroquine							
Co.	Orl	200 mg	Jamp-Hydroxychloroquine Sulfate	2491427	JPC	ADEFGV	0.1576
Latanoprost							
Liq	Oph	0,005%	Jamp-Latanoprost	2453355	JPC	ADEFGV	3.6320
Latanoprost / Timolol							
Liq	Oph	0,005% / 0,5%	Jamp-Latanoprost-Timolol	2453770	JPC	ADEFGV	4.4268
Ondansétron							
Co.D.O.	Orl	4 mg	Mint-Ondansetron ODT	2487330	MNT	(SA)	3.2720
		8 mg	Mint-Ondansetron ODT	2487349	MNT	(SA)	4.9930
Spironolactone							
Co.	Orl	25 mg	Mint-Spironolactone	2488140	MNT	ADEFGV	0.0810
		100 mg	Mint-Spironolactone	2488159	MNT	ADEFGV	0.1910

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM	
Ergocalciférol							
Gtts	Orl	8 288 IU	Erdol (Drisodan)	80003615	ODN	AEFGV	0.2189
Famotidine							
Co.	Orl	20 mg	Famotidine	2351102	SAS	ADEFGV	0.2657
			Teva-Famotidine	2022133	TEV		
		40 mg	Famotidine	2351110	SAS	ADEFGV	0.4833
			Teva-Famotidine	2022141	TEV		
Fénofibrate							
Co.	Orl	100 mg	Apo-Feno-Super	2246859	APX	ADEFGV	0.5406
			Sandoz Fenofibrate S	2288044	SDZ		
Fluvoxamine							
Co.	Orl	100 mg	Act Fluvoxamine	2255537	TEV	ADEFGV	0.3783
			Apo-Fluvoxamine	2231330	APX		
Fosinopril							
Co.	Orl	10 mg	Apo-Fosinopril	2266008	APX		
			Fosinopril	2459388	SAS		
			Jamp-Fosinopril	2331004	JPC	ADEFGV	0.2177
			Ran-Fosinopril	2294524	RAN		
			Teva-Fosinopril	2247802	TEV		

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Glyburide							
Co.	Orl	5 mg	Apo-Glyburide	1913662	APX	ADEFGV	0.0573
			Glyburide	2350467	SAS		
			Teva-Glyburide	1913689	TEV		
Hydrocortisone / Pramoxine / Zinc							
Ont	Rt	0,5% / 1% / 0,5%	Proctodan-HC Ointment	2234466	ODN	ADEFGV	0.7314
Loxapine							
Co.	Orl	2,5 mg	Xylac	2242868	PDP	ADEFGV	0.2256
Spironolactone							
Co.	Orl	25 mg	Teva-Spironolactone	613215	TEV	ADEFGV	0.0810
		100 mg	Teva-Spironolactone	613223	TEV	ADEFGV	0.1910
Spironolactone / Hydrochlorothiazide							
Co.	Orl	50 mg / 50 mg	Teva-Spironolactone HCTZ	657182	TEV	ADEFGV	0.2276

Changements touchant une catégorie de médicament

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
Amoxicilline / Acide clavulanique						
Pds.	Orl	125 mg / 31,25 mg / 5 mL	Clavulin 125-F	1916882	GSK	ABDEFGVW
		250 mg / 62,5 mg / 5 mL	Clavulin 250-F	1916874	GSK	ABDEFGVW
		400 mg / 57 mg / 5 mL	Clavulin 400	2238830	GSK	ABDEFGVW
Cyclosporine						
Liq	Orl	100 mg/mL	Neoral	2150697	NVR	ADEFGRV

Bulletin n° 4

Le 8 avril 2020

Bulletin spécial des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick COVID-19

En réponse à la pandémie actuelle de COVID-19, les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick suspendront temporairement l'envoi postal des documents suivants à compter du **8 avril 2020** et jusqu'à nouvel ordre:

Formulaires de demande d'adhésion et lettres

Les demandeurs peuvent obtenir les formulaires de demande d'adhésion pour tous les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick en accédant au [site Web](#) du ministère de la Santé. Ils peuvent également communiquer avec le Service de renseignements pour demander à recevoir un formulaire de demande d'adhésion par courriel. Les formulaires de demande d'adhésion peuvent être soumis aux Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick par courrier, télécopieur ou téléphone.

Les demandeurs peuvent communiquer avec le Service de renseignements pour obtenir de l'information sur le statut de leur demande ou sur leur couverture existante (p. ex., date d'entrée en vigueur de la couverture, numéro d'identification, montant de la prime, demande de reçu de paiement des primes).

L'envoi postal des cartes d'identification du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick sera temporairement suspendu. Les membres doivent utiliser leur numéro d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick au lieu de leur carte d'identification en pharmacie.

Décisions relatives aux demandes d'autorisation spéciale

L'**approbation** des demandes d'approbation spéciale peut être confirmée en communiquant avec les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick par téléphone. Les pharmacies peuvent également essayer de soumettre la demande par voie électronique. Les demandes d'autorisation spéciale qui **ne répondent pas aux critères ou qui sont incomplètes** seront télécopiées au prescripteur.

Nous continuons de suivre la situation liée à la COVID-19 de près et nous réagissons aux changements à mesure qu'ils surviennent. Pour obtenir de l'aide ou si vous avez des questions au sujet de ce changement, veuillez téléphoner sans frais à notre Service de renseignements au 1-855-540-7325 (du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h).

Bulletin n° 5

Le 9 avril 2020

Bulletin spécial des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick COVID-19

Ce bulletin constitue un complément d'information au bulletin spécial n° 1 sur la COVID-19 des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick qui a été émis le 24 mars 2020 ([Soutien au co-paiement pour les adhérents](#)).

Comme il a été mentionné dans le bulletin n° 1, lorsque les pharmaciens doivent réduire la provision à 30 jours conformément à la directive de l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick, les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick appliqueront le co-paiement seulement sur l'ordonnance ou le renouvellement initial de 30 jours des adhérents afin de compenser les coûts supplémentaires engendrés.

Nous avons demandé aux pharmacies d'effectuer le suivi de toute demande qui aurait dû faire l'objet d'une exemption du co-paiement et de soumettre ces demandes de règlement à nouveau une fois que les mises à jour auront été apportées au système de demande de règlement des pharmacies pour l'adapter à ces changements.

Mise à jour pour la soumission de demandes de règlement

Afin de ne pas avoir à faire le suivi de ces demandes de règlement manuellement, les pharmacies doivent maintenant utiliser le **code d'intervention « EV »** dans le cas de toute demande qui fait l'objet d'une exemption du co-paiement en raison de la directive. Veuillez noter que le code d'intervention « EV » n'aura pas pour effet de réduire automatiquement le co-paiement à zéro.

Une fois les améliorations apportées au système de demande de règlement des pharmacies, les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick procéderont à un nouveau traitement des demandes de règlement admissibles qui ont été soumises avec le code d'intervention « EV ». Aucune autre action ne sera requise de la part des pharmacies. Ces ajustements aux demandes de règlement apparaîtront sur le relevé de paiement de la pharmacie.

Nous travaillons actuellement à apporter les changements nécessaires au système de demande de règlement des pharmacies le plus rapidement possible. Le calendrier sera communiqué plus près de la date de mise en œuvre.

Si vous avez des questions, veuillez téléphoner sans frais à notre Service de renseignements au 1-855 -540-7325 (du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h).

Bulletin spécial des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick COVID-19

Foire aux questions

Perception de co-paiements excédentaires dans les pharmacies dans le cadre des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Ce bulletin constitue un complément d'information à la [politique de directives](#) publiée le 20 mars 2020 (« *Politique visant à éliminer la perception de co-paiements excédentaires dans les pharmacies communautaires dans le cadre des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick* »).

Quelles demandes de remboursement sont admissibles à une annulation du co-paiement?

Les patients devraient payer un co-paiement sur l'exécution de leur ordonnance initiale de 30 jours que si, selon leur historique de demandes de remboursement, ils font **habituellement exécuter leur ordonnance pour une provision de plus de 30 jours (p.ex., 60, 90 ou 100 jours)**.

Le co-paiement pour le deuxième et le troisième renouvellement d'une même ordonnance devrait être annulé si la pharmacie réduit les jours d'approvisionnement à 30 jours conformément à la directive de l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick. Les co-paiements peuvent être annulés jusqu'à un maximum de 2 renouvellements par 100 jours.

	Le patient fait habituellement exécuter son ordonnance pour une provision de 60 jours	Le patient fait habituellement exécuter son ordonnance pour une provision de 90 ou 100 jours
1^{ère} demande de remboursement	Co-paiement appliqué	Co-paiement appliqué
2^e demande de remboursement	Annulation du co-paiement	Annulation du co-paiement
3^e demande de remboursement	Co-paiement appliqué	Annulation du co-paiement
4^e demande de remboursement	Annulation du co-paiement	Co-paiement appliqué

Quelles demandes de remboursement ne sont pas admissibles à l'annulation du co-paiement?

- Si le patient fait habituellement exécuter son ordonnance pour une provision de 30 jours ou moins, selon son historique de demandes de remboursement, ou
- s'il s'agit d'une nouvelle ordonnance pour le patient, ou
- s'il s'agit de la première exécution d'une ordonnance pour une provision de 60, 90 ou 100 jours, ou
- si le médicament est fourni en tant qu'avantage en vertu du programme pour la sclérose en plaques (Régime H).

Exemples :

- Si le patient a une ordonnance pour un médicament onéreux désigné, un narcotique ou une autre substance contrôlée, le co-paiement régulier doit lui être facturé chaque fois qu'il fait exécuter son ordonnance.
- Si le patient fait habituellement exécuter son ordonnance tous les 30 jours (selon son historique de demandes de remboursement), le co-paiement doit lui être facturé chaque fois qu'il fait exécuter son ordonnance. Cette politique s'applique seulement aux patients qui font régulièrement exécuter leur ordonnance pour plus de 30 jours (p. ex., chaque 60, 90 ou 100 jours).
- Si le patient doit faire exécuter une ordonnance le 25 mars pour un médicament pour lequel il recevrait normalement une provision de 90 jours, le montant régulier du co-paiement doit lui être facturé le 25 mars. Lorsqu'il retournera à la pharmacie pour le renouvellement le 24 avril et le 28 mai, aucun co-paiement ne devrait lui être facturé. **Les pharmacies doivent utiliser le code d'intervention « EV » pour les demandes de remboursement du 24 avril et du 28 mai afin d'indiquer que le patient est admissible à l'annulation du co-paiement.**

De quelle façon les pharmacies peuvent-elles identifier les demandes de remboursement qui sont admissibles à l'annulation du co-paiement?

Le code d'intervention « EV » doit être utilisé. L'utilisation de ce code n'annulera pas immédiatement le co-paiement. Le code est utilisé pour faire le suivi des demandes de remboursement qui seront soumises de nouveau et traitées à une date ultérieure.

Une fois que les améliorations auront été apportées au système de demande de règlement des pharmacies, les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick annuleront et soumettront de nouveau les demandes de remboursement admissibles qui ont été soumises par les pharmacies avec le code d'intervention « EV ». Aucune autre action ne sera requise de la part des pharmacies.

Quand les pharmacies seront-elles remboursées pour les co-paiements qui n'ont pas été perçus auprès des adhérents?

Les changements sur le système de demande de règlement des pharmacies sont en cours et seront appliqués de plus rapidement possible. Les échéances pour les remboursements seront communiquées aux pharmacies au cours des prochaines semaines.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer sans frais avec le Service de renseignements des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick au 1-855-540-7325 (du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h).

Bulletin n° 1024

Le 23 avril 2020

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 23 avril 2020.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Mise à jour sur les formulaires de demande d'autorisation spéciale pour un inhibiteur de la cholinestérase

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
Baclofène (Lioresal ^{MD} Intrathecal et marques génériques)	injection de 0,05 mg/mL injection de 0,5 mg/mL injection de 2 mg/mL	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.		ADEFGV	PAM
Latanoprostène bunod (Vyzulta ^{MC})	solution ophtalmique de 0,024%	02484218	BSH	ADEFGV	PCF

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Cladribine (Mavenclad ^{MC})	comprimé de 10 mg	02470179	EMD	(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 de McDonald;
- Au moins une poussée invalidante ou nouvelle activité révélée par un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) au cours de la dernière année;
- Patient ambulatoire, avec ou sans aide (c.-à-d. score récent de 6,5 ou moins sur l'échelle étendue du statut d'invalidité [EDSS]);
- Absence de réponse ou intolérance à au moins un médicament modificateur de la maladie (p. ex. interféron, glatiramère, fumarate de diméthyle, tériflunomide, ocrélizumab).

Notes cliniques :

1. Le traitement doit être arrêté chez les patients dont le score à l'échelle EDSS est de 7 ou plus.
2. Une poussée se définit par l'apparition de symptômes neurologiques nouveaux ou aggravés, qui durent au moins 24 heures et ne sont pas accompagnés de fièvre ou d'infection, précédée par un état de stabilité d'une durée d'au moins un mois et accompagnée de nouveaux résultats neurologiques objectifs observés au cours d'une évaluation menée par un neurologue.

Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un neurologue possédant de l'expérience dans le traitement de la sclérose en plaques.
- Les demandes des personnes inscrites aux régimes A, D, E, F, G et V seront examinées.
- Les approbations seront pour une quantité de 1,75 mg/kg, jusqu'à concurrence de 200 mg par année de traitement.
- La période d'approbation est de deux ans.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumis 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 – inhibiteurs de la cholinestérase					
Donépézil (Aricept ^{MD} et marques génériques)	comprimé de 5 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.		(SA)	PAM
	comprimé de 10 mg				
<p>Pour le traitement de la démence légère à modérée chez les patients qui répondent aux critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Score de 10 à 30 au mini-examen de l'état mental (MMSE). • Score de 4 ou 5 à l'échelle <i>Functional Assessment Staging Test</i> (FAST). <p><u>Note clinique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Un score récent au MMSE et à l'échelle FAST doit être fourni. <p><u>Note pour les réclamations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Période d'approbation : 1 an 					
Galantamine (marques génériques)	capsule à libération prolongée de 8 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.		(SA)	PAM
	capsule à libération prolongée de 16 mg				
	capsule à libération prolongée de 24 mg				
	capsule à libération prolongée de 24 mg				
Rivastigmine (Exelon ^{MD} et marques génériques)	capsule de 1,5 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.		(SA)	PAM
	capsule de 3 mg				
	capsule de 4,5 mg				
	capsule de 6 mg				
	capsule de 6 mg				
<p>Pour le traitement de la démence légère à modérée chez les patients qui présentent une intolérance au donépézil et répondent aux critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Score de 10 à 30 au mini-examen de l'état mental (MMSE). • Score de 4 ou 5 à l'échelle <i>Functional Assessment Staging Test</i> (FAST). <p><u>Notes cliniques :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un score récent au MMSE et à l'échelle FAST doit être fourni. 2. La nature de l'intolérance doit être décrite. <p><u>Note pour les réclamations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Période d'approbation : 1 an 					

Rivastigmine (Exelon^{MD}) solution orale à 2 mg/mL 02245240 NVR (SA) PCF

Pour le traitement de la démence légère à modérée chez les patients pour qui les comprimés ou les capsules orales ne sont pas une option et qui répondent aux critères suivants :

- Score de 10 à 30 au mini-examen de l'état mental (MMSE).
- Score de 4 ou 5 à l'échelle *Functional Assessment Staging Test* (FAST).

Note clinique :

- Un score récent au MMSE et à l'échelle FAST doit être fourni.

Note pour les réclamations :

- Période d'approbation : 1 an

Nouvelle indication et critère révisé

Dabrafénib (Tafinlar^{MD}) capsule de 50 mg 02409607 NVR (SA) PCF
capsule de 75 mg 02409615

Traitement adjuvant du mélanome

En association avec le tramétinib pour le traitement adjuvant des patients atteints d'un mélanome cutané qui répondent à tous les critères suivants :

- maladie de stade IIIA (limitée aux métastases de plus de 1 mm dans les ganglions lymphatiques à IIID (AJCC, 8^e édition);
- mutation BRAF V600;
- résection complète de la maladie, y compris des métastases en transit.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être poursuivi jusqu'à la survenue d'une récurrence de la maladie ou l'apparition d'effets toxiques inacceptables, jusqu'à un maximum de 12 mois.

Notes pour les réclamations :

- Les demandes sont admissibles pour les patients qui présentent des micrométastases dans les ganglions lymphatiques régionaux d'après une biopsie des ganglions lymphatiques sentinelles.
- Les demandes ne sont pas admissibles pour les patients qui ont reçu une immunothérapie adjuvante pendant plus de trois mois. Les patients peuvent passer à un traitement ciblant la protéine BRAF au cours des trois premiers mois de l'immunothérapie pour atteindre un total de 12 mois de traitement adjuvant.
- Période d'approbation : jusqu'à 12 mois.

Mélanome métastatique

Pour le traitement du mélanome non résecable ou métastatique avec mutation BRAF V600, en monothérapie ou en association avec le tramétinib.

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.

2. Si des métastases cérébrales sont présentes, les patients doivent être asymptomatiques ou stables.
3. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les réclamations :

- Le dabrafénib ne sera pas remboursé pour les patients dont la maladie a progressé durant un traitement ciblant la protéine BRAF.
- Les demandes seront admissibles pour les patients qui ont reçu un traitement adjuvant ciblant la protéine BRAF si la progression de la maladie est survenue au moins six mois après la fin du traitement.
- Période d'approbation initiale : 6 mois
- Période d'approbation du renouvellement : 6 mois

Nouvelle indication et critère révisé

Tramétinib (Mekinist^{MD})

comprimé de 0,5 mg	02409623			
comprimé de 2 mg	02409658	NVR	(SA)	PCF

Traitement adjuvant du mélanome

En association avec le dabrafénib pour le traitement adjuvant des patients atteints d'un mélanome cutané qui répondent à tous les critères suivants :

- maladie de stade IIIA (limitée aux métastases de plus de 1 mm dans les ganglions lymphatiques à IIID (AJCC, 8^e édition);
- mutation BRAF V600;
- résection complète de la maladie, y compris des métastases en transit.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être poursuivi jusqu'à la survenue d'une récurrence de la maladie ou l'apparition d'effets toxiques inacceptables, jusqu'à un maximum de 12 mois.

Notes pour les réclamations :

- Les demandes sont admissibles pour les patients qui présentent des micrométastases dans les ganglions lymphatiques régionaux d'après une biopsie des ganglions lymphatiques sentinelles.
- Les demandes ne sont pas admissibles pour les patients qui ont reçu une immunothérapie adjuvante pendant plus de trois mois. Les patients peuvent passer à un traitement ciblant la protéine BRAF au cours des trois premiers mois de l'immunothérapie pour atteindre un total de 12 mois de traitement adjuvant.
- Période d'approbation : jusqu'à 12 mois.

Mélanome métastatique

Pour le traitement du mélanome non résecable ou métastatique avec mutation BRAF V600, en monothérapie ou en association avec le dabrafénib.

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Si des métastases cérébrales sont présentes, les patients doivent être asymptomatiques ou stables.
3. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les réclamations :

- Le tramétinib ne sera pas remboursé pour les patients dont la maladie a progressé durant un traitement ciblant la protéine BRAF.
- Les demandes seront admissibles pour les patients qui ont reçu un traitement adjuvant ciblant la protéine BRAF si la progression de la maladie est survenue au moins six mois après la fin du traitement.
- Période d'approbation initiale : 6 mois
- Période d'approbation du renouvellement : 6 mois

Critère révisé

Lansoprazole (Prevacid^{MD} et marques génériques)

capsule à libération retardée de 15 mg
capsule a à libération retardée de 30 mg

Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.

(SA)

PAM

- Pour les patients qui ont présenté un échec thérapeutique avec tous les inhibiteurs de la pompe à proton inscrits à titre de médicaments réguliers (p. ex., oméprazole, pantoprazole, rabéprazole).
- Lorsque préparé sous forme de suspension orale chez les patients de 18 ans et moins qui doivent recevoir un inhibiteur de la pompe à proton et qui ne peuvent prendre un comprimé ou une capsule.

Note clinique :

- Dans le cas des patients qui ont présenté un échec thérapeutique après avoir essayé le traitement à la dose standard pendant au moins huit semaines, on peut envisager un essai de huit semaines au double de la dose. La couverture au-delà de huit semaines sera envisagée si le passage à la dose standard ne donne pas de bons résultats.

Mise à jour sur les formulaires de demande d'autorisation spéciale pour un inhibiteur de la cholinestérase

Les formulaires d'autorisation spéciale pour un inhibiteur de la cholinestérase ne doivent plus être utilisés pour demander la couverture du donépézil, de la rivastigmine ou de la galantamine. Les demandes de couverture du donépézil, de la rivastigmine ou de la galantamine doivent maintenant être soumises au moyen du formulaire de demande d'autorisation spéciale générale qui se trouve à l'adresse suivante : <https://www.gnb.ca/SAonlineform.pdf>

Bulletin n° 7

Le 24 avril 2020

Bulletin spécial des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick COVID-19

Le 23 avril 2020, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a annoncé l'élimination de la directive de l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick concernant la limite de 30 jours d'approvisionnement pour les médicaments sur ordonnance.

La [politique visant à éliminer la perception de co-paiements excédentaires dans les pharmacies communautaires dans le cadre des régimes d'assurance-médicaments du Nouveau-Brunswick](#) continuera toutefois d'être en vigueur jusqu'au 23 juin 2020 en fin de journée. Tous les copaiements éligibles annulés par les pharmacies dans le cadre de cette politique entre la date de publication de la directive de l'Ordre des pharmaciens (le 17 mars) et le 23 juin seront donc remboursés par les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

À compter du mercredi 24 juin, les copaiements habituels s'appliqueront à toutes ordonnances et renouvellements, conformément aux politiques des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick. Aucune autre annulation de copaiement ne sera exigée ou remboursée par les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Si vous avez des questions, veuillez téléphoner sans frais à notre Service de renseignements au 1-855-540-7325 (du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h).

Bulletin n° 6 (modifié)

Le 27 avril 2020

Foire aux questions COVID-19

Perception des quotes-parts supplémentaires dans les pharmacies en vertu des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Q.1 Quelles demandes de règlement sont admissibles à une réduction à zéro de la quote-part?

Dans les cas où un pharmacien a dû réduire à 30 jours l'approvisionnement de médicaments pour un patient en vertu de la directive de l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick qui était en vigueur du 17 mars au 23 avril, il faut uniquement percevoir d'un patient la quote-part sur l'ordonnance initiale de 30 jours si son historique de demandes de règlement montre qu'il fait habituellement exécuter ses ordonnances selon une provision de plus de 30 jours (p. ex. : 60, 90 ou 100 jours).

La quote-part pour la deuxième ou troisième exécution de la même ordonnance doit être réduite à zéro si la pharmacie a dû limiter l'approvisionnement à 30 jours ou si le prescripteur a modifié l'ordonnance à un approvisionnement de 30 jours pour répondre aux exigences de la directive fournie par l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick. Les quotes-parts peuvent être réduites à zéro pour un maximum de deux renouvellements par période de 100 jours et les demandes de règlement pour des ordonnances doivent être soumises avant le 23 juin.

Patients qui font habituellement exécuter leurs ordonnances selon une provision de 60, 90 ou 100 jours	Mesure que doit prendre la pharmacie pour les exécutions subséquentes
<p>L'approvisionnement a été réduit à 30 jours à l'exécution initiale et la quote-part a été perçue.</p> <p>Le patient a reçu son deuxième approvisionnement avant le 24 avril et la quote-part a été réduite à zéro.</p>	<p>Peut réduire la quote-part à zéro.</p>
<p>L'approvisionnement a été réduit à 30 jours à l'exécution initiale et la quote-part a été perçue.</p> <p>Le patient n'a pas reçu son deuxième approvisionnement avant le 24 avril.</p>	<p>Peut réduire la quote-part à zéro.</p>
<p>Le patient présente une ordonnance pour une provision de 30 jours (sans renouvellement) concernant un médicament pour lequel il obtient normalement une provision de plus de 30 jours (p. ex. : 60, 90 ou 100 jours) et présente avant le 23 juin une deuxième et une troisième ordonnance pour une provision de 30 jours.</p>	<p>Peut réduire la quote-part à zéro pour la deuxième et la troisième exécution pour une approvisionnement de 30 jours.</p>

Q.2 Quelles demandes de règlement ne sont pas admissibles à une réduction à zéro de la quote-part?

- Si l'historique des demandes de règlement montre que le patient fait habituellement exécuter la même ordonnance pour une provision de 30 jours ou moins.
- S'il s'agit d'une nouvelle ordonnance pour le patient.
- S'il s'agit de l'exécution initiale d'une ordonnance pour une provision de 60, 90 ou 100 jours.
- Si le médicament est fourni en vertu du Programme pour la sclérose en plaques du Nouveau-Brunswick (Plan H).

Exemples :

- Si un patient présente une ordonnance pour des médicaments plus coûteux désignés, des narcotiques ou d'autres substances, il faut facturer la quote-part habituelle à chaque renouvellement.
- Si l'historique des demandes de règlement montre que le patient fait régulièrement exécuter ses ordonnances tous les 30 jours, il faut facturer une quote-part à chaque renouvellement.

Q.3 De quelle façon les pharmacies doivent-elles signaler les demandes de règlement admissibles afin de réduire la quote-part à zéro?

Il faut utiliser le code d'intervention « EV ». L'utilisation de ce code ne réduira pas automatiquement la quote-part à zéro. Ce code servira à assurer le suivi des demandes de réclamation devant être soumises à nouveau. Ces dernières seront traitées à une date ultérieure.

Lorsque les améliorations auront été apportées au système de demandes de règlement des pharmacies, les responsables des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick redresseront et soumettront à nouveau les demandes de règlement admissibles soumises à l'aide du code « EV » par les pharmacies. Les pharmacies n'auront à prendre aucune autre mesure. **Les demandes de règlement admissibles doivent être soumises avant le 23 juin 2020.**

Q.4 Quand les pharmacies recevront-elles un remboursement pour les quotes-parts qui n'ont pas été perçues des patients?

Des améliorations sont en voie d'être apportées au système des demandes de règlement et le travail sera terminé dès que possible. L'échéancier pour les remboursements sera communiqué aux pharmacies au cours des prochaines semaines.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à appeler la ligne d'information sans frais des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick au 1-855-540-7325 (du lundi au vendredi de 8 h à 17 h).

Bulletin n° 1025

Le 30 avril 2020

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments.
 - À compter du 30 avril 2020, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
- Changements de prix des médicaments
 - Diminutions de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 mai 2020. Avant le 21 mai 2020, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
 - Augmentations de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 30 avril 2020.
- Produits retirés du formulaire
 - Les produits seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 21 mai 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@nbdugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM	
Azithromycine							
Pds.	Orl	100 mg / 5 mL	Auro-Azithromycin	2482363	ARO	ABDEFGVW	0.3726
		200 mg / 5 mL	Auro-Azithromycin	2482371	ARO	ABDEFGVW	0.5280
Co.	Orl	250 mg	NRA-Azithromycin	2479680	NRA	ABDEFGVW	0.9410
Clopidogrel							
Co.	Orl	75 mg	NRA-Clopidogrel	2482037	NRA	ADEFV	0.2631
Diclofénac							
Liq	Oph	0,1%	Diclofenac	2475065	PST	ADEFGV	1.2397
Fébuxostat							
Co.	Orl	80 mg	Jamp-Fébuxostat	2490870	JPC	(SA)	0.7950
Lacosamide							
Co.	Orl	50 mg	Jamp-Lacosamide	2488388	JPC	(SA)	0.6313
		100 mg	Jamp-Lacosamide	2488396	JPC	(SA)	0.8750
		150 mg	Jamp-Lacosamide	2488418	JPC	(SA)	1.1763
		200 mg	Jamp-Lacosamide	2488426	JPC	(SA)	1.4500
Olmésartan							
Co.	Orl	20 mg	Olmésartan	2481057	SAS	ADEFGV	0.2763
		40 mg	Olmésartan	2481065	SAS	ADEFGV	0.2763
Pravastatine							
Co.	Orl	10 mg	Ach-Pravastatin	2440644	AHI	ADEFGV	0.2916
		20 mg	Ach-Pravastatin	2440652	AHI	ADEFGV	0.3440
		40 mg	Ach-Pravastatin	2440660	AHI	ADEFGV	0.4143
Zolmitriptan							
Co.	Orl	2,5mg	Jamp-Zolmitriptan	2477106	JPC	ADEFGV	3.4292

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM	
Febuxostat							
Co.	Orl	80 mg	Mar-Febuxostat	2473607	MAR	(SA)	0.7950

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Hydromorphone							
Sir.	Orl	1 mg/mL	pms-Hydromorphone	1916386	PMS	ADEFGVW	0.0698
Co.	Orl	2 mg	Apo-Hydromorphone pms-Hydromorphone	2364123 885436	APX PMS	ADEFGVW	0.1416
lpratropium Bromide							
Liq	Inh	250 mcg/mL	Apo-lpravent pms-lpratropium	2126222 2231136	APX PMS	BEF-18GVW	0.3155
Lévodopa / Carbidopa							
Co.L.L.	Orl	100 mg / 25 mg	Apo-Levocarb CR	2272873	AAP	ADEFGV	0.3857
		200 mg / 50 mg	Apo-Levocarb CR	2245211	AAP	ADFEV	0.7115
Lisinopril / Hydrochlorothiazide							
Co.	Orl	10 mg / 12,5 mg	Lisinopril HCTZ (Type Z) Sandoz Lisinopril HCT Teva-Lisinopril HCTZ (Type Z)	2362945 2302365 2301768	SAS SDZ TEV	ADEFGV	0.2083
		20 mg / 12,5 mg	Lisinopril HCTZ (Type Z) Sandoz Lisinopril HCT Teva-Lisinopril HCTZ (Type Z)	2362953 2302373 2301776	SAS SDZ TEV	ADEFGV	0.2503
Quinapril							
Co.	Orl	10 mg	Apo-Quinapril pms-Quinapril	2248500 2340569	APX PMS	ADEFGV	0.4642
		20 mg	Apo-Quinapril pms-Quinapril	2248501 2340577	APX PMS	ADEFGV	0.4642
		40 mg	Apo-Quinapril pms-Quinapril	2248502 2340585	APX PMS	ADEFGV	0.4642

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
Produit retiré du marché						
Hydromorphone						
Co.	Orl	2 mg	Teva-Hydromorphone	2319411	TEV	ADEFGVW
Lisinopril / Hydrochlorothiazide						
Co.	Orl	20 mg / 12,5 mg	Teva-Lisinopril HCTZ (Type P)	2302144	TEV	ADEFGV

Bulletin n° 1026

Le 20 mai 2020

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 20 mai 2020, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 10 juin 2020, les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 10 juin 2020, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Ajouts temporaire de médicaments
 - En vertu de l'[arrêté d'urgence](#) lié à la COVID-19, Santé Canada autorise l'importation et la vente au Canada de certains médicaments qui ne répondent pas entièrement aux exigences réglementaires. Les médicaments admissibles sont ceux qui sont visés par une [pénurie de médicaments de niveau 3](#).
 - Ces produits seront inscrits à titre temporaire sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick et seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie à compter du 20 mai 2020.
- Changements de prix des médicaments
 - Diminutions de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 10 juin 2020. Avant le 10 juin 2020, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.

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
Aripiprazole						
Co.	Orl					
	2 mg	Mint-Aripiprazole	2483556	MNT	(SA)	0.8092
	5 mg	Mint-Aripiprazole	2483564	MNT	(SA)	0.9046
	10 mg	Mint-Aripiprazole	2483572	MNT	(SA)	1.0754
	15 mg	Mint-Aripiprazole	2483580	MNT	(SA)	1.2692
	20 mg	Mint-Aripiprazole	2483599	MNT	(SA)	1.0017
	30 mg	Mint-Aripiprazole	2483602	MNT	(SA)	1.0017
Atorvastatine						
Co.	Orl					
	10 mg	pms-Atorvastatin	2477149	PMS	ADEFGV	0.1743
	20 mg	pms-Atorvastatin	2477157	PMS	ADEFGV	0.2179
	40 mg	pms-Atorvastatin	2477165	PMS	ADEFGV	0.2342
	80 mg	pms-Atorvastatin	2477173	PMS	ADEFGV	0.2342
Célécoxib						
Caps	Orl					
	100 mg	NRA-Celecoxib	2479737	NRA	ADEFGV	0.1279
	200 mg	NRA-Celecoxib	2479745	NRA	ADEFGV	0.2558
Cyclobenzaprine						
Co.	Orl					
	10 mg	Flexeril	2495422	ORI	ADEFGV	0.1022
Darunavir						
Co.	Orl					
	600 mg	Auro-Darunavir	2486121	ARO	DU	8.5940
	800 mg	Auro-Darunavir	2486148	ARO	DU	11.6590
Diénogest						
Co.	Orl					
	2 mg	Visanne	2374900	BAY	(SA)	2.0461
		Aspen-Dienogest	2493055	APN		1.5346
Diltiazem						
Caps.L.C.	Orl					
	120 mg	Mar-Diltiazem CD	2484064	MAR	ADEFGV	0.3529
	180 mg	Mar-Diltiazem CD	2484072	MAR	ADEFGV	0.4684
	240 mg	Mar-Diltiazem CD	2484080	MAR	ADEFGV	0.6213
	300 mg	Mar-Diltiazem CD	2484099	MAR	ADEFGV	0.7766

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM	
Éfavirenz / Emtricitabine / Ténofovir							
Co.	Orl	600 mg / 200 mg / 300 mg	Auro-Efavirenz-Emtricitabine-Tenofovir	2478404	ARO	DU	11.3300
Escitalopram							
Co.	Orl	10 mg	NRA-Escitalopram	2476851	NRA	ADEFGV	0.3109
		20 mg	NRA-Escitalopram	2476878	NRA	ADEFGV	0.3310
Ézétimibe							
Co.	Orl	10 mg	NRA-Ezetimibe	2481669	NRA	ADEFGV	0.1811
Montélukast							
Co.	Orl	10 mg	NRA-Montelukast	2489821	NRA	ADEFGV	0.4231
Perindopril							
Co.	Orl	2 mg	NRA-Perindopril	2489015	NRA	ADEFGV	0.1632
		4 mg	NRA-Perindopril	2489023	NRA	ADEFGV	0.2042
		8 mg	NRA-Perindopril	2489031	NRA	ADEFGV	0.2831
Telmisartan							
Co.	Orl	40 mg	Mint-Telmisartan	2486369	MNT	ADEFGV	0.2161
		80 mg	Mint-Telmisartan	2486377	MNT	ADEFGV	0.2161
Norgéstate / Éthinylestradiol							
Co.	Orl	0,18 mg, 0,215 mg, 0,25 mg / 0,035 mg	Tri-Cyclen (28) Tri-Jordyna (28)	2029421 2486318	JAN GLM	DEFGV	1.0279 0.7709
Venlafaxine							
Caps.L.L.	Orl	37,5 mg	pms-Venlafaxine XR	2278545	PMS	ADEFGV	0.0913
		75 mg	pms-Venlafaxine XR	2278553	PMS	ADEFGV	0.1825
		150 mg	pms-Venlafaxine XR	2278561	PMS	ADEFGV	0.1927

Ajout temporaire de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM	
Salbutamol							
Aém.	Inh	100 mcg	Salamol CFC-Free	9858115	TEV	ABDEFGVW	0.0250

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM	
Darunavir							
Co.	Orl						
		600 mg	Apo-Darunavir	2487241	APX	DU	8.5940
		800 mg	Apo-Darunavir	2487268	APX	DU	11.6590

Bulletin n° 1027

Le 21 mai 2020

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 21 mai 2020.

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
Buprénorphine (Sublocade ^{MC})	seringue préremplie de 100 mg / 0,5 mL	02483084	IUK	(SA)	PCF
	seringue préremplie de 300 mg / 1,5 mL	02483092			
<p>Pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes chez les patients dont l'état s'est stabilisé avec une dose de 8 à 24 mg par jour de buprénorphine administrée par voie sublinguale pendant au moins sept jours.</p> <p><u>Note clinique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Le patient doit être sous les soins d'un prescripteur ayant obtenu une certification dans le cadre de programme de certification de Sublocade. <p><u>Note pour les réclamations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Les approbations seront accordées à raison d'une seringue préremplie par mois. Au moins 26 jours doivent s'écouler entre les demandes de règlement. 					
Doravirine (Pifeltro ^{MD})	comprimé de 100 mg	02481545	FRS	(SA)	PCF
<p>À utiliser en association avec d'autres antirétroviraux chez les patients adultes infectés par le VIH-1 qui ne présentent aucune mutation connue associée à une résistance à la doravirine.</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. 					
Doravirine / fumarate de ténofovir / disoproxil / lamivudine (Delstrigo ^{MD})	comprimé de 100 mg / 300 mg / 300 mg	02482592	FRS	(SA)	PCF
<p>Pour le traitement de l'infection par le VIH-1 chez les patients adultes qui ne présentent aucune mutation connue associée à une résistance aux composants individuels de Delstrigo.</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. 					

Lixisénatide (Adlyxine ^{MC})	stylo prérempli de 0,05 mg/mL	02464276	SAV	(SA)	PCF
	stylo prérempli de 0,1 mg/mL	02464284			

Pour le traitement du diabète de type 2 comme :

- deuxième médicament ajouté à une insuline basale, chez les patients qui n'obtiennent pas une maîtrise adéquate de la glycémie avec une insuline basale; ou
- troisième médicament ajouté à une insuline basale et à la metformine, chez les patients qui n'obtiennent pas une maîtrise adéquate de la glycémie avec la metformine et une insuline basale.

Médicaments évalués et non-inscrits

Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées pour ces produits :

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Abémaciclib (Verzenio ^{MC})	comprimé de 50 mg	02487098	LIL	Pour les patientes atteintes d'un cancer du sein avancé ou Jaclyn has asked him twice about the website métastatique HER2-négatif, avec présence de récepteurs hormonaux positifs, lorsqu'il est utilisé en association avec un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien comme traitement endocrinien initial ou en association avec un fulvestrant après progression de la maladie sous traitement endocrinien.
	comprimé de 100 mg	02487101		
	comprimé de 150 mg	02487128		
	comprimé de 200 mg	02487136		
Chlorhydrate de méthylphénidate (Foquest ^{MD})	capsule à libération contrôlée de 25 mg	02470292	PFR	Pour le traitement des patients adultes atteints d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) de 18 ans ou plus.
	capsule à libération contrôlée de 35 mg	02470306		
	capsule à libération contrôlée de 45 mg	02470314		
	capsule à libération contrôlée de 55 mg	02470322		
	capsule à libération contrôlée de 70 mg	02470330		
	capsule à libération contrôlée de 85 mg	02470349		
	capsule à libération contrôlée de 100 mg	02470357		
Dacomitinib (Vizimpro ^{MC})	comprimé de 15 mg	02486024	PFI	Comme traitement de première intention pour les patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules localement avancé ou métastatique non résécable avec des mutations confirmées du gène R-EGF (délétion dans l'exon 19 ou mutation de substitution L858R dans l'exon 21).
	comprimé de 30 mg	02486032		
	comprimé de 45 mg	02486040		

Lorlatinib (Lorbrena ^{MC})	comprimé de 25 mg	02485966	PFI	Pour les patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules métastatiques ALK-positif dont l'état a progressé avec crizotinib et au moins un autre inhibiteur de l'ALK, ou les patients dont l'état a progressé avec ceritinib ou alectinib.
	comprimé de 100 mg	02485974		
Nélatinib (Nerlynx ^{MD})	comprimé de 40 mg	02490536	KNI	Pour les patientes atteintes d'un cancer du sein HER2-positif, avec présence de récepteurs hormonaux positifs, et qui ont terminé un traitement à base de trastuzumab au cours des 12 derniers mois.

Bulletin n° 1028

Le 26 mai 2020

Bulletin spécial des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

La politique et guide de vérification des fournisseurs et recouvrement

À la suite des changements aux lois et règlements qui gouvernent le régime de médicaments NB, la Politique de vérification des fournisseurs et recouvrement a été mise à jour. En plus, un Guide de vérification des fournisseurs a été développé pour informer les fournisseurs participants de leurs droits d'audit et d'obligation.

Le guide Politique de vérification des fournisseurs et recouvrement et le Guide de vérification des fournisseurs sont disponibles sur le [site web](#) du Département de santé.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à appeler la ligne d'information sans frais des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick au 1-855-540-7325 (du lundi au vendredi de 8 h à 17 h).

Bulletin n° 8

Le 29 mai 2020

Bulletin spécial des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick COVID-19

La [Politique visant à éliminer la perception de co-paiements excédentaires dans les pharmacies communautaires dans le cadre des régimes d'assurance-médicaments du Nouveau-Brunswick](#) demeurera en vigueur **jusqu'au 23 juin 2020 en fin de journée.**

Les améliorations au système de demande de règlement des pharmacies ont été apportées. Par conséquent, à compter du 29 mai 2020, les co-paiements seront maintenant annulés lorsqu'une demande de règlement est soumise avec le code d'intervention « EV ». Veuillez noter que l'admissibilité en vertu de la politique des demandes de règlement soumissionnées en utilisant le code d'intervention « EV » n'est pas vérifiée par le système.

Demandes de règlement soumissionnées entre le 17 mars et le 28 mai 2020

Les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick procéderont au rajustement de toutes les demandes de règlement qui ont été soumissionnées avec le code « EV » avant le 29 mai 2020. Aucune autre action ne sera requise de la part des pharmacies dans le cas de ces demandes de règlement.

Le montant rajusté figurera sur le relevé de paiement de la pharmacie pour la période de soumission des demandes de règlement du 26 mai au 8 juin 2020. Les pharmacies peuvent écrire à info@nbdrugs-medicamentsnb.ca ou communiquer avec le Service des renseignements pour obtenir un rapport détaillé.

Demandes de règlement soumissionnées après le 28 mai 2020

Les pharmacies doivent continuer d'utiliser le code d'intervention « EV » pour toutes les demandes de règlement encourues du 17 mars au 23 juin 2020 qui sont admissibles à l'annulation du co-paiement.

Vérification auprès des pharmacies

Toutes les demandes de règlement soumissionnées aux Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, y compris les demandes soumissionnées avec le code d'intervention « EV », pourraient faire l'objet d'une vérification et d'un recouvrement.

À la suite de la vérification initiale des demandes de règlement, voici les exemples les plus courants de demandes de règlement soumises avec le code d'intervention « EV » qui ne sont pas admissibles en vertu de la politique :

- Demandes de règlement pour la première exécution d'une ordonnance pour une provision de 60, 90 ou 100 jours
- Demandes de règlement visant une ordonnance que le patient fait habituellement exécuter selon une provision de 30 jours ou moins (selon son historique de demandes de règlement)
- Demandes de règlement pour une nouvelle ordonnance pour le patient (selon son historique de demandes de règlement)

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec le Service de renseignements des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick au 1-855-540-7325 (du lundi au vendredi de 8 h à 17 h).

Bulletin n° 1029

Le 18 juin 2020

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 18 juin 2020.

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
L'autorisation spéciale n'est plus requise					
Aripiprazole (Abilify ^{MD} et marques génériques)	comprimé de 2 mg comprimé de 5 mg comprimé de 10 mg comprimé de 15 mg comprimé de 20 mg comprimé de 30 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.		ADEFGV	PAM
Riluzole (Rilutek ^{MD} et marques génériques)	comprimé pelliculé de 50 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
Édaravone (Radicava ^{MC})	solution pour injection de 0,3 mg/mL	02475472	MBT	(SA)	PCF
<p>Pour le traitement de la sclérose latérale amyotrophique (SLA) probable ou certaine chez les patients qui répondent à tous les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> score d'au moins deux points pour chaque élément sur l'échelle d'évaluation fonctionnelle ALS-Révisée (ALSFRS-R); capacité vitale forcée (CVF) égale ou supérieure à 80 % de la valeur théorique; présence de symptômes de la SLA depuis deux ans ou moins; une ventilation permanente non effractive ou effractive n'est pas requise. <p><u>Critères d'arrêt du traitement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Le patient est non ambulatoire (score de 0 ou 1 pour l'élément 8 de l'échelle ALSFRS-R) et incapable de couper sa nourriture et de se nourrir sans aide, indépendamment du fait qu'une gastrostomie soit en place (score de 0 pour les éléments 5a ou 5b de l'échelle ALSFRS-R); Le patient a besoin de ventilation permanente non effractive ou effractive; <p><u>Note clinique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Les scores ALSFRS-R avant le traitement et biennuel et la CVF doivent être fournis. <p><u>Notes pour les réclamations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin expérimenté dans le diagnostic et la gestion de la SLA. Période d'approbation initiale: 6 mois Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué ici. 					

Oxyhydroxyde sucro-ferrique (Velphoro ^{MD})	comprimés à croquer contenant 500 mg de fer	02471574	VFM	(SA)	PCF
---	---	----------	-----	------	-----

Pour le traitement de l'hyperphosphatémie (plus de 1,8 mmol/L) chez les patients atteints d'une maladie rénale en phase terminale qui sont sous dialyse.

Pegfilgrastim (Fulphila ^{MC})	seringue préremplie de 6 mg / 0,6 mL	02484153	BGP	(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.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Nouveau dosage Mépolizumab (Nucala)	auto-injecteur prérempli de 100 mg/mL	02492989	GSK	(SA)	PCF
	seringues préremplies de 100 mg/mL	02492997			

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 bêta2-agoniste à longue durée d'action), et qui répondent à l'un des critères suivants :

- nombre d'éosinophiles dans la circulation sanguine $\geq 0,3 \times 10^9 /L$ et au moins deux exacerbations de l'asthme cliniquement significatives au cours des 12 derniers mois; ou
- nombre d'éosinophiles dans la circulation sanguine $\geq 0,15 \times 10^9 /L$ et traitement actuel par des doses quotidiennes de corticostéroïdes oraux.

Critères initiaux d'arrêt du traitement :

- Le score initial au questionnaire sur la maîtrise de l'asthme ne s'est pas amélioré 12 mois après le début du traitement, ou
- Il n'y a eu aucune diminution de la dose d'entretien quotidienne de corticostéroïdes oraux au cours des 12 premiers mois de traitement, ou

- Le nombre d'exacerbations de l'asthme cliniquement significatives a augmenté au cours des 12 derniers mois.

Critères subséquents d'arrêt du traitement :

- Le score au questionnaire sur la maîtrise de l'asthme obtenu après les 12 premiers mois de traitement ne s'est pas maintenu par la suite, ou
- La diminution de la dose d'entretien quotidienne de corticostéroïdes oraux obtenue au cours des 12 premiers mois de traitement ne s'est pas maintenue par la suite, ou
- Le nombre d'exacerbations de l'asthme cliniquement significatives a augmenté au cours des 12 derniers mois.

Notes cliniques :

1. Une évaluation initiale et annuelle de la maîtrise des symptômes de l'asthme basée sur un questionnaire validé de la maîtrise de l'asthme doit être fournie.
2. 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 mepolizumab avec d'autres médicaments biologiques destinés au traitement de l'asthme ne sera pas remboursée.
- Une dose maximale de 100 mg sera approuvée toutes les quatre semaines.
- Période d'approbation initiale : 1 an.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

**Nouvelle forme
pharmaceutique et
nouveau dosage**
Rivaroxaban (Xarelto^{MD})

comprimé de 2,5 mg 02480808 BAY (SA) PCF

Utiliser en association avec 75 à 100 mg d'acide acétylsalicylique pour la prévention des événements athérotrombotiques chez les patients souffrant d'une coronaropathie ou d'une maladie artérielle périphérique concomitante répondant aux définitions suivantes :

- Coronaropathie définie comme répondant à au moins un des critères suivants :
 - Antécédent d'infarctus du myocarde au cours des 20 dernières années;
 - Coronaropathie plurivasculaire symptomatique ou antécédent d'angine;
 - Antécédent d'intervention coronarienne percutanée plurivasculaire;
 - Antécédent de pontage aorto-coronarien plurivasculaire.
- Maladie artérielle périphérique définie comme répondant à au moins un des critères suivants :
 - Antécédent de pontage aorto-fémoraux, de pontages d'un membre, ou de revascularisation par angioplastie transluminale percutanée revascularisation de l'artère de l'artère iliaque ou infra-inguinale;
 - Antécédent d'amputation d'un membre ou d'un pied secondaire à une maladie vasculaire artérielle;
 - Antécédent de claudication intermittente et au moins un des critères suivants : un

- index de pression systolique (IPS) à la cheville inférieure à 0,90 ou sténose artérielle périphérique supérieure à 50 % confirmée par angiographie ou par écho-Doppler;
- Antécédent de revascularisation carotidienne ou sténose carotidienne asymptomatique supérieure ou égale à 50 % confirmée par angiographie ou écho-Doppler.

Notes cliniques :

1. Les événements athérotrombotiques comprennent l'AVC, l'infarctus du myocarde, le décès d'origine cardiovasculaire, l'ischémie aiguë des membres et la mortalité.
2. La coronaropathie plurivasculaire est définie comme une sténose de plus de 50 % dans deux ou plusieurs artères coronaires, ou dans le territoire d'une artère coronaire si au moins un autre territoire a été revascularisé.

Notes pour les réclamations :

- La dose maximale de rivaroxaban remboursée est de 2,5 mg deux fois par jour.

Médicaments évalués et non-inscrits

Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées pour ces produits :

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Buprénorphine/naloxone (Suboxone ^{MD})	comprimés sublinguaux de 12 mg / 3 mg	02468085	IUK	Indiqué comme traitement de substitution pour la dépendance aux opioïdes chez les adultes.
	comprimés sublinguaux de 16 mg / 4 mg	02468093		
Cyclosilicate de zirconium (Lokelma ^{MC})	poudre pour suspension orale à 5 g	02490714	AZE	Pour le traitement de l'hyperkaliémie chez les patients adultes.
	poudre pour suspension orale à 10 g	02490722		

Bulletin n° 1030

Le 30 juin 2020

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 30 juin 2020, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 21 juillet 2020, les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 juillet 2020, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Ajouts temporaire de médicaments
 - En vertu de l'[arrêté d'urgence](#) lié à la COVID-19, Santé Canada autorise l'importation et la vente au Canada de certains médicaments qui ne répondent pas entièrement aux exigences réglementaires. Les médicaments admissibles sont ceux qui sont visés par une [pénurie de médicaments de niveau 3](#).
 - Ces produits seront inscrits à titre temporaire sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick et seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie à compter du 30 juin 2020.
- Changements de prix des médicaments
 - Diminutions de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 juillet 2020. Avant le 21 juillet 2020, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
 - Augmentations de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 30 juin 2020.
- Produits retirés du formulaire
 - Les produits seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 21 juillet 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@nbrugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Bosentan							
Co.	Orl	62,5 mg	Nat-Bosentan	2467984	NAT	(SA)	16.0447
			Taro-Bosentan	2483130	TAR		
		125 mg	Nat-Bosentan	2467992	NAT	(SA)	16.0447
			Taro-Bosentan	2483149	TAR		
Caspofungin							
Pds.	IV	50 mg	Candidas IV	2244265	FRS	ADEFVW	222.0000
			Caspofungin for Injection	2460947	MDN		188.7000
		70 mg	Candidas IV	2244266	FRS	ADEFVW	188.7000
			Caspofungin for Injection	2460955	MDN		
Clomipramine							
Caps	Orl	25 mg	Taro-Clomipramine	2497506	TAR	ADEFVW	0.3417
		50 mg	Taro-Clomipramine	2497514	TAR	ADEFVW	0.6291
Clotrimazole / Bétaméthasone							
Cr.	Top	1% / 0,05%	Lotriderm	611174	FRS	ADEFVW	1.2445
			Taro-Clotrimazole/Betamethasone Dipropionate	2496410	TAR		0.6964
Dorzolamide / Timolol							
Liq	Oph	2% / 0,5%	Dorzolamide and Timolol	2489635	TLG	ADEFVW	1.9887
Doxazosine							
Co.	Orl	1 mg	Jamp-Doxazosin	2489937	JPC	ADEFVW	0.1719
		2 mg	Jamp-Doxazosin	2489945	JPC	ADEFVW	0.2062
		4 mg	Jamp-Doxazosin	2489953	JPC	ADEFVW	0.2681
Duloxétine							
Caps.L.R.	Orl	30 mg	NRA-Duloxetine	2482126	NRA	(SA)	0.4814
			Teva-Duloxetine	2456753	TEV		
		60 mg	NRA-Duloxetine	2482134	NRA	(SA)	0.9769
			Teva-Duloxetine	2456761	TEV		
Mésalazine							
Supp.	Rt	1 g	Salofalk	2242146	AXC	ADEFVW	2.3282
			Mezera	2474018	AVI		1.8000
Méthadone							
Liq	Orl	10 mg/mL	Methadose	2394596	MAL	ADEFVW	0.0113
			Methadose Unflavoured	2394618	MAL		

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Olmésartan						
Co.	Orl	20 mg	Ach-Olmesartan	2456311	AHI	ADEFGV 0.2763
		40 mg	Ach-Olmesartan	2456338	AHI	ADEFGV 0.2763
Ondansétron						
Liq	Orl	4 mg / 5 mL	Jamp Ondansetron	2490617	JPC	(SA) 1.1360
Oseltamivir						
Caps	Orl	75 mg	Mint-Oseltamivir	2497476	MNT	(SA) 2.0375
Paroxetine						
Co.	Orl	10 mg	NRA-Paroxetine	2479753	NRA	ADEFGV 0.3046
		20 mg	NRA-Paroxetine	2479761	NRA	ADEFGV 0.3250
		30 mg	NRA-Paroxetine	2479788	NRA	ADEFGV 0.3453
Pilocarpine						
Co.	Orl	5 mg	Salagen	2216345	MTP	(SA) 1.4727
			Accel- Pilocarpine	2496119	ACC	1.2445
Prégabaline						
Caps	Orl	25 mg	NRA-Pregabalin	2479117	NRA	ADEFGVW 0.1481
		50 mg	NRA-Pregabalin	2479125	NRA	ADEFGVW 0.2324
		75 mg	NRA-Pregabalin	2479133	NRA	ADEFGVW 0.3007
		150 mg	NRA-Pregabalin	2479168	NRA	ADEFGVW 0.4145
Timolol						
Liq	Oph	0,5%	Jamp-Timolol	2447800	JPC	ADEFGV 1.2145
Valsartan						
Co.	Orl	320 mg	Auro-Valsartan	2414244	ARO	ADEFGV 0.2098

Ajout temporaire de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Salbutamol						
Aém.	Inh	100 mcg	Salbutamol Aldo-Union	9858116	JPC	(SA) 0.0438

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Clomipramine							
Co.	Orl	25 mg	Anafranil	324019	AAP	ADEFGV	0.3417
		50 mg	Anafranil	402591	AAP	ADEFGV	0.6291
Doxazosin							
Co.	Orl	1 mg	Apo-Doxazosin	2240588	APX	ADEFGV	0.1719
			Teva-Doxazosin	2242728	TEV		
		2 mg	Apo-Doxazosin	2240589	APX	ADEFGV	0.2062
			Teva-Doxazosin	2242729	TEV		
		4 mg	Apo-Doxazosin	2240590	APX	ADEFGV	0.2681
			Teva-Doxazosin	2242730	TEV		
Losartan / Hydrochlorothiazide							
Co.	Orl	50 mg / 12,5 mg	Auro-Losartan HCT	2423642	ARO	ADEFGV	0.3147
			Jamp-Losartan HCTZ	2408244	JPC		
			Losartan HCT	2388960	SIV		
			Losartan/HCTZ	2427648	SAS		
			Mint-Losartan/HCTZ	2389657	MNT		
			pms-Losartan-HCTZ	2392224	PMS		
			Sandoz Losartan HCT	2313375	SDZ		
			Teva-Losartan HCTZ	2358263	TEV		
		100 mg / 25 mg	Auro-Losartan HCT	2423669	ARO	ADEFGV	0.3147
			Jamp-Losartan HCTZ	2408252	JPC		
			Losartan HCT	2388987	SIV		
			Losartan/HCTZ	2427664	SAS		
			Mint-Losartan/HCTZ DS	2389673	MNT		
			pms-Losartan-HCTZ	2392240	PMS		
			Sandoz Losartan HCT	2313383	SDZ		
			Teva-Losartan HCTZ	2377152	TEV		
Losartan							
Co.	Orl	25 mg	Act Losartan	2354829	ATV	ADEFGV	0.3147
			Apo-Losartan	2379058	APX		
			Auro-Losartan	2403323	ARO		
			Jamp-Losartan	2398834	JPC		
			Losartan	2388863	SAS		
			Losartan	2388790	SIV		
			Mint-Losartan	2405733	MNT		
			pms-Losartan	2309750	PMS		
			Sandoz Losartan	2313332	SDZ		
			Septa-Losartan	2424967	SPT		
			Teva-Losartan	2380838	TEV		

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Losartan						
Co.	Orl	50 mg	Apo-Losartan	2353504	APX	
			Auro-Losartan	2403331	ARO	
			Jamp-Losartan	2398842	JPC	
			Losartan	2388871	SAS	
			Losartan	2388804	SIV	ADEFGV
			Mint-Losartan	2405741	MNT	0.3147
			pms-Losartan	2309769	PMS	
			Sandoz Losartan	2313340	SDZ	
			Septa-Losartan	2424975	SPT	
			Teva-Losartan	2357968	TEV	
		100 mg	Apo-Losartan	2353512	APX	
			Auro-Losartan	2403358	ARO	
			Jamp-Losartan	2398850	JPC	
			Losartan	2388898	SAS	
			Losartan	2388812	SIV	ADEFGV
			Mint-Losartan	2405768	MNT	0.3147
			pms-Losartan	2309777	PMS	
			Sandoz Losartan	2313359	SDZ	
			Septa-Losartan	2424983	SPT	
			Teva-Losartan	2357976	TEV	
Méropénem						
Pds.	Inj	500 mg	Meropenem	2378787	SDZ	ADEFGVW
		1 g	Meropenem	2436507	STR	ADEFGVW
						18.4450
Mésalazine						
Sup	Rt	1 g	Pentasa	2153564	FEI	ADEFGV
						1.8000
Methlyphenidate						
Co.	Orl	10 mg	Apo-Methylphenidate	2249324	APX	
			pms-Methylphenidate	584991	PMS	ADEFGV
						0.2216
		20 mg	Apo-Methylphenidate	2249332	APX	
			pms-Methylphenidate	585009	PMS	ADEFGV
						0.2735
Métoclopramide						
Co.	Orl	5 mg	Metonia	2230431	PDP	ADEFGVW
						0.0622
Montélukast						
Gran	Orl	4 mg	Sandoz Montelukast	2358611	SDZ	ADEFGV
						1.3139
Morphine						
Liq	Inj	15 mg/mL	Morphine Sulfate	392561	SDZ	ADEFGVW
						2.0940
		50 mg/mL	Morphine HP 50	617288	SDZ	ADEFGVW
						6.8195

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Naratriptan							
Co.	Orl	2,5 mg	Sandoz Naratriptan	2322323	SDZ	(SA)	6.1436
			Teva-Naratriptan	2314304	TEV		
Ondansétron							
Liq	Orl	4 mg / 5 mL	Ondansetron	2291967	AAP	(SA)	1.1360
Oseltamivir							
Caps	Orl	75 mg	Nat-Oseltamivir	2457989	NAT	(SA)	2.0375
Ramipril / Hydrochlorothiazide							
Co.	Orl	10 mg / 12,5 mg	pms-Ramipril-HCTZ	2342154	PMS	ADEFGV	0.2634
			Taro-Ramipril HCTZ	2449455	SUN		
		10 mg / 25 mg	pms-Ramipril-HCTZ	2342170	PMS	ADEFGV	0.2634
			Taro-Ramipril HCTZ	2449471	SUN		
Sulfaméthoxasole / Triméthoprime							
Co.	Orl	800 mg / 160 mg	Sulfatrim DS	445282	AAP	ABDEFGVW	0.2074

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
Produit retiré du marché						
Sulfaméthoxasole / Triméthoprime						
Co.	Orl	800 mg / 160 mg	Teva-Trimel DS	510645	TEV	ABDEFGVW

Bulletin n° 1031

Le 16 juillet 2020

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 juillet 2020.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Rappel-Prolongation des autorisations spéciales
- Processus de soumission d'un médicament de marque

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
L'autorisation spéciale n'est plus requise					
Buprénorphine / naloxone (Suboxone ^{MD} et marques génériques)	comprimés sublinguaux de 2 mg / 0,5 mg comprimés sublinguaux de 8 mg / 2 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.		ADEFGV	PAM
Méthadone (Metadol-D ^{MD} et marques génériques)	concentré orale à 10 mg/mL	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.		ADEFGV	PAM
Méthadone	Solution orale préparée pour dépendance aux opiacés	00999734		ADEFGV	PAM

Veuillez noter que le « Formulaire de consentement visant les services de prescription restreints » a été aboli le 25 mars 2020.

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Apalutamide (Erleada ^{MD})	comprimé de 60 mg	02478374	JAN	(SA)	PCF

En association avec un traitement anti-androgénique (TAA) pour le traitement des patients souffrant d'un cancer de la prostate résistant à la castration (CPRC) qui respecte les critères suivants :

- Aucune métastase distante détectable par tomодensitogramme, imagerie par résonance magnétique ou scintigraphie osseuse au technétium 99m.
- Temps de doublement de l'antigène prostatique spécifique (APS) inférieur ou égal à 10 mois pendant un TAA continu (c'est-à-dire un risque élevé de développer des métastases).

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique, selon les résultats radiographiques, que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. La résistance à la castration doit être démontrée pendant le TAA continu et est définie comme un minimum de trois élévations de l'APS, mesurées à au moins une semaine d'intervalle, où la dernière mesure d'APS est supérieure à 2 µg/L.
2. Les taux de testostérone correspondant à la castration doivent être maintenus tout au long du traitement avec l'apalutamide.
3. Les patients doivent avoir un bon indice de performance et aucun facteur de risque de crise d'épilepsie.
4. Le traitement doit être arrêté en cas de confirmation radiographique que la maladie a

progressé ou d'effets toxiques inacceptables.

Notes pour les réclamations :

- Les demandes visant l'apalutamide ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement avec enzalutamide.
- Période d'approbation initiale : 1 an
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an

Cabozantinib
(Cabometyx^{MC})

comprimé de 20 mg	02480824			
comprimé de 40 mg	02480832	IPS	(SA)	PCF
comprimé de 60 mg	02480840			

Pour le traitement des patients atteints d'un adénocarcinome rénal avancé ou métastatique qui ont reçu au moins un traitement par un inhibiteur de la tyrosine kinase du récepteur du facteur de croissance de l'endothélium vasculaire (VEGFR) comme :

- traitement de deuxième intention à la suite de la progression de la maladie pendant un traitement avec sunitinib ou pazopanib; ou
- traitement de troisième intention à la suite de la progression de la maladie pendant une immunothérapie et un traitement par un inhibiteur de la tyrosine kinase du récepteur du facteur de croissance de l'endothélium vasculaire (VEGFR) (c.-à-d., sunitinib ou pazopanib), utilisé dans n'importe quelle séquence.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

- Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les réclamations :

- Les demandes visant le cabozantinib ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant une monothérapie par l'évérolimus ou l'axitinib.
- Période d'approbation initiale : 1 an
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an

Élosulfase alfa
(Vimizim^{MD})

fiole à usage unique de 5 mg/5 mL	02427184	BMR	(SA)	PCF
--------------------------------------	----------	-----	------	-----

Pour le traitement des patients ayant un diagnostic de mucopolysaccharidose de type IVA (MPS IVA).

Note clinique :

- Veuillez communiquer avec les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick au 1-800-332-3691 pour obtenir des renseignements sur les critères complets.

Létermovir (Prevymis ^{MD})	comprimé de 240 mg	02469375	FRS	(SA)	PCF
	comprimé de 480 mg	02469383			
	fiole de 240 mg / 12 mL	02469367			
	fiole de 480 mg / 24 mL	02469405			

Pour la prévention de la maladie à cytomégalovirus (CMV) chez un adulte séropositif pour le CMV ayant reçu une greffe allogénique de cellules souches hématopoïétiques [R+] qui présentent une virémie CMV indétectable au départ et qui répond à l'un des critères suivants :

- le sang de cordon ombilical comme source de cellules souches;
- receveur d'une greffe haploidentique;
- receveur de greffons appauvris en lymphocytes T;
- traité avec de la globuline antithymocytes (ATG) pour le conditionnement;
- nécessite une forte dose de stéroïdes ou une autre immunosuppression pour une réaction aiguë du greffon contre l'hôte;
- traité avec de la globuline antithymocytes (ATG) pour une réaction aiguë du greffon contre l'hôte réfractaire aux stéroïdes;
- des antécédents documentés de maladie à cytomégalovirus avant la greffe.

Note clinique :

- Les stéroïdes à forte dose sont définis comme l'utilisation d'une dose supérieure ou égale à 1 mg/kg/jour de prednisone ou d'une dose équivalente d'un autre corticostéroïde.

Notes pour les réclamations :

- Le médicament doit être prescrit par un oncologue médical, un hépatologue ou un infectiologue, ou un autre médecin possédant de l'expérience dans la gestion des greffes allogéniques de cellules souches hématopoïétiques.
- Les autorisations seront pour une dose maximum de 480 mg par jour.
- Période d'approbation : 100 jours par greffe allogénique de cellules souches hématopoïétiques.
- Les demandes de remboursement 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 Axitinib (Inlyta ^{MD})	comprimé de 1 mg	02389630	PFI	SA	PCF
	comprimé de 5 mg	02389649			

Pour le traitement de l'adénocarcinome rénal avancé ou métastatique lorsqu'il est utilisé :

- en deuxième intention à la suite de la progression de la maladie pendant un traitement par un inhibiteur de la tyrosine kinase du récepteur du facteur de croissance de l'endothélium vasculaire (VEGFR); ou
- en troisième intention à la suite de la progression de la maladie pendant un traitement de première intention associant le nivolumab et l'ipilimumab et un traitement de deuxième intention par un inhibiteur de la tyrosine kinase du VEGFR.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les réclamations :

- Les demandes visant l'axitinib ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement par l'évérolimus ou le cabozantinib.
- Période d'approbation initiale : 1 an
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an

Critère révisé

Évérolimus (Afinitor^{MD} et marques génériques)

comprimé de 2,5 mg
comprimé de 5 mg
comprimé de 10 mg

Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits

(SA)

PCF

Adénocarcinome rénal métastatique

Pour le traitement de l'adénocarcinome rénal avancé ou métastatique à la suite de la progression de la maladie pendant un traitement par un inhibiteur de la tyrosine kinase.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les réclamations :

- Les demandes visant l'évérolimus ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant une monothérapie par l'axitinib, le cabozantinib ou le nivolumab.
- Période d'approbation initiale : 1 an
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an

Critère révisé

Pazopanib (Votrient^{MD})

comprimé de 200 mg

02352303

NVR

(SA)

PCF

Pour le traitement de l'adénocarcinome rénal avancé ou métastatique lorsqu'il est utilisé :

- en première intention; ou
- en deuxième intention à la suite de la progression de la maladie pendant un traitement associant le nivolumab et l'ipilimumab.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les réclamations :

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

Critère révisé

Régorafénib (Stivarga^{MD})

comprimé de 40 mg

02403390

BAY

(SA)

PCF

Carcinome hépatocellulaire avancé

Pour le traitement du carcinome hépatocellulaire non résécable chez les patients adultes qui répondent à tous les critères suivants :

- classe A de la classification de Child-Pugh;
- indice de performance ECOG de 0 ou 1;
- progression de la maladie avec sorafénib ou lenvatinib.

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et qu'aucun signe de progression de la maladie n'a été observé.

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les réclamations :

- Les patients dont la maladie a progressé avec sorafénib doivent avoir toléré une dose minimale de 400 mg par jour pendant au moins 20 des 28 derniers jours de traitement.
- Période d'approbation initiale : 4 mois
- Période d'approbation du renouvellement : 6 mois

Critère révisé

Sorafénib (Nexavar^{MD})

comprime pelliculé de 200 mg

02284227

BAY

(SA)

PCF

Adénocarcinome rénal métastatique

Pour le traitement de l'adénocarcinome rénal avancé ou métastatique lorsqu'il est utilisé en deuxième intention à la suite de la progression de la maladie pendant un traitement par une cytokine.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les réclamations :

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

Carcinome hépatocellulaire avancé

Pour le traitement de première intention du carcinome hépatocellulaire non résecable chez les patients qui répondent à tous les critères suivants :

- classe A de la classification de Child-Pugh;
- indice de performance ECOG entre 0 et 2;
- la maladie a progressé malgré la chimio-embolisation par voie artérielle (TACE) ou le patient n'est pas un bon candidat pour la procédure TACE.

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes pour les réclamations :

- Les demandes visant sorafénib ne seront pas admissibles dans le cas des patients dont la maladie a progressé pendant un traitement avec lenvatinib.
- Période d'approbation initiale : 6 mois
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an

Critère révisé

Sunitinib (Sutent^{MD})

capsule de 12,5 mg	02280795			
capsule de 25 mg	02280809	PFI	(SA)	PCF
capsule de 50 mg	02280817			

Adénocarcinome rénal métastatique

Pour le traitement de l'adénocarcinome rénal avancé ou métastatique lorsqu'il est utilisé :

- en première intention; ou
- en deuxième intention à la suite de la progression de la maladie pendant un traitement associant le nivolumab et l'ipilimumab.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les réclamations :

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

Tumeurs neuroendocrines pancréatiques

Pour le traitement des tumeurs neuroendocrines pancréatiques évolutives bien ou modérément différenciées, non résécables, localement avancées ou métastatiques.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les réclamations :

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

Tumeur stromale gastro-intestinale

Pour le traitement des tumeurs stromales gastro-intestinales non résécables ou métastatiques chez les patients qui ont présenté une progression de la maladie pendant un traitement par l'imatinib ou qui ne tolèrent pas ce médicament.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les réclamations :

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

Nouveau dosage

Lisdexamfétamine,
dimésylate de
(Vyvanse^{MD})

comprimés à croquer contenant de 10 mg	02490226			
comprimés à croquer contenant de 20 mg	02490234			
comprimés à croquer contenant de 30 mg	02490242			
comprimés à croquer contenant de 40 mg	02490250	SHI	(SA)	PCF
comprimés à croquer contenant de 50 mg	02490269			
comprimés à croquer contenant de 60 mg	02490277			

Pour le traitement du trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) chez les patients qui :

- démontrent un comportement perturbateur significatif et problématique ou qui ont des

- problèmes d'inattention qui interfèrent avec l'apprentissage; et
- ont été essayé le méthylphénidate (libération immédiate ou une formulation à action prolongée) ou le dexamphétamine avec des résultats insatisfaisants.

Notes pour les réclamations :

- Les demandes prises en considération seront celles effectuées par les pédopsychiatres, des pédiatres ou des omnipraticiens ayant une expertise dans le TDAH.
- La dose maximale remboursée sera de 60 mg par jour.

Nouvelle indication et nouveau dosage

Lenvatinib (Lenvima^{MD})

emballage favorisant l'observance de 4 mg/dose	02484056			
emballage favorisant l'observance de 8 mg/dose	02468220	EIS	(SA)	PCF
emballage favorisant l'observance de 12 mg/dose	02484129			

Carcinome hépatocellulaire avancé

Pour le traitement de première intention du carcinome hépatocellulaire non résécable chez les patients adultes qui répondent à tous les critères suivants :

- classe A de la classification de Child-Pugh;
- indice de performance ECOG de 0 ou 1;
- moins de 50 % d'atteinte hépatique et pas d'invasion du conduit cholédoque ou de la veine porte principale;
- n'a pas subi de transplantation hépatique;
- présence d'aucune métastase cérébrale.

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et qu'aucun signe de progression de la maladie n'a été observé.

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les réclamations :

- Les demandes visant le lenvatinib ne seront pas admissibles dans le cas des patients dont la maladie a progressé pendant un traitement avec sorafénib.
- Période d'approbation initiale : 6 mois
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an

Nouvelle indication

Crizotinib (Xalkori^{MD})

capsule de 200 mg	02384256			
capsule de 250 mg	02384264	PFI	(SA)	PCF

En monothérapie pour le traitement de première intention des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules localement avancé (pour lequel il n'existe aucun traitement curatif) ou métastatique ROS1-positif.

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement.

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté en cas de progression cliniquement significative de la maladie ou d'effets toxiques inacceptables

Notes pour les réclamations :

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

Nouvelle indication

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 association avec le rituximab pour le traitement des patients atteints de leucémie lymphoïde chronique/lymphome à petits lymphocytes ayant reçu au moins un traitement antérieur.

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être poursuivi jusqu'à ce qu'il y ait une progression de la maladie ou une toxicité inacceptable, pendant un maximum de 2 ans.

Notes pour les réclamations :

- Les demandes ne seront pas admissibles pour les patients précédemment traités avec un traitement anti-CD20 et qui ont un intervalle sans traitement de moins de 12 mois depuis le dernier traitement anti-CD20.
 - Les demandes de reprise du traitement par vénétoclax en association avec le rituximab dans la même ligne de thérapie seront prises en considération pour les patients qui ont répondu au traitement et l'ont suivi pendant deux ans et qui ont eu un intervalle sans progression d'au moins 12 mois.
 - Période d'approbation initiale : 1 an
 - Période d'approbation du renouvellement : 1 an
-

Rappel - Prolongation des autorisations spéciales

Nous vous rappelons que les approbations d'autorisation spéciale pour les bénéficiaires des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick dont le renouvellement était dû entre le 1^{er} mars et le 31 mars 2020 ont été prolongées jusqu'au 31 août 2020. Nous encourageons les prescripteurs à soumettre les demandes de renouvellement d'autorisation spéciale qui n'ont pas encore été soumises.

Processus de soumission d'un médicament de marque

Les soumissions pour un médicament de marque aux Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick doivent être faites par voie électronique par courriel ou au moyen d'un protocole de transfert sécurisé des fichiers (FPT), tel qu'indiqué [ici](#).

Bulletin n° 1032

Le 30 juillet 2020

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 30 juillet 2020, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 20 août 2020, les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 20 août 2020, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Ajouts temporaire de médicaments
 - En vertu de l'[arrêté d'urgence](#) lié à la COVID-19, Santé Canada autorise l'importation et la vente au Canada de certains médicaments qui ne répondent pas entièrement aux exigences réglementaires. Les médicaments admissibles sont ceux qui sont visés par une [pénurie de médicaments de niveau 3](#).
 - Ces produits seront inscrits à titre temporaire sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick et seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie à compter du 30 juillet 2020.
- Changements de prix des médicaments
 - Diminutions de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 20 août 2020. Avant le 20 août 2020, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
 - Augmentations de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 30 juillet 2020.
- Produits retirés du formulaire
 - Les produits seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 20 août 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@nbdrgs-medicamentsnb.ca.

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Acide Tranexamique						
Co.	Orl	500 mg	Mar-Tranexamic Acid	2496232	MAR	ADEFGV 0.2967
Amlodipine						
Co.	Orl	2,5 mg	NRA-Amlodipine	2476452	NRA	ADEFGV 0.0767
		5 mg	NRA-Amlodipine	2476460	NRA	ADEFGV 0.1343
		10 mg	NRA-Amlodipine	2476479	NRA	ADEFGV 0.1993
Bisoprolol						
Co.	Orl	5 mg	Bisoprolol Tablets	2495562	SIV	ADEFGV 0.0715
		10 mg	Bisoprolol Tablets	2495570	SIV	ADEFGV 0.1044
Méthotrexate						
Liq	SC	17,5 mg / 0,35 mL	Metोजect Subcutaneous	2454769	MDX	ADEFGV 91.4286 68.5714
			Methotrexate Subcutaneous	2491338	AHI	
		20 mg / 0,4 mL	Metोजect Subcutaneous	2454866	MDX	ADEFGV 87.5000 65.6250
			Methotrexate Subcutaneous	2491346	AHI	
		22,5 mg / 0,45 mL	Metोजect Subcutaneous	2454777	MDX	ADEFGV 77.7777 58.3333
			Methotrexate Subcutaneous	2491354	AHI	
		25 mg / 0,5 mL	Metोजect Subcutaneous	2454874	MDX	ADEFGV 78.0000 58.5000
			Methotrexate Subcutaneous	2491362	AHI	
Oseltamivir						
Caps	Orl	30 mg	Mint-Oseltamivir	2497441	MNT	(SA) 1.0485
Prégabaline						
Caps	Orl	25 mg	Nat-Pregabalin	2494841	NAT	ADEFGVW 0.1481
		50 mg	Nat-Pregabalin	2494868	NAT	ADEFGVW 0.2324
		75 mg	Nat-Pregabalin	2494876	NAT	ADEFGVW 0.3007
		150 mg	Nat-Pregabalin	2494884	NAT	ADEFGVW 0.4145
		225 mg	Nat-Pregabalin	2494892	NAT	ADEFGVW 0.5757
		300 mg	Nat-Pregabalin	2494906	NAT	ADEFGVW 0.4145
Ramipril						
Caps	Orl	2,5 mg	NRA-Ramipril	2486172	NRA	ADEFGV 0.0817
		5 mg	NRA-Ramipril	2486180	NRA	ADEFGV 0.0817

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Ramipril Caps Orl 10 mg	NRA-Ramipril	2486199	NRA	ADEFGV	0.1034
Valganciclovir Co. Orl 450 mg	Mint-Valganciclovir	2495457	MNT	ADEFGV	5.8553
Zopiclone Co. Orl 5 mg	NRA-Zopiclone	2477378	NRA	ADEFVW	0.0990
	NRA-Zopiclone	2477386	NRA	ADEFVW	0.1250

Ajout temporaire de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Propylthiouracile Co. Orl 50 mg	PTU	9858122	PCI	ADEFGV	0.3900
Timolol Gttes Oph 0,5%	Timo-Stulln	9858120	PST	ADEFGV	1.2145

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Acide Tranexamique Co. Orl 500 mg	GD-Tranexamic Acid Tranexamic Acid	2409097 2401231	GMD STR	ADEFGV	0.2967
Oseltamivir Caps Orl 30 mg	Nat-Oseltamivir	2472635	NAT	(SA)	1.0485
Phenobarbital Liq Orl 120 mg/mL	Phenobarbital Sodium	2304090	SDZ	ADEFGVW	14.2730
Phenytoin Liq Orl 50 mg/mL	Phenytoin Sodium	780626	SDZ	V	6.0783
Prednisone Co. Orl 5 mg	Teva-Prednisone	21695	TEV	ABDEFGRVW	0.0220
Prochlorperazine Co. Orl 5 mg	Prochlorazine	886440	AAP	ADEFGV	0.1659
	Prochlorazine	886432	AAP	ADEFGV	0.2025
Propylthiouracile Co. Orl 50 mg	Propyl-Thyracil	10200	PAL	ADEFGV	0.2800

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM	
Propylthiouracile							
Co.	Orl	100 mg	Propyl-Thyracil	10219	PAL	ADEFGV	0.4380
Raloxifène							
Co.	Orl	60 mg	Act Raloxifene	2358840	TEV	ADEFV	0.4583
			Apo-Raloxifene	2279215	APX		
			pms-Raloxifene	2358921	PMS		
Valganciclovir							
Co.	Orl	450 mg	Auro-Valganciclovir	2435179	ARO	ADEFGV	5.8553
			Teva-Valganciclovir	2413825	TEV		

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	
Prix non confirmé par le fabricant						
Prednisone						
Co.	Orl	5 mg	Apo-Prednisone	312770	APX	ABDEFGRVW

Bulletin n° 1033

Le 20 août 2020

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 20 août 2020.

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@nbdrugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Amphotéricine B liposomique (AmBisome ^{MD})	fiole à usage unique de 50 mg	02241630	ASL	ADEFGVW	PCF
Mésalazine (Mezera ^{MC})	1 g / actionnement de lavement mousse	02474026	AVI	ADEFGV	PCF

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Bromure d'ipratropium (pms-Ipratropium)	solution pour inhalation de 125 mcg/mL	02231135	PMS	(SA)	PAM
<p>Pour les patients qui ont tenté d'utiliser un inhalateur avec un tube d'espacement et</p> <ul style="list-style-type: none"> • qui sont incapables de suivre les instructions, de tenir le tube d'espacement ou de tenir le dispositif suffisamment longtemps pour l'actionner en raison de limitations cognitives ou physiques; ou • qui ont des difficultés à générer un effort inspiratoire suffisant pour obtenir un bienfait thérapeutique. <p><u>Notes pour les réclamations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Période d'approbation initiale : 1 an • Période d'approbation du renouvellement : long terme 					
Hexacétonide de triamcinolone	suspension injectable de 20 mg/mL	02470632	MDX	(SA)	PCF
<p>Pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique.</p>					
Inotersen (Tegsedj ^{MC})	seringue préremplie de 284 mg / 1,5 mL	02481383	AKT	(SA)	PCF
<p>Pour le traitement de la polyneuropathie chez le patient adulte avec amylose héréditaire de la transthyrétine (ATTR héréditaire) qui répond à tous les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avoir reçu un diagnostic d'ATTR héréditaire confirmé par un test génétique; • Présenter une neuropathie symptomatique de stade précoce; • Ne pas être atteint d'insuffisance cardiaque de classe III ou IV selon la classification de la New York Heart Association (NYHA); • Ne pas avoir subi de transplantation hépatique. <p><u>Critères d'arrêt du traitement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le patient est alité de façon permanente et ne peut effectuer les activités de la vie quotidienne sans aide, ou 					

- le patient reçoit des soins de fin de vie.

Note clinique :

- La neuropathie symptomatique de stade précoce correspond au stade I à IIIB sur l'échelle d'invalidité liée à la polyneuropathie ou à une neuropathie amyloïde héréditaire de stade I ou II.

Notes pour les réclamations :

- Le patient doit être sous les soins d'un médecin ayant l'expérience du diagnostic et de la gestion de l'ATTR héréditaire.
- Le traitement combiné avec d'autres médicaments utilisant l'interférence ARN ou des stabilisateurs de la transthyréline utilisés pour traiter l'ATTR héréditaire n'est pas remboursé.
- Période d'approbation initiale : 9 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 12 mois. 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](#).

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Critère révisé Bosutinib (Bosulif ^{MD})	comprimé de 100 mg comprimé de 500 mg	02419149 02419157	PFI	(SA)	PCF
<p>Pour le traitement des patients adultes atteints de leucémie myéloïde chronique (LMC) à chromosome Philadelphie positif (Ph+) en phase chronique, en phase accélérée ou en crise blastique qui ont présenté une résistance ou une intolérance à un traitement préalable par un inhibiteur de tyrosine kinase.</p> <p><u>Note clinique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le patient doit présenter un bon indice de performance. <p><u>Notes pour les réclamations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Période d'approbation initiale : 1 an • Période d'approbation du renouvellement : 1 an 					
Critère révisé Topiramate (Topamax ^{MD})	capsule à saupoudrer de 15 mg capsule à saupoudrer de 25 mg	02239907 02239908	JAN	(SA)	PCF
<p>Pour les patients qui ne peuvent pas prendre de topiramate sous forme de comprimé et qui ont besoin de capsules à saupoudrer pour une bonne administration.</p>					

Nouveau dosageSitagliptine / metformine
(Janumet XR^{MD})comprimés à libération
prolongée de 50 mg / 500 mg
comprimés à libération
prolongée de 100 mg / 1000 mg

02416786

FRS

(SA)

PCF

02416808

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.

Changements au statut de la garantie

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Coût de base
Requiert maintenant une autorisation spéciale				
Bromure d'ipratropium (marques génériques)	solution pour inhalation de 250 mcg/mL	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.		PAM
Budésonide (Pulmicort ^{MD} Nebuamp ^{MD})	suspension pour inhalation de 0,25 mg/mL	01978918	AZE	PCF
Budésonide (Pulmicort ^{MD} Nebuamp ^{MD} et marques génériques)	suspension pour inhalation de 0,5 mg/mL	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.		PAM
Sulfate de salbutamol (Ventolin ^{MD} et marques génériques)	solution pour inhalation de 1 mg/mL solution pour inhalation de 2 mg/mL	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		PCF
Sulfate de salbutamol (Ventolin ^{MD})	solution pour inhalation de 5 mg/mL	02213486	GSK	PCF

Pour les patients qui ont tenté d'utiliser un inhalateur avec un tube d'espacement et

- qui sont incapables de suivre les instructions, de tenir le tube d'espacement ou de tenir le dispositif suffisamment longtemps pour l'actionner en raison de limitations cognitives ou physiques; ou
- qui ont des difficultés à générer un effort inspiratoire suffisant pour obtenir un bienfait thérapeutique.

Notes pour les réclamations :

- Période d'approbation initiale : 1 an
- Période d'approbation du renouvellement : long terme

Les patients qui ont reçu un remboursement pour les produits figurant sur la liste ci-dessous entre le 20 août 2019 et le 19 août 2020 continueront de bénéficier de la couverture jusqu'au 19 août 2021. Après cette date, une demande d'autorisation spéciale sera requise pour que ces produits soient admissibles au remboursement.

Médicaments évalués et non-inscrits

Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées pour ces produits :

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Diclofénac (Pennsaid et marques génériques)	solution topique à 1,5%	02247265	PAL	Pour le traitement des symptômes associés à l'arthrose du (des) genou(x).

Bulletin n° 1034

Le 31 août 2020

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 31 août 2020, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
- Ajouts temporaire de médicaments
 - En vertu de l'[arrêté d'urgence](#) lié à la COVID-19, Santé Canada autorise l'importation et la vente au Canada de certains médicaments qui ne répondent pas entièrement aux exigences réglementaires. Les médicaments admissibles sont ceux qui sont visés par une [pénurie de médicaments de niveau 3](#).
 - Ces produits seront inscrits à titre temporaire sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick et seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie à compter du 31 août 2020.
- Changements de prix des médicaments
 - Diminutions de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 septembre 2020. Avant le 21 septembre 2020, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
 - Augmentations de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 31 août 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@nbdugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Atorvastatine						
Co.	Orl					
	10 mg	NRA-Atorvastatin	02476517	NRA	ADEFGV	0.1743
	20 mg	NRA-Atorvastatin	02476525	NRA	ADEFGV	0.2179
	40 mg	NRA-Atorvastatin	02476533	NRA	ADEFGV	0.2342
	80 mg	NRA-Atorvastatin	02476541	NRA	ADEFGV	0.2342
Diltiazem						
Co.	L.P. Orl					
	120 mg	Jamp-Diltiazem T	02495376	JPC	ADEFV	0.2133
	180 mg	Jamp-Diltiazem T	02495384	JPC	ADEFV	0.2889
	240 mg	Jamp-Diltiazem T	02495392	JPC	ADEFV	0.3832
	300 mg	Jamp-Diltiazem T	02495406	JPC	ADEFV	0.4719
	360 mg	Jamp-Diltiazem T	02495414	JPC	ADEFV	0.5778
Imatinib						
Co.	Orl					
	100 mg	Mint-Imatinib	02492334	MNT	ADEFGV	5.2079
	400 mg	Mint-Imatinib	02492342	MNT	ADEFGV	20.8314
Itraconazole						
Liq	Orl					
	10 mg/mL	Odan-Itraconazole	02495988	ODN	(SA)	0.4111
Labétalol						
Co.	Orl					
	100 mg	Apo-Labetalol	02243538	APX	ADEFGV	0.1983
	200 mg	Apo-Labetalol	02243539	APX	ADEFGV	0.3504
Latanoprost						
Liq	Oph					
	0,005%	Latanoprost Ophthalmic Solution	02489570	TLG	ADEFGV	3.6320
Pantoprazole						
Co.	Ent. Orl					
	40 mg	NRA-Pantoprazole	02471825	NRA	ADEFGV	0.2016
Prednisone						
Co.	Orl					
	5 mg	Apo-Prednisone	00312770	APX	ABDEFGRVW	0.0220
Valsartan						
Co.	Orl					
	80 mg	Valsartan	02366959	SAS	ADEFGV	0.2159
	160 mg	Valsartan	02366967	SAS	ADEFGV	0.2159
	320 mg	Valsartan	02366975	SAS	ADEFGV	0.2098

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Ropinirole							
Co.	Orl	0,25 mg	Act Ropinirole	02316846	TEV	ADEFV	0.0709
			Jamp-Ropinirole	02352338	JPC		
			Ran-Ropinirole	02314037	RAN		
			Ropinirole	02353040	SAS		
Salbutamol							
Liq	Inh	1 mg/mL	Teva-Salbutamol Sterinebs	01926934	TEV	(SA)	0.1446
			pms-Salbutamol	02208229	PMS		

Bulletin n° 1035

Le 17 septembre 2020

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 17 septembre 2020.

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@nbdrgs-medicamentsnb.ca.

Ajouts aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
L'autorisation spéciale n'est plus requise					
Méthylphénidate (Concerta ^{MD} et marques génériques)	comprimés à libération prolongée de 18 mg comprimés à libération prolongée de 27 mg comprimés à libération prolongée de 36 mg comprimés à libération prolongée de 54 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
---------	--------	-----	-----------	---------	--------------

À compter du 17 septembre 2020, les versions biosimilaires de rituximab seront ajoutées au formulaire en tant que médicaments requérant une autorisation spéciale selon les critères énumérés ci-dessous.

Après cette date, les demandes d'autorisation spéciale pour rituximab pour la polyarthrite rhumatoïde et la polyangéite seront acceptées pour la version biosimilaire de rituximab seulement. Les patients dont l'autorisation spéciale a été approuvée pour la marque Rituxan de rituximab avant le 17 septembre 2020 continueront d'être couverts pour cette marque jusqu'à l'expiration de l'autorisation spéciale.

Rituximab (Riximyo ^{MC})	fiolle à usage unique de 10 mg/mL	02498316	SDZ	(SA)	PCF
------------------------------------	-----------------------------------	----------	-----	------	-----

Pour le traitement des patients adultes atteints d'une forme évolutive modérée à grave de polyarthrite rhumatoïde, qui n'ont pas répondu à un traitement adéquat avec un agent anti-TNF.

Notes pour les demandes de remboursement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Toutes les demandes de couverture pour le rituximab seront approuvées pour les versions biosimilaires seulement.
- Les autorisations seront accordées pour un seul traitement. Chaque traitement consiste en deux doses de 1000 mg aux jours 0 et 14. Les traitements doivent être administrés à un minimum de 24 semaines d'intervalle.
- Période d'approbation initiale : 6 mois
- Période d'approbation du renouvellement : long terme.

Rituximab (Ruxience^{MC})

fiole à usage unique de
10 mg/mL

02495724

PFI

(SA)

PCF

Polyangéite

Pour l'induction d'une rémission chez les patients atteints de granulomatose avec polyangéite (GPA) ou polyangéite microscopique (MPA) gravement active, qui présentent une intolérance sévère ou une autre contre-indication à la cyclophosphamide, ou qui ont échoué à un essai adéquat de la cyclophosphamide.

Notes pour les demandes de remboursement :

- Toutes les demandes de couverture pour le rituximab seront approuvées pour la version biosimilaire seulement.
- Les autorisations seront accordées pour un maximum de 375 mg/m² de surface corporelle une fois par semaine pendant 4 semaines.

Polyarthrite rhumatoïde

Pour le traitement des patients adultes atteints d'une forme évolutive modérée à grave de polyarthrite rhumatoïde, qui n'ont pas répondu à un traitement adéquat avec un agent anti-TNF.

Notes pour les demandes de remboursement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Toutes les demandes de couverture pour le rituximab seront approuvées pour les versions biosimilaires seulement.
- Les autorisations seront accordées pour un seul traitement. Chaque traitement consiste en deux doses de 1000 mg aux jours 0 et 14. Les traitements doivent être administrés à un minimum de 24 semaines d'intervalle.
- Période d'approbation initiale : 6 mois
- Période d'approbation du renouvellement : long terme.

Rituximab (Truxima^{MC})

fiole à usage unique de
100 mg / 10 mL

02478382

TMP

(SA)

PCF

fiole à usage unique de
500 mg / 50 mL

02478390

Polyangéite

Pour l'induction d'une rémission chez les patients atteints de granulomatose avec polyangéite (GPA) ou polyangéite microscopique (MPA) gravement active, qui présentent une intolérance sévère ou une autre contre-indication à la cyclophosphamide, ou qui ont échoué à un essai adéquat de la cyclophosphamide.

Notes pour les demandes de remboursement :

- Toutes les demandes de couverture pour le rituximab seront approuvées pour la version biosimilaire seulement.
- Les autorisations seront accordées pour un maximum de 375 mg/m² de surface corporelle une fois par semaine pendant 4 semaines.

Polyarthrite rhumatoïde

Pour le traitement des patients adultes atteints d'une forme évolutive modérée à grave

de polyarthrite rhumatoïde, qui n'ont pas répondu à un traitement adéquat avec un agent anti-TNF.

Notes pour les demandes de remboursement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Toutes les demandes de couverture pour le rituximab seront approuvées pour les versions biosimilaires seulement.
- Les autorisations seront accordées pour un seul traitement. Chaque traitement consiste en deux doses de 1000 mg aux jours 0 et 14. Les traitements doivent être administrés à un minimum de 24 semaines d'intervalle.
- Période d'approbation initiale : 6 mois
- Période d'approbation du renouvellement : long terme.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Critère révisé Méthyphénidate (Biphentin ^{MD})	capsules à libération contrôlée de 10 mg	02277166			
	capsules à libération contrôlée de 15 mg	02277131			
	capsules à libération contrôlée de 20 mg	02277158			
	capsules à libération contrôlée de 30 mg	02277174			
	capsules à libération contrôlée de 40 mg	02277182	PFR	(SA)	PCF
	capsules à libération contrôlée de 50 mg	02277190			
	capsules à libération contrôlée de 60 mg	02277204			
	capsules à libération contrôlée de 80 mg	02277212			

Pour le traitement du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez les patients qui ont essayé le méthyphénidate à libération prolongée sans résultat satisfaisant.

Note pour les demandes de remboursement :

- La dose maximale remboursée est de 80 mg par jour.

Nouvelle indication

Ribociclib (Kisqali ^{MC})	comprimé de 200 mg	02473569	NVR	(SA)	PCF
<p>1. En association avec un inhibiteur de l'aromatase pour le traitement des patientes souffrant d'un cancer du sein avancé ou métastatique avec présence de récepteurs hormonaux et absence du récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (HER2-) qui :</p>					

- n'ont pas suivi un traitement endocrinien antérieur pour la maladie à un stade avancé ou métastatique, et
- n'ont pas présenté de résistance à un traitement (néo)adjuvant antérieur par un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien;
- ne présentent pas de métastases évolutives ou incontrôlées du système nerveux central.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ont reçu un traitement (néo)adjuvant par un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien, un intervalle minimum de 12 mois sans maladie après l'arrêt du traitement est requis.
2. Les femmes pré-ménopausées et péri-ménopausées doivent être traitées avec un agoniste de l'hormone de libération de la lutéinostimuline.
3. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
4. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de remboursement :

- Les demandes seront admissibles pour les patients qui ont reçu au maximum un traitement préalable de chimiothérapie pour une maladie avancée ou métastatique.
 - Période d'approbation initiale : 1 an
 - Période d'approbation du renouvellement : 1 an
2. En association avec fulvestrant pour le traitement des patientes souffrant d'un cancer du sein avancé ou métastatique avec présence de récepteurs hormonaux et absence du récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (HER2-) qui :
 - n'ont pas reçu de traitement endocrinien antérieur ou ont présenté une progression de la maladie pendant un traitement endocrinien, et
 - qui ont reçu au maximum un traitement préalable de chimiothérapie pour une maladie avancée ou métastatique,
 - ne présentent pas de métastases évolutives ou incontrôlées du système nerveux central.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Les femmes pré-ménopausées et péri-ménopausées doivent être traitées avec un agoniste de l'hormone de libération de la lutéinostimuline.
2. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
3. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de remboursement :

- Les demandes ne seront pas prises en considération dans le cas des patients dont la maladie a évolué pendant un traitement avec un inhibiteur de la CDK4/6, fulvestrant ou évérolimus.
- Période d'approbation initiale : 1 an
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an

**Nouvelle indication/
Nouveau format**
Palbociclib (Ibrance^{MD})

capsule de 75 mg	02453150			
capsule de 100 mg	02453169			
capsule de 125 mg	02453177			
comprimé de 75 mg	02493535	PFI	(SA)	PCF
comprimé de 100 mg	02493543			
comprimé de 125 mg	02493551			

1. En association avec un inhibiteur de l'aromatase pour le traitement des patientes souffrant d'un cancer du sein avancé ou métastatique avec présence de récepteurs hormonaux et absence du récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (HER2-) qui :
 - n'ont pas suivi un traitement endocrinien antérieur pour la maladie à un stade avancé ou métastatique, et
 - n'ont pas présenté de résistance à un traitement (néo)adjuvant antérieur par un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien;
 - ne présentent pas de métastases évolutives ou incontrôlées du système nerveux central.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ont reçu un traitement (néo)adjuvant par un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien, un intervalle minimum de 12 mois sans maladie après l'arrêt du traitement est requis.
2. Les femmes pré-ménopausées et péri-ménopausées doivent être traitées avec un agoniste de l'hormone de libération de la lutéinostimuline.
3. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
4. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de remboursement :

- Les demandes seront admissibles pour les patients qui ont reçu au maximum un traitement préalable de chimiothérapie pour une maladie avancée ou métastatique.
- Période d'approbation initiale : 1 an
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an

2. En association avec fulvestrant pour le traitement des patientes souffrant d'un cancer du sein avancé ou métastatique avec présence de récepteurs hormonaux et absence du récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (HER2-) qui :
 - n'ont pas reçu de traitement endocrinien antérieur ou ont présenté une progression de la maladie pendant un traitement endocrinien, et qui ont reçu au maximum un traitement préalable de chimiothérapie pour une maladie avancée ou métastatique,
 - ne présentent pas de métastases évolutives ou incontrôlées du système nerveux central.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Les femmes pré-ménopausées et péri-ménopausées doivent être traitées avec un agoniste de l'hormone de libération de la lutéinostimuline.
2. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
3. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de remboursement :

- Les demandes ne seront pas prises en considération dans le cas des patients dont la maladie a évolué pendant un traitement avec un inhibiteur de la CDK4/6, fulvestrant ou évérolimus.
 - Période d'approbation initiale : 1 an
 - Période d'approbation du renouvellement : 1 an
-

Bulletin n° 1036

Le 30 septembre 2020

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 30 septembre 2020, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 21 octobre 2020, les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 octobre 2020, ces produits 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 qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 octobre 2020. Avant le 21 octobre 2020, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
 - Augmentations de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 30 septembre 2020.
- Produits retirés du formulaire
 - Les produits seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 21 octobre 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@nbdruqs-medicamentsnb.ca.

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Acarbose							
Co.	Orl	50 mg	Acarbose Tablets	02493780	STD	ADEFGV	0.1348
		100 mg	Acarbose Tablets	02493799	STD	ADEFGV	0.1866
Alfuzosine							
Co.L.P.	Orl	10 mg	Xatral	02245565	SAV		
			Auro-Alfuzosin	02443201	ARO	ADEFGV	0.2601
			Sandoz Alfuzosin	02304678	SDZ		
Clindamycine							
Caps	Orl	150 mg	NRA-Clindamycin	02493748	NRA	ABDEFGVW	0.2217
		300 mg	NRA-Clindamycin	02493756	NRA	ABDEFGVW	0.4434
Latanoprost / Timolol							
Liq	Oph	0,005% / 0,5%	Latanoprost and Timolol Ophthalmic	02489368	TLG	ADEFGV	4.4268
Nadolol							
Co.	Orl	40 mg	Mint-Nadolol	02496380	MNT	ADEFGV	0.2375
		80 mg	Mint-Nadolol	02496399	MNT	ADEFGV	0.3410
Norgéstimate / Éthinylestradiol							
Co.	Orl	0,18 mg, 0,215 mg, 0,25 mg / 0,035 mg	Tri-Cyclen (21)	02028700	JAN	DEFGV	1.3705
			Tri-Jordyna (21)	02486296	GLM		1.0279
Olmésartan / Hydrochlorothiazide							
Co.	Orl	20 mg / 12,5 mg	Auro-Olmesartan HCTZ	02476487	ARO	ADEFGV	0.3019
		40 mg / 12,5 mg	Auro-Olmesartan HCTZ	02476495	ARO	ADEFGV	0.3019
		40 mg / 25 mg	Auro-Olmesartan HCTZ	02476509	ARO	ADEFGV	0.3019
Rosuvastatine							
Co.	Orl	5 mg	NRA-Rosuvastatin	02477483	NRA	ADEFGV	0.1284
		10 mg	NRA-Rosuvastatin	02477491	NRA	ADEFGV	0.1354
		20 mg	NRA-Rosuvastatin	02477505	NRA	ADEFGV	0.1692
Valsartan							
Co.	Orl	40 mg	Valsartan	02366940	SAS	ADEFGV	0.2211

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Acarbose						
Co.	Orl	50 mg	Mar-Acarbose	02494078	MAR	ADEFGV 0.1348
		100 mg	Mar-Acarbose	02494086	MAR	ADEFGV 0.1866
Nadolol						
Co.	Orl	40 mg	Apo-Nadolol	00782505	APX	ADEFGV 0.2375
		80 mg	Apo-Nadolol	00782467	APX	ADEFGV 0.3410
Polystyrene Sulfonate						
Pds.	Orl	100%	Solystat	00755338	PMS	ADEFGV 0.1851
Tétrabenzazine						
Co.	Orl	25 mg	Apo-Tétrabenzazine	02407590	APX	ADEFGV 1.6669
			pms-Tétrabenzazine	02402424	PMS	
Timolol						
Liq	Oph	0,25%	Timolol Maleate-EX	02242275	SDZ	ADEFGV 2.9540
		0,5%	Timolol Maleate-EX	02242276	SDZ	ADEFGV 3.5320
Vancomycine						
Pds.	IV	1 g	Vancomycin	02394634	SDZ	ABDEFGVW 20.3763
			Vancomycin	02342863	STR	

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
Prix non confirmé par le fabricant					
Topiramate					
Co.	Orl	50 mg	pms-Topiramate	02312085	PMS ADEFGV
Vancomycine					
Pds.	IV	1 g	Vancomycin HCl	02139383	FKB ABDEFGVW

Bulletin n° 1037

Le 22 octobre 2020

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 22 octobre 2020.

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.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@nbdrugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Tacrolimus (Envarsus PA ^{MD})	comprimés à libération prolongée de 0,75 mg	02485877			
	comprimés à libération prolongée de 1 mg	02485885	EDO	ADEFGV	PCF
	comprimés à libération prolongée de 4 mg	02485893			

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Bromure d'ipratropium / salbutamol (marques génériques)	solution pour inhalation de 0,5 mg / 2,5 mg / 2,5 mL	Voir formulaire des médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.		(SA)	PAM

Pour les patients qui ont tenté d'utiliser un inhalateur avec un tube d'espacement et

- qui sont incapables de suivre les instructions, de tenir le tube d'espacement ou de tenir le dispositif suffisamment longtemps pour l'actionner en raison de limitations cognitives ou physiques; ou
- qui ont des difficultés à générer un effort inspiratoire suffisant pour obtenir un bienfait thérapeutique.

Notes pour les demandes de remboursement :

- Période d'approbation initiale : 1 an
- Période d'approbation du renouvellement : long terme

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Critère révisé Alemtuzumab (Lemtrada ^{MD})	fiolle à usage unique de 12 mg/ 1,2 mL	02418320	GZM	(SA)	PCF

Pour le traitement de la sclérose en plaques récurrente-rémittente (SPRR) très active chez les patients adultes qui répondent à tous les critères suivants :

- Diagnostic confirmé en fonction des critères de McDonald;
- Au moins une poussée invalidante ou nouvelle activité révélée par un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) au cours de la dernière année;
- Patient ambulatoire, avec ou sans aide (c.-à-d. score récent de 6,5 ou moins sur l'échelle étendue du statut d'invalidité [EDSS]);
- Absence de réponse ou intolérance à au moins deux agents modificateurs de la maladie.

Notes cliniques :

1. Le traitement doit être arrêté chez les patients dont le score à l'échelle EDSS est de 7 ou plus.
2. Une poussée se définit par l'apparition de nouveaux symptômes neurologiques ou l'aggravation des symptômes neurologiques existants, en l'absence de fièvre ou d'infection, qui dure au moins 24 heures et qui a été précédée par un état de stabilité d'une durée d'au moins un mois. Il doit également y avoir présence de nouveaux résultats neurologiques objectifs observés au cours d'une évaluation menée par un neurologue.

Notes pour les demandes de remboursement :

- Doit être prescrit par un neurologue possédant de l'expérience dans le traitement de la sclérose en plaques.
- Les demandes présentées par les personnes inscrites aux Plans ADEFGV seront examinées.
- Quantité maximale approuvée et période : 8 fioles pour deux ans (5 fioles approuvées la première année et 3 fioles approuvées la deuxième année).
- Pour obtenir des renseignements concernant une reprise de traitement, veuillez communiquer avec Régimes de médicaments du N.-B.

Naltrexone (Revia^{MC} et marques génériques)

comprimé de 50 mg

Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.

(SA)

PAM

Pour le traitement des patients aux prises avec un trouble de l'usage de l'alcool.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation initiale : 6 mois

Nouvelle concentrations

Budésonide (Pulmicort^{MD} Nebuamp^{MD} et marques génériques)

suspension pour inhalation de 0,125 mg/mL

Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.

(SA)

PAM

Pour les patients qui ont tenté d'utiliser un inhalateur avec un tube d'espacement et

- qui sont incapables de suivre les instructions, de tenir le tube d'espacement ou de tenir le dispositif suffisamment longtemps pour l'actionner en raison de limitations cognitives ou physiques; ou
- qui ont des difficultés à générer un effort inspiratoire suffisant pour obtenir un bienfait thérapeutique.

Notes pour les demandes de remboursement :

- Période d'approbation initiale : 1 an
- Période d'approbation du renouvellement : long terme

**Nouvelle forme
pharmaceutique**
Tocilizumab (Actemra^{MD})

auto-injecteur prérempli de
162 mg / 0,9 mL

02483327

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 demandes de remboursement :

- 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.

Polyarthrite rhumatoïde

Indiqué pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde évolutive modérément à sévèrement active, en association avec du méthotrexate ou d'autres antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM), chez les patients adultes qui sont réfractaires 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 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 cidessus.
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 demandes de remboursement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
Perfusion intraveineuse : L'approbation initiale sera 4 mg/kg/dose toutes les quatre semaines, avec une augmentation de la dose d'entretien maximale allant jusqu'à 8mg/kg, jusqu'à un maximum de 800 mg par perfusion pour les patients > 100 kg.
- Injection sous-cutanée : L'approbation initiale sera pour 162 mg toutes les deux semaines pour les patients <100 kg, avec une augmentation de la dose d'entretien maximale au dosage hebdomadaire autorisé. Les patients ≥100kg seront approuvés pour 162 mg chaque semaine, sans augmentation de la dose autorisée.
- Période d'approbation initiale: 16 semaines
- Période d'approbation du renouvellement: 1an. Confirmation de la réponse continue requise.

Nouvelle indication

Tofacitinib (Xeljanz^{MD})

comprimé de 5 mg	02423898			
comprimé de 10 mg	02480786	PFI	(SA)	PCF

Colite ulcéreuse

- Pour le traitement des patients adultes souffrant d'une colite ulcéreuse 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 cidessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires ou de contre-indications aux traitements tels que définis dans la monographie du produit. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de remboursement :

- 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 approbations seront pour un maximum de 10 mg deux fois par jour (Xeljanz)

- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Changements au statut de la garantie

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

Retraite de la liste

Acyclovir (Zovirax^{MD})
Apo-Acyclovir

onguent à 5 %
onguent à 5 %

00569771
02477130

VLN
APX

À compter du 22 octobre 2020, l'onguent d'acyclovir 5 % sera retiré du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick à titre de médicament assuré. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas admissibles.

Il n'existe aucune preuve de l'efficacité de l'onguent d'acyclovir 5 % pour améliorer la guérison des infections à l'herpès génital ou à l'herpès labial. Les formulations orales d'antiviraux sont plus efficaces et figurent actuellement sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick à titre de médicaments réguliers.

Naltrexone (Revia^{MC})
Apo-Naltrexone
Naltrexone hydrochloride

comprimé de 50 mg
comprimé de 50 mg
comprimé de 50 mg

02213826
02444275
02451883

TEV
APX
JPC

À compter du 22 octobre 2020, les comprimés de 50 mg de naltrexone seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick à titre de médicament assuré pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes. Les demandes d'autorisation spéciale pour la naltrexone pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes ne seront plus admissibles.

Il n'y a pas suffisamment de données probantes démontrant l'efficacité de la naltrexone pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes, et des agents plus sûrs et efficaces figurent à titre de médicaments assurés sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Médicaments évalués et non-inscrits

Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées pour ces produits :

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
---------	--------	-----	-----------	------------

Acyclovir (Zovirax^{MD})

crème à 5 %

02039524

VLN

Pour traiter de façon topique les épisodes initiaux des infections génitales d'herpès simplex.

Bulletin n° 1038

Le 29 octobre 2020

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 29 octobre 2020, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 19 novembre 2020, les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 19 novembre 2020, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Ajouts temporaire de médicaments
 - En vertu de l'[arrêté d'urgence](#) lié à la COVID-19, Santé Canada autorise l'importation et la vente au Canada de certains médicaments qui ne répondent pas entièrement aux exigences réglementaires. Les médicaments admissibles sont ceux qui sont visés par une [pénurie de médicaments de niveau 3](#).
 - Ces produits seront inscrits à titre temporaire sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick et seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie à compter du 29 octobre 2020.
- Changements de prix des médicaments
 - Diminutions de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 19 novembre 2020. Avant le 19 novembre 2020, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
 - Augmentations de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 29 octobre 2020.
- Produits retirés du formulaire
 - Les produits seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 19 novembre 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@nbdugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM	
Alfuzosine Co.L.P. Orl 10 mg	Alfuzosin	02447576	SIV	ADEFV	0.2601	
	Apo-Alfuzosin	02315866	APX			
Amlodipine Co. Orl 2,5 mg	Amlodipine	02492199	JPC	ADEFV	0.0767	
Calcitriol Caps Orl 0,25 mcg	Calcitriol	02495899	STD	ADEFV	0.2341	
	0,5 mcg	Calcitriol	02495902	STD	ADEFV	0.3723
Diclofenac Liq Oph 0,1%	Mint-Diclofenac	02475197	MNT	ADEFV	1.2397	
Drosprénone / Éthinylœstradiol Co. Orl 3 mg / 0,03 mg	Yasmin (21)	02261723	BAY	DEFV	0.5924	
	Zamine (21)	02410788	APX		0.4442	
	3 mg / 0,03 mg	Yasmin (28)	02261731	BAY	DEFV	0.4443
		Zamine (28)	02410796	APX		0.3332
Évérolimus Co. Orl 2,5 mg	Sandoz Everolimus	02492911	SDZ	(SA)	101.3270	
	5 mg	Sandoz Everolimus	02492938	SDZ	(SA)	101.3270
	10 mg	Sandoz Everolimus	02492946	SDZ	(SA)	101.3270
Furosémide Co. Orl 20 mg	Furosemide	02351420	SAS	ADEFVW	0.0218	
	40 mg	Furosemide	02351439	SAS	ADEFVW	0.0327
Hydrochlorothiazide Co. Orl 25 mg	Hydrochlorothiazide	02360594	SAS	ADEFV	0.0157	
Leucovorine calcique Co. Orl 5 mg	Leucovorin Calcium	02170493	PFI	ADEFV	7.2466	
	Riva Leucovorin	02493357	RIV		5.5164	
Oseltamivir Caps Orl 30 mg	Jamp-Oseltamivir	02497409	JPC	(SA)	0.5243	
	Mar-Oseltamivir	02497352	MAR			
	45 mg	Mar-Oseltamivir	02497360	MAR	(SA)	1.6135
75 mg	Jamp-Oseltamivir	02497425	JPC	(SA)	1.0393	
	Mar-Oseltamivir	02497379	MAR			

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Pyridostigmine						
Co.	Orl	60 mg	Mestinon	00869961	BSL	0.5345
			Riva-Pyridostigmine	02495643	RIV	0.4009

Ajout temporaire de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Chloroquine						
Co.	Orl	250 mg	Chloroquine Sulfate	66127291	NAT	0.3208

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Acide alendronique						
Co.	Orl	10 mg	Alendronate Sodium	02381486	AHI	
			Auro-Alendronate	02388545	ARO	
			Ran-Alendronate	02384701	RAN	ADEFGV
			Sandoz Alendronate	02288087	SDZ	0.4986
Calcitriol						
Caps	Orl	0,25 mcg	Calcitriol-Odan	02431637	ODN	
			Taro-Calcitriol	02485710	TAR	ADEFGV
		0,5 mcg	Calcitriol-Odan	02431645	ODN	
			Taro-Calcitriol	02485729	TAR	ADEFGV
Évérolimus						
Co.	Orl	2,5 mg	Teva-Everolimus	02463229	TEV	(SA)
		5 mg	Teva-Everolimus	02463237	TEV	(SA)
		10 mg	Teva-Everolimus	02463253	TEV	(SA)
Fluvastatine						
Caps	Orl	20 mg	Teva-Fluvastatin	02299224	TEV	ADEFGV
		40 mg	Teva-Fluvastatin	02299232	TEV	ADEFGV
Hydromorphone						
Liq	Inj	50 mg/mL	Hydromorphone HP 50	02146126	SDZ	ADEFGVW
Oseltamivir						
Caps	Orl	30 mg	Mint-Oseltamivir	02497441	MNT	
			Nat-Oseltamivir	02472635	NAT	(SA)
		45 mg	Nat-Oseltamivir	02472643	NAT	(SA)

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Oseltamivir Caps Orl 75 mg	Mint-Oseltamivir Nat-Oseltamivir	02497476 02457989	MNT NAT	(SA)	1.0393

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	
Produit retiré du marché					
Acide alendronique Co. Orl 10 mg	Apo-Alendronate Teva-Alendronate	02248728 02247373	APX TEV	ADEFGV	

Bulletin n° 1039

Le 26 novembre 2020

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 novembre 2020.

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
Insuline lispro (Admelog ^{MD} et Admelog ^{MD} SoloSTAR ^{MD})	fiolle de 100 U/mL	02469901			
	cartouche de 100 U/mL	02469898	SAV	ADEFGV	PCF
	stylo prérempli SoloSTAR de 100 U/mL	02469871			

À compter du 26 novembre 2020, l'insuline lispro (Admelog^{MD}) sera ajoutée au Formulaire à titre régulier en vertu des régimes A, D, E, F, G et V.

Après cette date, les demandes d'autorisation spéciale pour l'insuline lispro de marque Humalog^{MD} ne seront plus admissibles et la condition relative à la prescription par un endocrinologue ou un interniste sera retirée. Humalog^{MD} continuera d'être couvert pour les patients qui ont obtenu un paiement pour une demande de remboursement visant Humalog^{MD} entre le 26 mai 2020 et le 26 novembre 2020.

Zopiclone (pms-Zopiclone)	comprimé de 3,75 mg	02458543	PMS	ADEFGV	PAM
---------------------------	---------------------	----------	-----	--------	-----

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Filgrastim (Nivestym ^{MC})	fiolle à usage unique de 300 mcg / 1 mL	02485591			
	fiolle à usage unique de 480 mcg / 1,6 mL	02485656			
	seringue préremplie de 300 mcg / 0,5 mL	02485575	PFI	(SA)	PCF
	seringue préremplie de 480 mcg / 0,8 mL	02485583			

Appui à la chimiothérapie

Pour la prévention de la neutropénie fébrile chez les patients recevant une chimiothérapie myélosuppressive avec intention curative qui :

- ont un risque élevé de neutropénie fébrile due à un traitement de chimiothérapie, des comorbidités ou une neutropénie grave préexistante; ou
- ont eu un épisode de neutropénie fébrile, de septicémie neutropénique ou de neutropénie profonde dans un cycle de chimiothérapie antérieur; ou
- ont eu une réduction de la dose, ou un délai de traitement supérieur à une semaine en raison de la neutropénie.

Note clinique:

- Les patients atteints d'un cancer incurable recevant une chimiothérapie palliative ne sont pas admissibles à la couverture du filgrastim pour la prévention de la neutropénie fébrile.

Indications pour cas bénins

- Pour augmenter le nombre de neutrophiles et réduire l'incidence et la durée de

l'infection chez les patients atteints de neutropénie congénitale, idiopathique ou cyclique.

- Pour la prévention et le traitement de la neutropénie chez les patients présentant une infection au VIH.

Soutien pour la greffe de cellules souches

- Pour la mobilisation des cellules progénitrices du sang périphérique aux fins d'une greffe de cellules souches.
- Pour favoriser la prise de greffe suivant une greffe de cellules souches.

Notes pour les demandes de règlement :

- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture de filgrastim seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Ajout temporaire de médicaments					
Buprénorphine (Sublocade ^{MD} étiqueté aux États-Unis)	seringue de 100 mg / 0,5 mL seringue de 300 mg / 1,5 mL	09858127 09858128	IUK	(SA)	PCF

En vertu de l'arrêté d'urgence lié à la COVID-19, Santé Canada autorise l'importation et la vente au Canada de certains médicaments qui ne répondent pas entièrement aux exigences réglementaires. Les médicaments admissibles sont ceux qui sont visés par une pénurie de médicaments de niveau 3.

À compter du 26 novembre 2020, la version de Sublocade^{MD} étiquetée aux États-Unis sera inscrite temporairement sur le Formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick à titre de médicament admissible à la couverture par l'entremise d'une autorisation spéciale, avec les mêmes critères que les produits actuellement inscrits.

Critère révisé

Acétate d'abiratéron (Zytiga ^{MD})	comprimés pelliculé de 250 mg comprimés pelliculé de 500 mg	02371065 02457113	JAN	(SA)	PCF
--	--	----------------------	-----	------	-----

Pour le traitement des patients atteints d'un cancer de la prostate métastatique résistant à la castration.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent avoir un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

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

Aripiprazole (Abilify
Maintena^{MD})

fiole de 300 mg	02420864	OTS	(SA)	PCF
fiole de 400 mg	02420872			

Pour le traitement chez les patients qui :

- ne respectent pas la posologie d'un antipsychotique oral; ou
- reçoivent actuellement un antipsychotique injectable à longue durée d'action et qui ont besoin d'un autre antipsychotique injectable à longue durée d'action.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour le traitement des symptômes psychotiques associés à la démence ne seront pas admissibles.

Filgrastim (Neupogen^{MD})

fiole de 300 mcg / 1 mL	01968017	AGA	(SA)	PCF
fiole de 480 mcg / 1,6 mL	00999001			

- Les demandes de couverture pour Neupogen ne sont plus admissibles.
- La couverture de Neupogen pour les patients qui ont actuellement une autorisation spéciale pour ce médicament continuera jusqu'à l'expiration de cette dernière.

Lisdexamfétamine,
dimésylate de (Vyvanse^{MD})

comprimés à croquer 10 mg	02490226	TAK	(SA)	PCF
comprimés à croquer de 20 mg	02490234			
comprimés à croquer de 30 mg	02490242			
comprimés à croquer de 40 mg	02490250			
comprimés à croquer de 50 mg	02490269			
comprimés à croquer de 60 mg	02490277			
comprimés de 10 mg	02439603			
comprimés de 20 mg	02347156			
comprimés de 30 mg	02322951			
comprimés de 40 mg	02347164			
comprimés de 50 mg	02322978			
comprimés de 60 mg	02347172			

Pour le traitement du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez les patients qui ont essayé le méthylphénidate à libération prolongée, la dexamphétamine ou les sels mixtes d'amphétamine sans résultat satisfaisant.

Notes cliniques :

- La dose maximale remboursée sera de 60 mg par jour.

Rispéridone (Risperdal
Consta^{MD})

fiole de 12,5 mg	02298465			
fiole de 25 mg	02255707	JAN	(SA)	PCF
fiole de 37,5 mg	02255723			
fiole de 50 mg	02255758			

Pour le traitement chez les patients qui :

- ne respectent pas la posologie d'un antipsychotique oral; ou
- reçoivent actuellement un antipsychotique injectable à longue durée d'action et qui ont besoin d'un autre antipsychotique injectable à longue durée d'action.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour le traitement des symptômes psychotiques associés à la démence ne seront pas admissibles.

Nouvelle concentration
Adalimumab (Humira^{MD})

seringue préremplie de 20 mg / 0,2 mL	02474263	ABV	(SA)	PCF
--	----------	-----	------	-----

Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire

Pour le traitement des formes modérées à graves d'arthrite idiopathique juvénile (AIJ) polyarticulaire évolutive chez les enfants (âgés de 4 à 17 ans) qui n'ont pas répondu adéquatement à un ou à plusieurs antirhumatismes modificateurs de la maladie (ARMM).

Notes sur les demandes de règlement :

- Le médicament doit avoir été prescrit par, ou en consultation avec, un rhumatologue qui est familier avec l'utilisation des ARMM biologiques chez les enfants.
- Une quantité maximale de 40 mg toutes les deux semaines sera approuvée.

Nouvelle indication
Étanercept (Erelzi^{MD})

seringue préremplie de 25 mg / 0,5 mL	02462877			
auto-injecteur de 50 mg/mL	02462850	SDZ	(SA)	PCF
seringue préremplie de 50 mg/mL	02462869			

Psoriasis en plaques

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

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

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique, selon les résultats radiographiques, que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. La résistance à la castration doit être démontrée pendant le TAA continu et est définie comme un minimum de trois élévations de l'APS, mesurées à au moins une semaine d'intervalle, où la dernière mesure d'APS est supérieure à 2 µg/L.
2. Les taux de testostérone correspondant à la castration doivent être maintenus tout au long du traitement par l'enzalutamide.
3. Les patients doivent avoir un bon indice de performance et aucun facteur de risque de crise d'épilepsie.
4. Le traitement doit être arrêté en cas de confirmation radiographique que la maladie a progressé ou d'effets toxiques inacceptables.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant l'enzalutamide ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement par l'apalutamide.
- Période d'approbation initiale : 1 an.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Médicaments évalués et non-inscrits

Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées pour ces produits :

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Chlorhydrate de bupropion/chlorhydrate de naltrexone (Contrave ^{MD})	capsule à libération prolongée de 90 mg / 8 mg	02472945	BSL	Indiqué en complément d'un régime alimentaire hypocalorique et d'une augmentation du niveau d'activité physique pour la prise en charge du poids à long terme chez les adultes.

Bulletin n° 1040

Le 30 novembre 2020

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 30 novembre 2020, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 21 décembre 2020, les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 décembre 2020, ces produits 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 qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 décembre 2020. Avant le 21 décembre 2020, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
 - Augmentations de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 30 novembre 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@nbdruqs-medicamentsnb.ca.

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM	
Céphalexine							
Co.	Orl	500 mg	Cephalexin	02495651	SIV	ABDEFGVW	0.1731
Liothyronine							
Co.	Orl	5 mcg	Cytomel	01919458	PFI	ADEFGV	1.3710
			Teva-Liothyronine	02494337	TEV		1.1587
		25 mcg	Cytomel	01919466	PFI	ADEFGV	1.4904
			Teva-Liothyronine	02494345	TEV		1.2595
Méthimazole							
Co.	Orl	5 mg	Jamp Methimazole	02490625	JPC	ADEFGV	0.1531
		10 mg	Jamp Methimazole	02490633	JPC	ADEFGV	0.3048
Méthotrexate							
Liq	SC	15 mg / 0,3 mL	Metoject Subcutaneous	02454858	MDX	ADEFGV	24.5700
			Methotrexate Subcutaneous	02491311	AHI		
Olmésartan							
Co.	Orl	20 mg	NRA-Olmesartan	02499258	NRA	ADEFGV	0.2763
		40 mg	NRA-Olmesartan	02499266	NRA	ADEFGV	0.2763
Oseltamivir							
Caps	Orl	30 mg	Oseltamivir	02504006	STD	(SA)	0.5243
		45 mg	Oseltamivir	02504014	STD	(SA)	0.8068
		75 mg	Oseltamivir	02504022	STD	(SA)	1.0393

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM	
Bupropion							
Co.L.L.	Orl	150 mg	Bupropion SR	02391570	SAS	ADEFGV	0.2297
			Sandoz Bupropion SR	02275082	SDZ		
Dipropionate de bétaméthasone							
Ont	Top	0,05%	Teva-Topilene Glycol	00849669	TEV	ADEFGV	0.5186
Cefuroxime							
Co.	Orl	500 mg	Apo-Cefuroxime	02244394	APX	ABDEFGVW	1.4336
			Auro-Cefuroxime	02344831	ARO		

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Oseltamivir					
Caps Orl 45 mg	Mar-Oseltamivir	02497360	MAR	(SA)	0.8068
	Nat-Oseltamivir	02472643	NAT		
Méthimazole					
Co. Orl 5 mg	Mar-Methimazole	02480107	MAR	ADEFGV	0.1531
	Mar-Methimazole	02480115	MAR	ADEFGV	0.3048

Bulletin n° 1041

3 décembre 2020

Nouvelles au sujet des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Horaire des Fêtes 2020

Des représentants des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront présents selon cet horaire pendant la période des Fêtes 2020 :

Date	Horaire
Jeudi 24 décembre	8 h à 12 h
Vendredi 25 décembre	Fermé
Samedi 26 décembre	Fermé
Dimanche 27 décembre	Fermé
Lundi 28 décembre	8 h à 17 h (heures normales)
Mardi 29 décembre	8 h à 17 h (heures normales)
Mercredi 30 décembre	8 h à 17 h (heures normales)
Jeudi 31 décembre	8 h à 17 h (heures normales)
Vendredi 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.qnb.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@nbdrgs-medicamentsnb.ca.

Bulletin n° 1042

Le 16 décembre 2020

Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 16 décembre 2020, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 6 janvier 2021, les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 6 janvier 2021, ces produits 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 qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 6 janvier 2021. Avant le 6 janvier 2021, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
 - Augmentations de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 16 décembre 2020.
- Produits retirés du formulaire
 - Les produits seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 6 janvier 2021.

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
Carbamazépine							
Co.C	Orl	100 mg	Taro-Carbamazépine Chewable	02244403	TAR	ADEFGV	0.1702
		200 mg	Taro-Carbamazépine Chewable	02244404	TAR	ADEFGV	0.3302
Ciprofloxacine / Dexaméthasone							
Susp	Ot	0,3% / 0,1%	Ciprodex	02252716	NVR	(SA)	3.8453
			Taro-Ciprofloxacine/Dexaméthasone	02481901	TAR		2.8840
Flécaïnide							
Co.	Orl	50 mg	Jamp Flecaïnide	02493705	JPC	ADEFGV	0.1389
		100 mg	Jamp Flecaïnide	02493713	JPC	ADEFGV	0.2779
Méthadone							
Liq	Orl	10 mg/mL	Jamp-Méthadone	02495783	JPC	ADEFGV	0.0053
Mirtazapine							
Co.	Orl	30 mg	Mirtazapine	02496674	SIV	ADEFGV	0.3100
Olmésartan							
Co.	Orl	20 mg	GLN-Olmésartan	02469812	GLM	ADEFGV	0.2763
		40 mg	GLN-Olmésartan	02469820	GLM	ADEFGV	0.2763
Testostérone							
Liq	IM	100 mg/mL	Depo-Testostérone	00030783	PFI	ADEFGV	4.5220
			Taro-Testostérone	02496003	TAR		3.4878
Trazodone							
Co.	Orl	150 mg	Apo-Trazodone D	02147653	APX	ADEFGV	0.1453

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Amoxicilline / Acide Clavulanique							
Co.	Orl	875 mg / 125 mg	Apo-Amoxi Clav	02245623	APX	ABDEFGVW	1.1103
			Sandoz Amoxi-Clav	02482584	SDZ		
Céfuroxime							
Co.	Orl	250 mg	Apo-Céfuroxime	02244393	APX	ABDEFGVW	0.8388
			Auro-Céfuroxime	02344823	ARO		
Cétirizine							
Co.	Orl	10 mg	Apo-Cétirizine	02231603	APX	G	0.2223

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	PAM
Diltiazem Caps.L.P. Orl 300 mg	Jamp-Diltiazem T	02495406	JPC	ADEFGV	0.4719
	Mar-Diltiazem T	02465396	MAR		
	Sandoz Diltiazem T	02245921	SDZ		
	Teva-Diltiazem ER	02271648	TEV		
Flécaïnide Co. Orl 50 mg	Apo-Flecainide	02275538	APX	ADEFGV	0.1389
	Auro-Flecainide	02459957	ARO		
	Apo-Flecainide	02275546	APX		
	Auro-Flecainide	02459965	ARO		
Flécaïnide Co. Orl 100 mg	Apo-Flecainide	02275546	APX	ADEFGV	0.2779
	Auro-Flecainide	02459965	ARO		
Méthadone Liq Orl 10 mg/mL	Methadone Hydrochloride	02481979	SDZ	ADEFGV	0.0053

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
Produit retiré du marché				
Diltiazem Caps.L.P. Orl 300 mg	Act Diltiazem T	02370514	TEV	ADEFGV
	Diltiazem TZ	02325330	PDL	
Prix non confirmé par le fabricant				
Méthadone Liq Orl 10 mg/mL	Methadose	02394596	MAL	ADEFGV
	Methadose Unflavoured	02394618	MAL	

Bulletin n° 1043

Le 17 décembre 2020

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 17 décembre 2020.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- 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.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 aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Bitartrate d'épinéphrine (Emerade ^{MC})	stylo prérempli de 0,3 mg / 0,3 mL	02458446	BSL	ADEFGV	PCF
	stylo prérempli de 0,5 mg / 0,5 mL	02458454			

L'autorisation spéciale n'est plus requise

Chlorhydrate de pioglitazone (marques génériques)	comprimé de 15 mg comprimé de 30 mg comprimé de 45 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
Nouvelle forme pharmaceutique Phosphate d'oseltamivir (Tamiflu ^{MD} et marques génériques)	poudre pour suspension à 6 mg/mL	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.		(SA)	PAM

Pour les résidents des établissements de soins de longue durée pendant une éclosion de grippe, lorsque les capsules orales ne sont pas une option et que le patient répond autrement aux critères d'autorisation spéciale pour les capsules d'oseltamivir.

Note clinique:

- Les établissements de soins de longue durée désignent les foyers de soins infirmiers autorisés et ne comprennent pas les foyers de soins spéciaux.

Notes pour les demandes de remboursement :

- La couverture s'applique uniquement aux bénéficiaires du Plan V.
- Doit être recommandé par un médecin-hygiéniste, comme il est énoncé dans la [politique](#).

Médicaments évalués et non-inscrits

Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées pour ces produits :

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Nitisinone (Cycle Nitisinone)	comprimé de 2 mg comprimé de 5 mg comprimé de 10 mg	02458616 02458624 02458632	CYP	Tyrosinémie héréditaire de type 1

Caplacizumab (Cabli^{MC})

poudre pour solution à
11 mg

02496194

SAV

Purpura thrombocytopénique
thrombotique acquis