

Bulletin n° 1044

Le 27 janvier 2021

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

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 27 janvier 2021.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- 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.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
Colistiméthate de sodium (Coly-Mycin ^{MD} M Parentéral)	fiolle de 150 mg	00476420	ERF	ADEFGV	PCF

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Lanadélumab (Takhzyro ^{MD})	fiolle de 300 mg / 2 mL	02480948	SHI	(SA)	MLP

Pour la prévention des angio-œdèmes héréditaires de type 1 ou de type 2 (AOH) chez les patients de 12 ans et plus qui ont subi au moins trois crises d'AOH dans une période de quatre semaines et qui ont dû recevoir un traitement injectable en cas d'attaque aiguë.

Critères d'arrêt du traitement :

- Aucune réduction du nombre de crises d'AOH pour lesquelles un traitement injectable en cas d'attaque aiguë a été reçu durant les trois premiers mois de traitement au lanadélumab par rapport au nombre de crises observé avant le début de traitement; ou
- Augmentation du nombre de crises d'AOH pour lesquelles un traitement injectable en cas d'attaque aiguë a été reçu par rapport au nombre de crises observé avant le début de traitement au lanadélumab.

Note clinique :

- Les statistiques de crises avant le traitement doivent être indiquées pour les patients qui ont déjà reçu un traitement de prophylaxie à long terme pour l'AOH et qui prévoient changer pour un traitement au lanadélumab.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le patient doit être sous les soins d'un médecin ayant l'expérience du diagnostic et du traitement de l'AOH.
- Ne doit pas être utilisé en association avec d'autres traitements de prophylaxie à long terme (p. ex. inhibiteur de l'estérase de C1).
- Une dose maximale de 300 mg toutes les 2 semaines sera approuvée.
- Période d'approbation initiale : 3 mois
- Période d'approbation du renouvellement : 6 mois

Progestérone (Prometrium^{MD}
et marques générique)

capsule de 100 mg

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

(SA)

PAM

Pour les femmes qui ont une grossesse simple (non multiple) pour lesquelles :

- la grossesse est avancée de plus de 20 semaines, et
- il y a un risque élevé de naissance prématurée (col de l'utérus inférieur à 25 mm ou

antécédents de naissance prématurée)

Ribavirine (Ibavyr^{MC})

comprimé de 200 mg	02439212	PDP	(SA)	PCF
comprimé de 400 mg	02425890			

Utilisé en association avec d'autres médicaments pour le traitement de l'hépatite C chronique. Les critères applicables pour le traitement d'association doivent être respectés.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un hépatologue, un gastroentérologue ou un infectiologue (ou un autre prescripteur qui a de l'expérience dans le traitement de l'infection au virus de l'hépatite C).
- Les demandes des personnes inscrites aux régimes A, D, E, F, G et V seront examinées.

Saproptérine (Kuvan^{MD})

comprimé de 100 mg	02350580	BMR	(SA)	PCF
sachet de 100 mg	02482207			
sachet de 500 mg	02482215			

Pour le traitement continu de l'hyperphénylalaninémie en raison d'une phénylcétonurie (PCU) répondant à la tétrahydrobioptérine (BH4), en association avec un régime alimentaire pauvre en phénylalanine (Phe) chez les patientes qui répondent à tous les critères suivants :

- Diagnostic confirmé par un test génétique.
- Réponse à Kuvan démontrée par un test de réactivité à Kuvan.
- Des concentrations sanguines de base de Phe supérieures à 360 µmol/L malgré le respect d'un régime et de formules à faible teneur en protéines (les patientes qui ne sont pas enceintes ont besoin d'au moins 2 résultats de concentration sanguine de base et les patientes enceintes d'au moins un résultat de concentration sanguine de base pendant une période de 3 à 6 mois).
- Obtention des résultats suivants au cours d'un essai de traitement de 6 mois :
 - Pour les patientes enceintes ou pas enceintes, une concentration sanguine de Phe normale et soutenue de 120 µmol/L à 360 µmol/L; ou
 - Pour les patientes qui ne sont pas enceintes, une réduction constante des concentrations sanguines de Phe d'au moins 30 % comparativement à la concentration sanguine de base de Phe si celle-ci était de moins de 1200 µmol/L; ou
 - Pour les patientes qui ne sont pas enceintes, une réduction constante des concentrations sanguines de Phe d'au moins 50 % comparativement à la concentration sanguine de base de Phe si celle-ci était plus élevée que 1200 µmol/L.
- Pour les patientes qui ne sont pas enceintes, augmentation documentée de la tolérance aux protéines alimentaires en fonction des objectifs fixés entre le clinicien et la patiente.

Critère de renouvellement

- Confirmation du maintien de la réponse à Kuvan selon les concentrations de Phe atteintes au cours de l'essai de 6 mois. Deux concentrations de Phe à au moins un mois d'intervalle doivent être fournies.

Notes cliniques :

- Le traitement des patients doit être initié et suivi dans une clinique spécialisée ayant une expertise dans le diagnostic et la gestion de la PCU.

- Les concentrations sanguines de Phe et les niveaux de tolérance de Phe doivent être fournis.
- Les patientes enceintes qui ont maintenu une diminution de la concentration de Phe en dessous de 360 umol/L pendant la période d'essai de 6 mois pourront bénéficier de la couverture du Kuvan pendant toute la durée de la grossesse.

Notes pour les demandes de règlement :

- Une quantité maximale de 20 mg/kg par jour.
- Les renouvellements de Kuvan pour les patientes enceintes ne seront pas admissibles.
- Période d'approbation : 1 an

Médicaments évalués et non-inscrits

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

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Midostaurine (Rydapt ^{MD})	comprimé de 25 mg	02466236	NVR	Pour le traitement des adultes atteints de mastocytose systémique agressive, de mastocytose systémique associée à une autre hémopathie maligne ou de leucémie à mastocytes.

Bulletin n° 1045

Le 28 janvier 2021

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 28 janvier 2021, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 18 février 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 18 février 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 18 février 2021. Avant le 18 février 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 28 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@nbdruqs-medicamentsnb.ca.

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Benzylamine							
Liq	Buc	0,15%	Odan-Benzylamine	02463105	ODN	ADEFGV	0.0325
Ciprofloxacine							
Co.	Orl	500 mg	NRA-Ciprofloxacine	02492008	NRA	BW (SA)	0.5025
Diénogest							
Co.	Orl	2 mg	Jamp Dienogest	02498189	JPC	(SA)	1.0231
Entécavir							
Co.	Orl	0,5 mg	Entecavir	02453797	STD	ADEFGV	5.5000
Fluoxétine							
Caps	Orl	10 mg	NRA-Fluoxetine	02503875	NRA	ADEFGV	0.3404
		20 mg	NRA-Fluoxetine	02503883	NRA	ADEFGV	0.3311
Imatinib							
Co.	Orl	100 mg	ACH-Imatinib	02490986	AHI	ADEFGV	5.2079
		400 mg	ACH-Imatinib	02490994	AHI	ADEFGV	20.8314
Mirtazapine							
Co.	Orl	15 mg	Mirtazapine	02496666	SIV	ADEFGV	0.0975
Oméprazole							
Co.L.L.	Orl	20 mg	NRA-Omeprazole	02501880	NRA	ABDEFGV	0.2287
Progesterone							
Caps	Orl	100 mg	Prometrium	02166704	FRS	(SA)	1.4358
			Teva-Progesterone	02439913	TEV		0.3762
Telmisartan / Hydrochlorothiazide							
Co.	Orl	80 mg / 12,5 mg	Jamp Telmisartan-HCT	02389940	JPC	ADEFGV	0.2098
		80 mg / 25 mg	Jamp Telmisartan-HCT	02389959	JPC	ADEFGV	0.2098
Telmisartan							
Co.	Orl	40 mg	Jamp Telmisartan	02386755	JPC	ADEFGV	0.2161
		80 mg	Jamp Telmisartan	02386763	JPC	ADEFGV	0.2161

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Diénogest							
Co.	Orl	2 mg	Aspen-Dienogest	02493055	APN	(SA)	1.0231

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Diphenhydramine							
Co.	Orl	25 mg	Diphenhydramine	02257548	JPC	G	0.0825
Dorzolamide							
Liq	Oph	2%	Jamp-Dorzolamide	02453347	JPC	ADEFGV	1.8750
			Sandoz Dorzolamide	02316307	SDZ		
Fosfomycine							
Pds.	Orl	3 g	Jamp-Fosfomycin	02473801	JPC	(SA)	3.9000
Sulfoxyde de Diméthyle							
Liq	ITV	500 mg/g	Rimso-50	00493392	MYL	ADEFGV	1.1488

Bulletin n° 1046

Le 24 février 2021

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

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 24 février 2021.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Médicaments évalués et non-inscrits
- Mise à jour des quantités à indiquer dans les demandes de remboursement

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@nbdruqs-medicamentsnb.ca.

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Amlodipine (pdp-Amlodipine)	solution orale de 1 mg/mL	02484706	PDP	(SA)	PCF

Pour les patients dont les médicaments doivent être administrés au moyen d'une sonde d'alimentation ou les patients pédiatriques lorsque les comprimés ou capsules oraux ne sont pas une option.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation initiale : 1 an

Infliximab (Avsola ^{MC})	fiole de 100 mg	02496933	AGA	(SA)	PCF
------------------------------------	-----------------	----------	-----	------	-----

Spondylarthrite ankylosante

- Indiqués pour le traitement des patients atteints de spondylarthrite ankylosante d'intensité modérée à grave (p. ex. score supérieur ou égal à 4 sur 10 mesuré à l'aide de l'indice d'activité de la spondylarthrite ankylosante de Bath [Bath AS Disease Activity Index – BASDAI]) qui :
 - présentent des symptômes axiaux* et qui n'ont pas réagi à l'usage séquentiel d'au moins deux AINS à la dose optimale sur une période minimale de trois mois ou chez qui les traitements par AINS sont contreindiqués; ou
 - ont des symptômes périphériques et qui ne répondent pas, ou qui ont des contre-indications, à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose optimale pendant une période minimale de trois mois, et qui ont réagi inadéquatement à la dose optimale ou à la dose de tolérance maximale d'un ARMM.
- Les demandes de renouvellement doivent comprendre les renseignements présentant les bienfaits du traitement, plus précisément :
 - une diminution d'au moins deux points sur l'échelle BASDAI, comparativement au score obtenu avant le traitement; ou
 - l'opinion du patient et du spécialiste concernant la réponse clinique adéquate, déterminée par une amélioration fonctionnelle importante (mesurée par les résultats de tests tels que le questionnaire d'évaluation de l'état de santé [QEES] ou « la capacité à retourner au travail »).

Note clinique:

- Les patients souffrant d'uvéite récurrente (au moins deux épisodes sur une période de 12 mois) comme complication d'une maladie du squelette axial n'ont pas à essayer les AINS seuls.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture d'infliximab seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Maladie de Crohn

Pour le traitement des patients souffrant de la maladie de Crohn modérée à grave qui ont des contre-indications ou qui sont réfractaires à un traitement avec corticostéroïdes et d'autres traitements immunosuppresseurs.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin avec une spécialité en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture d'infliximab seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

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) 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 cidessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires aux traitements. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture d'infliximab seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la est réponse requise.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Polyarthrite psoriasique

- Pour le traitement de l'arthrite psoriasique à prédominance axiale chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose maximale tolérée pendant une période minimale de deux semaines chacun.
- Pour le traitement de l'arthrite psoriasique à prédominance périphérique chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication :
 - à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose maximale tolérée pendant une période minimale de deux semaines chacun; et
 - au méthotrexate (par voie orale ou parentérale) à une dose supérieure ou égale à 20 mg par semaine (supérieure ou égale à 15 mg si le patient est âgé de 65 ans) pendant au moins 8 semaines; et
 - au léflunomide pris pendant au moins 10 semaines ou à la sulfasalazine prise pendant au moins 3 mois.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués cidessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires aux traitements. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture d'infliximab seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Polyarthrite rhumatoïde

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

- méthotrexate (par voie orale ou parentérale), pris seul ou en combinaison avec d'autres ARMM, à une dose supérieure ou égale à 20 mg par semaine (supérieure ou égale à 15 mg si le patient est âgé de 65 ans) pendant au moins 12 semaines; et
- méthotrexate en association avec au moins deux autres ARMM, tels que l'hydroxychloroquine et la sulfasalazine, pendant au moins 12 semaines.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Une réponse optimale au traitement par ARMM peut prendre jusqu'à 24 semaines. Toutefois, si aucune amélioration n'est perçue après 12 semaines de trithérapie avec

ARMM, la couverture d'une thérapie biologique peut être envisagée.

3. Si le patient présente une intolérance à la trithérapie avec ARMM, cette dernière doit être décrite et une double thérapie avec ARMM doit être entreprise.
4. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
5. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires ou contre-indications aux traitements tels que définis dans la monographie du produit. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture d'infliximab seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Colite ulcéreuse

- Pour le traitement des patients souffrant d'une colite ulcéreuse d'intensité modérée à grave dont le score Mayo partiel est supérieur à 4, et le sous-score de saignement rectal est supérieur ou égal à 2, et qui sont :
 - réfractaires ou intolérants au traitement traditionnel (c.-à-d., aminosalicyles pour un minimum de 4 semaines et prednisone supérieur ou égal à 40 mg tous les jours pendant 2 semaines ou l'équivalent en IV pendant une semaine); ou
 - dépendants des corticostéroïdes (c.-à-d., les patients ne peuvent pas réduire la dose de corticostéroïdes sans que la maladie ne récidive; ou qui ont eu une rechute dans les 3 mois suivant l'arrêt des corticostéroïdes; ou qui doivent recevoir 2 séries de doses de corticostéroïdes ou plus par année).
- Les demandes de renouvellement doivent comprendre les renseignements présentant les effets bénéfiques du traitement, plus précisément :
 - une diminution du score Mayo partiel supérieure ou égale à 2 depuis l'évaluation initiale; et
 - une diminution du sous-score de saignement rectal de supérieure ou égale à 1.

Notes cliniques :

1. Nous considérerons les demandes des patients qui n'ont pas effectué d'essai de 4 semaines d'aminosalicylates si la maladie est grave (score Mayo partiel supérieur à 6).
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués cidessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires ou de contre-indications aux traitements tels que définis dans la monographie du produit. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin avec une spécialité en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM biologique ne sera pas remboursée.

- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture d'infiximab seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation de renouvellement : long terme.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Patisiran (Onpattro^{MC})

fiole de 2 mg/mL

02489252

ALN

(SA)

PCF

Pour le traitement de la polyneuropathie chez le patient adulte avec amylose héréditaire de la transthyréline (ATTR héréditaire) qui répond à tous les critères suivants :

- avoir reçu un diagnostic d'ATTR héréditaire confirmé par un test génétique;
- présenter une neuropathie symptomatique de stade précoce;
- ne pas être atteint d'insuffisance cardiaque de classe III ou IV selon la classification de la New York Heart Association (NYHA);
- ne pas avoir subi de transplantation hépatique.

Critères d'arrêt du traitement :

- Le patient est alité de façon permanente et ne peut effectuer les activités de la vie quotidienne sans aide, ou
- le patient reçoit des soins de fin de vie.

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le patient doit être sous les soins d'un médecin ayant l'expérience du diagnostic et de la gestion de l'ATTR héréditaire.
- Le traitement combiné avec d'autres médicaments utilisant l'interférence ARN ou des stabilisateurs de la transthyréline utilisés pour traiter l'ATTR héréditaire n'est pas remboursé.
- Période d'approbation initiale : 9 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 12 mois. Une confirmation de la réponse continue est requise.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises en des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Pegfilgrastim (Ziextenzo^{MD})

seringue préremplie de
6 mg / 0,6 mL

02497395

SDZ

(SA)

PCF

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 non curatif recevant une chimiothérapie à intention palliative ne sont pas admissibles à la couverture du pegfilgrastim pour la prévention de la neutropénie fébrile.

Trifluridine / Tipiracil
(Lonsurf^{MD})

comprimé de 15 mg / 6,14 mg 02472104
comprimé de 20 mg / 8,19 mg 02472112 TAI (SA) PCF

Pour le traitement des patients adultes atteints d'un cancer gastrique métastatique ou d'un adénocarcinome de la jonction œsogastrique qui répondent aux critères suivants :

- Avoir déjà reçu au moins deux traitements de chimiothérapie, y compris par une fluoropyrimidine, un platine et soit par un taxane ou l'irinotécan, et si c'est approprié, avec une thérapie ciblée anti-HER2.
- Indice de performance ECOG de 0 ou 1

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 trifluridine/tipiracil doit être utilisé en association avec le meilleur soin de soutien.
2. Le traitement doit être arrêté en cas de confirmation que la maladie a progressé ou d'effets toxiques inacceptables.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes seront admissibles pour les patients qui présentent une intolérance ou une contre-indication à la thérapie à base de platine.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 6 mois

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Nouvelle concentration Daltéparine (Fragmin ^{MD})	seringue préremplie de 16 5000 IU / 0.66 mL	02494582	(PFI)	W (SA)	PCF

Voir le formulaire des Régimes médicaments du NB pour les critères d'autorisation spéciale.

Critère révisé

Rituximab (Riximyo ^{MC})	fiole à usage unique de 10 mg/mL	02498316	SDZ	(SA)	PCF
Rituximab (Ruxience ^{MC})	fiole à usage unique de 10 mg/mL	02495724	PFI	(SA)	PCF
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			

Indiqué pour le traitement des patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde, de vascularite ou d'une autre maladie auto-immune.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un spécialiste.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Médicaments évalués et non-inscrits

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

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Eskétamine (Spravato ^{MD})	vaporisateur nasal de 28 mg	02499290	JAN	Pour le traitement de trouble dépressif majeur chez les adultes.

Mise à jour sur des quantités à indiquer dans les demandes de remboursement

À compter du 24 février 2021, les demandes de remboursement pour le pegfilgrastim (Lapelga^{MD} et Fulphila^{MC}) doivent être soumises au moyen du nombre de seringues dans le champ de la quantité. Ce changement s'appliquera à toutes les demandes de remboursement visant des médicaments sur ordonnance achetés le 24 février 2021 ou ultérieurement. Toutes les demandes de remboursement visant des médicaments sur ordonnance achetés avant cette date doivent utiliser le format précédent de quantité pour la soumission des demandes (p. ex. 0,6 ml).

Pour connaître la quantité à indiquer dans les demandes de remboursement d'un produit en particulier, veuillez vous reporter à la liste des prix admissibles maximums (PAM) et la liste des prix catalogues du fabricant (PCF) en cliquant sur le lien suivant : [Les listes de prix des médicaments et les politiques de prix.](#)

Bulletin n° 1047

Le 25 février 2021

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 25 février 2021, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 18 mars 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 18 mars 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 18 mars 2021. Avant le 18 mars 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 25 février 2021.
- Produits retirés du formulaire
 - Les fabricants qui n'ont pas confirmé les prix au nouveau PAM réduit ou qui n'ont pas confirmé les prix auprès de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) verront leurs produits touchés retirés du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick à compter du 31 mars 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@nbdrgs-medicamentsnb.ca.

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Abiratérone							
Co.	Orl	250 mg	Zytiga	02371065	JAN		30.6250
			Apo-Abiraterone	02491397	APX		
			Nat-Abiraterone	02494132	NAT	(SA)	7.6563
			pms-Abiraterone	02492601	PMS		
			Sandoz Abiraterone	02486393	SDZ		
		500 mg	Zytiga	02457113	JAN		61.2500
			Apo-Abiraterone	02491400	APX	(SA)	30.6250
			pms-Abiraterone	02501503	PMS		
Buspirone							
Co.	Orl	10 mg	Auro-Buspirone	02500213	ARO	ADEFGV	0.2713
Fluticasone							
Aém.	Inh	250 mcg	Flovent Metered Dose HFA	02244293	GSK	ABDEFGV	0.7503
			pms-Fluticasone HFA	02503131	PMS		0.5628
Leucovorine Calcique							
Co.	Orl	5 mg	Mint-Leucovorin	02496828	MNT	ADEFGV	3.6776
Méthadone							
Liq	Orl	10 mg/mL	Odan-Methadone (cherry flavoured)	02495872	ODN	ADEFGV	0.0053
			Odan-Methadone (unflavoured)	02495880			
Méthotrexate							
Liq	Inj	25 mg/mL	Methorexate Injection BP	02464365	AHI	ADEFGV	3.1200
Nabilone							
Caps	Orl	0,25 mg	pms-Nabilone	02380897	PMS	ADEFVW	1.0268
Olmésartan / Hydrochlorothiazide							
Co.	Orl	20 mg / 12,5 mg	GLN-Olmesartan HCTZ	02475707	GLM	ADEFGV	0.3019
		40 mg / 12,5 mg	GLN-Olmesartan HCTZ	02475715	GLM	ADEFGV	0.3019
		40 mg / 25 mg	GLN-Olmesartan HCTZ	02475723	GLM	ADEFGV	0.3019
Sertraline							
Caps	Orl	25 mg	NRA-Sertraline	02488434	NRA	ADEFGV	0.1516
		50 mg	NRA-Sertraline	02488442	NRA	ADEFGV	0.3032
		100 mg	NRA-Sertraline	02488450	NRA	ADEFGV	0.3303
Sucrose ferrique							
Liq	IV	20 mg/mL	Venofer	02243716	FRE	(SA)	7.5000
			pms-Iron Sucrose	02502917	PMS		6.3750

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Buspirone							
Co.	Orl	10 mg	Apo-Buspirone	02211076	APX	ADEFGV	0.2713
			pms-Buspirone	02230942	PMS		
			Teva-Buspirone	02231492	TEV		
Glimépiride							
Co.	Orl	1 mg	Sandoz Glimepiride	02269589	SDZ	ADEFGV	0.8078
		4 mg	Sandoz Glimepiride	02269619	SDZ	ADEFGV	0.9410
Haloperidol							
Liq	Inj	100 mg/mL	Haloperidol LA	02130300	SDZ	ADEFGVW	16.9230
Leucovorine Calcique							
Co.	Orl	5 mg	Riva Leucovorin	02493357	RIV	ADEFGV	3.6776
Méthotrexate							
Liq	Inj	25 mg/mL	Methorexate Inj USP	02182777	PFI	ADEFGV	3.1200
Nabilone							
Caps	Orl	0,25 mg	Teva-Nabilone	02392925	TEV	ADEFVW	1.0268

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
Prix non confirmé par le fabricant auprès de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP)						
Aténolol						
Co.	Orl	100 mg	Act Atenolol	02255553	ATV	ADEFGV
Bisoprolol						
Co.	Orl	5 mg	Sandoz Bisoprolol	02247439	SDZ	ADEFGV
		10 mg	Sandoz Bisoprolol	02247440	SDZ	ADEFGV
Celecoxib						
Caps	Orl	100 mg	SDZ Celecoxib	02442639	SDZ	ADEFGV
		200 mg	SDZ Celecoxib	02442647	SDZ	ADEFGV
Citalopram						
Co.	Orl	20 mg	Ran-Citalo	02285622	RAN	ADEFGV
Famciclovir						
Co.	Orl	500 mg	pms-Famciclovir	02278111	PMS	ADEFGV

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	
Metformine						
Co.	Orl	500 mg	Ran-Metformin	02269031	RAN	ADEFGV
		850 mg	Ran-Metformin	02269058	RAN	ADEFGV
Minocycline						
Caps	Orl	100 mg	Teva-Minocycline	02108151	TEV	ADEFGV
Olanzapine						
Co.D.O.	Orl	5 mg	Mar-Olanzapine ODT	02389088	MAR	ADEFGVW
Quétiapine						
Co.	Orl	25 mg	Ran-Quetiapine	02397099	RAN	ADEFGVW
		100 mg	Ran-Quetiapine	02397102	RAN	ADEFGVW
		200 mg	Ran-Quetiapine	02397110	RAN	ADEFGVW
		300 mg	Ran-Quetiapine	02397129	RAN	ADEFGVW
Ramipril						
Caps	Orl	2,5 mg	pms-Ramipril	02247917	PMS	ADEFGV
		5 mg	pms-Ramipril	02247918	PMS	ADEFGV
		10 mg	pms-Ramipril	02247919	PMS	ADEFGV
Risperidone						
Co.D.O.	Orl	0,5 mg	Mylan-Risperidone ODT	02413485	MYL	(SA)
		1 mg	Mylan-Risperidone ODT	02413493	MYL	(SA)
		2 mg	Mylan-Risperidone ODT	02413507	MYL	(SA)
		3 mg	Mylan-Risperidone ODT	02413515	MYL	(SA)
		4 mg	Mylan-Risperidone ODT	02413523	MYL	(SA)
Sertraline						
Caps	Orl	100 mg	Sandoz Sertraline	02245161	SDZ	ADEFGV

Bulletin n° 1048

Le 18 mars 2021

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 mars 2021.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

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

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

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

Ajouts aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
L'autorisation spéciale n'est plus requise					
Bétahistine (Serc ^{MD} et marques génériques)	comprimé de 16 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.		ADEFGV	PAM
	comprimé de 24 mg				

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

À compter du 18 mars 2021, les versions biosimilaires de l'adalimumab seront ajoutées au formulaire en tant que médicaments requérant une autorisation spéciale selon les critères énumérés ci-dessous.

Toutes les nouvelles demandes d'autorisation spéciale pour l'adalimumab seront acceptées pour les versions biosimilaires de l'adalimumab seulement. Les patients dont l'autorisation spéciale a été approuvée pour la marque Humira^{MD} d'adalimumab avant le 18 mars 2021 continueront d'être couverts pour cette marque. Ils seront également admissibles à la couverture des médicaments biosimilaires.

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Adalimumab (Amgevita ^{MC})	auto-injecteur SureClick ^{MD} de 40 mg / 0,8 mL	02459302			
	seringue préremplie de 20 mg / 0,4 mL	02459310	AGA	(SA)	PCF
	seringue préremplie de 40 mg / 0,8 mL	02459299			
Adalimumab (Hadlima ^{MC})	auto-injecteur PushTouch ^{MC} de 40 mg / 0,8 mL	02473100			
	seringue préremplie de 40 mg / 0,8 mL	02473097	FRS	(SA)	PCF
Adalimumab (Hulio ^{MD})	seringue préremplie de 40 mg / 0,8 mL	02502399			
	stylo prérempli de 40 mg / 0,8 mL	02502402	BGP	(SA)	PCF
Adalimumab (Hyrimoz ^{MD})	seringue préremplie de 20 mg / 0,4 mL	02505258			
	seringue préremplie de 40 mg / 0,8 mL	02492156	SDZ	(SA)	PCF
	stylo prérempli SensoReady ^{MD} de 40mg / 0,8mL	02492164			
Adalimumab (Idacio ^{MD})	stylo prérempli de 40 mg / 0,8 mL	02502674	FKB	(SA)	PCF

Spondylarthrite ankylosante

Pour le traitement de la spondylarthrite ankylosante évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Maladie de Crohn

Pour le traitement de la maladie de Crohn modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin spécialisé en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Hidradénite suppurée

Pour le traitement de l'hidradénite suppurée modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue ou un médecin expérimenté dans le traitement de l'hidradénite suppurée.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Psoriasis en plaques

Pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à grave chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire

Pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Arthrite psoriasique

Pour le traitement de l'arthrite psoriasique évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Polyarthrite rhumatoïde

Pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Colite ulcéreuse

Pour le traitement de la colite ulcéreuse modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin spécialisé en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation initiale : 8 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Uvéite

Pour le traitement de l'uvéite non infectieuse chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un ophtalmologiste.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.

- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Critère révisé 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 par le sunitinib, le pazopanib ou le pembrolizumab en association avec l'axitinib; 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 VEGFR (c.-à-d., sunitinib ou pazopanib), utilisés 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 de façon cliniquement significative.

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

Nouvelle forme pharmaceutique

Benralizumab (Fasenra ^{MC})	auto-injecteur de 30 mg/mL	02496135	AZE	(SA)	PCF
---------------------------------------	----------------------------	----------	-----	------	-----

Indiqué à titre de médicament d'appoint pour le traitement de l'asthme éosinophile grave chez les patients adultes dont l'état n'est pas adéquatement maîtrisé malgré une corticothérapie en inhalation à dose élevée jumelée à un ou plusieurs autres médicaments de prévention (p. ex. un bêta2-agoniste à longue durée d'action [BALA]), et qui répondent à l'un des critères suivants :

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

Critères initiaux d'arrêt du traitement :

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

Critères subséquents d'arrêt du traitement :

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

Notes cliniques :

1. Une évaluation initiale et annuelle de la maîtrise des symptômes de l'asthme basée sur un questionnaire validé de la maîtrise de l'asthme doit être fournie.
2. Une corticothérapie en inhalation à dose élevée est définie par l'administration d'une dose quotidienne de 500 mcg ou plus de propionate de fluticasone ou l'équivalent.
3. Une exacerbation cliniquement significative est définie comme une aggravation de l'asthme, qui ferait en sorte que le médecin traitant choisisse d'administrer des glucocorticoïdes systémiques pendant au moins 3 jours ou que le patient ait à se rendre au service des urgences ou à être hospitalisé.

Notes pour les règlement :

- Doit être prescrit par un pneumologue, un immunologue clinique, un allergologue ou un interniste expérimenté dans le traitement de l'asthme éosinophile grave.
- L'utilisation combinée de benralizumab avec d'autres médicaments biologiques destinés au traitement de l'asthme ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 30 mg toutes les quatre semaines pendant 12 semaines, et toutes les huit semaines par la suite.
- Période d'approbation initiale : 1 an.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Nouvelle Indication

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 quand il est utilisé comme :

- traitement de première intention en association avec le pembrolizumab; ou
- traitement de 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 (sunitinib ou pazopanib); ou
- traitement de 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 récepteur du facteur de croissance de l'endothélium vasculaire (sunitinib ou pazopanib).

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 arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

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

Étanercept (Brenzys^{MD})

auto-injecteur de 50 mg/mL	02455331			
seringue préremplie de 50 mg/mL	02455323	FRS	(SA)	PCF

Polyarthrite juvénile idiopathique

Pour le traitement des enfants (de 4 à 17 ans) atteints d'une forme active d'intensité modérée à grave de polyarthrite juvénile idiopathique (PJI) qui ne réagissent pas adéquatement à au moins un traitement par antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM).

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un rhumatologue qui connaît bien l'utilisation des ARMM biologiques chez les enfants.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture de l'étanercept seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 0,8 mg/kg, jusqu'à 50 mg par semaine
- Période d'approbation initiale : 6 mois
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Polyarthrite psoriasique

- Pour le traitement de l'arthrite psoriasique à prédominance axiale chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose maximale tolérée pendant une période minimale de deux semaines chacun.
- Pour le traitement de l'arthrite psoriasique à prédominance périphérique chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication :
 - à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose maximale tolérée pendant une période minimale de deux semaines chacun; et
 - au méthotrexate (par voie orale ou parentérale) à une dose supérieure ou égale à 20 mg par semaine (supérieure ou égale à 15 mg si le patient est âgé de 65 ans ou plus) pendant au moins 8 semaines; et

- au léflunomide pris pendant au moins 10 semaines ou à la sulfasalazine prise pendant au moins 3 mois.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires aux traitements. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture de l'éta nercept seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- Les approbations seront pour un maximum de 50 mg une fois par semaine.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Polyarthrite rhumatoïde

Pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde 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 supérieure ou égale à 20 mg par semaine (supérieure ou égale à 15 mg si le patient est âgé de 65 ans ou plus) pendant au moins 12 semaines; et
- méthotrexate en association avec au moins deux autres ARMM, tels que l'hydroxychloroquine et la sulfasalazine, pendant au moins 12 semaines.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être envisagé.
2. Une réponse optimale au traitement par ARMM peut prendre jusqu'à 24 semaines. Toutefois, si aucune amélioration n'est perçue après 12 semaines de trithérapie avec ARMM, la couverture d'une thérapie biologique peut être envisagée.
3. Si le patient présente une intolérance à la trithérapie avec ARMM, cette dernière doit être décrite et une double thérapie avec ARMM doit être entreprise.
4. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
5. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires ou contre-indications aux traitements tels que définis dans la monographie du produit. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM médicament biologique ne sera pas remboursée.

- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture de l'étanercept seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 50 mg par semaine.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation de renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Psoriasis en plaques

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

- Score PASI (Psoriasis Area and Severity Index) supérieur à 10 et score DLQI (Dermatology Life Quality Index) supérieur à 10, ou atteinte majeure des zones visibles, du cuir chevelu, des organes génitaux ou des ongles;
- Absence de réponse ou intolérance à la photothérapie ou incapacité à y avoir accès;
- Absence de réponse, intolérance ou contre-indications 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 méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués cidessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires aux traitements. La nature des intolérances doit être clairement documentée

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture de l'étanercept seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 50 mg deux fois par semaine pendant 12 semaines, puis une fois par semaine.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Spondylarthrite ankylosante

- Indiqués pour le traitement des patients atteints de spondylarthrite ankylosante d'intensité modérée à grave (p. ex. score supérieur ou égal à 4 sur 10 mesuré à l'aide de l'indice d'activité de la spondylarthrite ankylosante de Bath [Bath AS Disease Activity Index-BASDAI]) qui :
 - présentent des symptômes axiaux et qui n'ont pas réagi à l'usage séquentiel d'au moins deux AINS à la dose optimale sur une période minimale de trois mois ou chez qui les traitements par AINS sont contre-indiqués; ou
 - ont des symptômes périphériques et qui ne répondent pas, ou qui ont des contre-indications, à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose optimale pendant une période minimale de trois mois, et qui ont réagi inadéquatement à la dose optimale ou à la dose de tolérance maximale d'un ARMM.

- Les demandes de renouvellement doivent comprendre les renseignements présentant les bienfaits du traitement, plus précisément :
 - une diminution d'au moins deux points sur l'échelle BASDAI, comparativement au score obtenu avant le traitement; ou
 - l'opinion du patient et du spécialiste concernant la réponse clinique adéquate, déterminée par une amélioration fonctionnelle importante (mesurée par les résultats de tests tels que le questionnaire d'évaluation de l'état de santé [QEES] ou « la capacité à retourner au travail »).

Note clinique :

- Les patients souffrant d'uvéïte récurrente (au moins deux épisodes sur une période de 12 mois) comme complication d'une maladie du squelette axial n'ont pas à essayer les AINS seuls.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
- L'utilisation combinée de plus d'un ARMM médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture de l'étanercept seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 50 mg par semaine.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation de renouvellement : long terme.

Retraite de la liste

Bétahistine (Auro-Betahistine) (Teva-Betahistine)	comprimé de 8 mg	02449145 02280183	ARO TEV	(SA)	PAM
--	------------------	----------------------	------------	------	-----

À compter du 18 mars 2021, le bétahistine en comprimé de 8 mg 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. Les patients qui ont reçu un remboursement pour ce produits entre le 18 septembre 2020 et le 18 mars 2021 continueront de bénéficier de la couverture.

Médicaments évalués et non-inscrits

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

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Glasdégib (Daurismo ^{MD})	comprimé de 25 mg	02498472	PFI	En association avec la cytarabine à faible dose pour le traitement des patients adultes atteints de leucémie myéloïde aiguë nouvellement diagnostiquée et n'ayant jamais reçu de traitement auparavant qui sont âgés de 75 ans ou plus ou qui ne sont pas de bons candidats pour une chimiothérapie d'induction intensive.
	comprimé de 100 mg	02498480		

Bulletin n° 1049

Le 31 mars 2021

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 2021, 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 avril 2021. Avant le 21 avril 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 31 mars 2021.
- Produits retirés du formulaire
 - Les produits seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 21 avril 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	DIN	FAB	Régimes	PAM
Abiratérone							
Co.	Orl	250 mg	Jamp Abiraterone Mar-Abiraterone	02502305 02503980	JPC MAR	(SA)	7.6563
		500 mg	Mar-Abiraterone	02503999	MAR	(SA)	15.3125
Célécoxib							
Caps	Orl	100 mg	Celecoxib	02436299	SAS	ADEFGV	0.1279
		200 mg	Celecoxib	02436302	SAS	ADEFGV	0.2558
Cinacalcet							
Co.	Orl	30 mg	Jamp Cinacalcet	02500094	JPC	ADEFGV	2.7418
		60 mg	Jamp Cinacalcet	02500108	JPC	ADEFGV	4.9995
		90 mg	Jamp Cinacalcet	02500116	JPC	ADEFGV	7.2752
Ciprofloxacine / Dexaméthasone							
Susp.	Ot	0,3% / 0,1%	Sandoz Ciprofloxacine/Dexamethasone	02506882	SDZ	(SA)	1.9227
Ézétimibe							
Co.	Orl	10 mg	GLN-Ezetimibe	02460750	GLM	ADEFGV	0.1811
Flécainide							
Co.	Orl	50 mg	Mar-Flecainide	02476177	MAR	ADEFGV	0.1389
		100 mg	Mar-Flecainide	02476185	MAR	ADEFGV	0.2779
Perindopril / Indapamide							
Co.	Orl	4 mg / 1,25 mg	Apo-Perindopril-Indapamide	02297574	APX	ADEFGV	0.2556
		8 mg / 2,5 mg	Apo-Perindopril-Indapamide	02453061	APX	ADEFGV	0.2859
Quétiapine							
Co.L.P.	Orl	50 mg	ACH-Quetiapine Fumarate XR	02450860	AHI	ADEFGVW	0.2501
		150 mg	ACH-Quetiapine Fumarate XR	02450879	AHI	ADEFGVW	0.4926
		200 mg	ACH-Quetiapine Fumarate XR	02450887	AHI	ADEFGVW	0.6661
		300 mg	ACH-Quetiapine Fumarate XR	02450895	AHI	ADEFGVW	0.9776
		400 mg	ACH-Quetiapine Fumarate XR	02450909	AHI	ADEFGVW	1.3270
Rosuvastatine							
Co.	Orl	5 mg	Jamp Rosuvastatin Calcium	02498332	JPC	ADEFGV	0.1284
		10 mg	Jamp Rosuvastatin Calcium	02498340	JPC	ADEFGV	0.1354

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Rosuvastatine							
Co.	Orl	20 mg	Jamp Rosuvastatin Calcium	02498359	JPC	ADEFGV	0.1692
		40 mg	Jamp Rosuvastatin Calcium NRA-Rosuvastatin	02498367 02477513	JPC NRA	ADEFGV	0.1990
Sodium Polystyrène Sulfonate							
Pds.	Orl	1 g/g	Jamp Sodium Polystyrene Sulfonate Odan-Sodium Polystyrene Sulfonate	02497557 02473941	JPC ODN	ADEFGV	0.0648
Valacyclovir							
Co.	Orl	1000 mg	Auro-Valacyclovir	02405059	ARO	ADEFGV	1.7218
Vancomycine							
Pds.	Inj	1 g	Jamp-Vancomycin	02420309	JPC	ABDEFGVW	18.7810

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Abiratérone							
Co.	Orl	500 mg	Apo-Abiraterone pms-Abiraterone	02491400 02501503	APX PMS	(SA)	15.3125
Susp.	Ot	0,3% / 0,1%	Taro-Ciprofloxacine/Dexaméthasone	02481901	TAR	(SA)	1.9227
Hydrocortisone / Zinc							
Supp.	Rt	0,5% / 0,5%	Anodan HC	02236399	ODN	ADEFGV	0.9506
Indométhacine							
Supp.	Rt	100 mg	Sab-Indomethacin	02231800	SDZ	ADEFGV	1.2033
Octréotide							
Liq	Inj	0,05 mg/mL	Octreotide Acetate Omega	02248639	OMG	ADEFGVW	4.0080
		0,1 mg/mL	Octreotide Acetate Omega	02248640	OMG	ADEFGVW	7.5660
		0,2 mg/mL	Octreotide Acetate Omega	02248642	OMG	ADEFGVW	14.5545
		0,5 mg/mL	Octreotide Acetate Omega	02248641	OMG	ADEFGVW	40.3019
Perindopril / Indapamide							
Co.	Orl	4 mg / 1,25 mg	Sandoz Perindopril/Indapamide Teva-Perindopril/Indapamide	02470438 02464020	SDZ TEV	ADEFGV	0.2556
		8 mg / 2,5 mg	Sandoz Perindopril/Indapamide Teva-Perindopril/Indapamide	02470446 02464039	SDZ TEV	ADEFGV	0.2859

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Sodium Polystyrène Sulfonate							
Pds.	Orl	1 g/g	Solystat	00755338	PDP	ADEFGV	0.0648
Vancomycine							
Pds.	Inj	1 g	Vancomycin	02394634	SDZ	ABDEFGVW	18.7810
			Vancomycin	02342863	STR		

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	
Produit retiré du marché							
Hydrocortisone / Zinc							
Supp.	Rt	0,5% / 0,5%	Sandoz Anuzinc HC	02242798	SDZ	ADEFGV	0.9506

Bulletin n° 1050

Le 21 avril 2021

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

Cette mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 21 avril 2021.

Ce bulletin comprend la section suivante :

- Initiative sur les biosimilaires

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 : <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 info@nbdrugs-medicamentsnb.ca.

Initiative sur les biosimilaires

Le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick met en place une initiative sur les biosimilaires qui aura pour effet de modifier la couverture de certains médicaments biologiques pour les patients inscrits aux Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Des programmes du même genre ont été instaurés avec succès en Colombie-Britannique et en Alberta, où des dizaines de milliers de patients ont effectué la transition sans que l'innocuité, l'efficacité et la qualité des soins soient compromises.

Cette initiative prévoit que les patients traités par certains médicaments biologiques d'origine passent à une version biosimilaire de leur médicament. Le fait d'accroître l'utilisation de médicaments biosimilaires à moindre coût entraînera des économies qui permettront de couvrir de nouveaux médicaments et de consolider la viabilité des régimes publics d'assurance médicaments.

Entre le 21 avril et le 30 novembre 2021, les patients qui utilisent certains médicaments biologiques d'origine (indiqués dans le tableau ci-dessous) devront passer à une version biosimilaire afin de conserver leur couverture en vertu des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick. Pendant cette période, les régimes couvriront à la fois le médicament biologique d'origine et les versions biosimilaires afin de permettre aux prescripteurs et aux patients de discuter des options thérapeutiques offertes et de procéder au changement. La couverture des médicaments biologiques d'origine prendra fin le 30 novembre 2021 ou au dernier jour de l'autorisation spéciale en cours, selon la première éventualité.

Il n'est pas nécessaire de soumettre une demande d'autorisation spéciale pour les patients qui font la transition vers un médicament biosimilaire.

- L'insuline lispro (Admelog[®]), de l'insuline glargine (Basaglar^{MC}) et du glatiramère (Glatect^{MC}) sont couvertes à titre régulier, si bien qu'une autorisation spéciale n'est pas requise.
- Les demandes d'autorisation spéciale pour Humira[®], Enbrel[®], Remicade[®] et Rituxan[®] couvrent déjà les versions biosimilaires respectives indiquées ci-dessous. Les demandes annuelles de renouvellement de l'autorisation spéciale ne seront plus requises pour le maintien de la couverture de ces médicaments biosimilaires dans le cas des patients qui font la transition.

Dans le cas des patients qui ne sont pas en mesure de passer à une version biosimilaire pour une raison médicale, le prescripteur du patient peut soumettre une demande d'autorisation spéciale afin d'obtenir la couverture exceptionnelle du médicament biologique d'origine. Les demandes exceptionnelles seront évaluées au cas par cas.

D'autres renseignements et ressources, dont le Guide pour les prescripteurs et les professionnels de la santé et le Guide pour les patients de l'Initiative sur les biosimilaires, sont accessibles en ligne à www.gnb.ca/biosimilaires.

Médicaments inclus dans l'Initiative visant les médicaments biosimilaires

Médicament	Produit d'origine (À remplacer)	Produit biosimilaire (Remplacer par)	Indications
Adalimumab	Humira®	Idacio® Amgevita ^{MC} Hadlima® Hyrimoz® Hulio®	Spondylarthrite ankylosante Psoriasis en plaques Arthrite psoriasique Polyarthrite rhumatoïde Maladie de Crohn Colite ulcéreuse Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire Hidradénite suppurée Uvéite non infectieuse
Étanercept	Enbrel®	Brenzys® Erelzi®	Spondylarthrite ankylosante Psoriasis en plaques Arthrite psoriasique Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire Polyarthrite rhumatoïde
Infliximab	Remicade®	Inflectra® Renflexis ^{MC} Avsola ^{MC}	Spondylarthrite ankylosante Psoriasis en plaques Arthrite psoriasique Polyarthrite rhumatoïde Maladie de Crohn Colite ulcéreuse
Insuline glargine	Lantus®	Basaglar ^{MC}	Diabète
Insuline lispro	Humalog®	Admelog®	Diabète
Rituximab	Rituxan®	Ruxience ^{MC} Truxima ^{MC} Riximyo®	Polyarthrite rhumatoïde Vascularite Maladies autoimmunes
Glatiramère¹	Copaxone®	Glatect ^{MC}	Sclérose en plaques

¹Médicament complexe non biologique

Bulletin n° 1051

Le 22 avril 2021

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 avril 2021.

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
- Mise à jour sur les quantités à indiquer dans les demandes de remboursement

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
Gatifloxacine (Zymar ^{MD} et marque générique)	solution ophtalmique de 0,3%	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		ADEFGV	PAM
Moxifloxacine (Vigamox ^{MD} et marques génériques)	solution ophtalmique de 0,5%	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		ADEFGV	PAM
Propionate de fluticasone (Aermony Respiclick ^{MC})	poudre pour inhalation de 55 mcg/ actionnement	02467895	TEV	ADEFGV	PCF
	poudre pour inhalation de 113 mcg/ actionnement	02467909			
	poudre pour inhalation de 232 mcg/ actionnement	02467917			
Vortioxétine (Trintellix ^{MD})	comprimé de 5 mg comprimé de 10 mg comprimé de 20 mg	02432919	VLH	ADEFGV	PCF
		02432927			
		02432943			

L'autorisation spéciale n'est plus requise

Ciprofloxacine / Dexaméthasone (Ciprodex ^{MD} et marque générique)	suspension otique 0,3% et 0,1%	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.		ADEFGV	PAM
Sucrose ferrique (Venofer ^{MD} et marque générique)	fiolle de 20 mg/mL	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
Fer-isomaltoside 1000 (Monoferric ^{MC})	fiolle à usage unique de 100 mg/mL	02477777	PFI	(SA)	PCF
Pour le traitement de l'anémie ferriprive chez les patients qui : <ul style="list-style-type: none"> • sont intolérant aux préparations de fer orale ; OU • n'ont pas répondu à un traitement adéquat de fer orale. 					

Salbutamol (pms-salbutamol)	solution pour inhalation de 0,5%	002208245	PMS	W (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 					
Sébélipase alfa (Kanuma ^{MC})	fiole de 20 mg	02469596	ALX	(SA)	PCF
<p>Pour le traitement du déficit en lipase acide lysosomale (LAL). Pour obtenir les critères complets, veuillez communiquer avec les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick au 1-800-332-3691.</p>					

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Critère révisé Aflibercept (Eylea ^{MD})	solution de 40 mg/mL pour injection intravitréenne	02415992	BAY	(SA)	PCF
<p>Œdème maculaire diabétique</p> <p>Pour le traitement de l'œdème maculaire diabétique chez les patients qui répondent aux critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Œdème maculaire diabétique atteignant le centre de la macula et important du point de vue clinique pour lequel la photocoagulation par laser est également indiquée • Meilleure acuité visuelle corrigée de moins de 20/32 • Épaisseur rétinienne centrale de 250 micromètres ou plus <p><u>Notes pour les demandes de règlement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une demande de règlement initiale pouvant comprendre jusqu'à deux flacons d'aflibercept (un flacon par œil traité) sera automatiquement remboursée si le médicament est prescrit par un ophtalmologiste. Si un traitement en continu est nécessaire, une demande d'autorisation spéciale doit être soumise. • Les approbations concerneront un maximum d'un flacon par œil tous les 30 jours. • Période d'approbation : 1 an. Une confirmation de la réponse continue est requise. <p>Forme néovasculaire (humide) de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)</p> <p>Pour le traitement de la forme néovasculaire (humide) de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) chez les patients qui répondent aux critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meilleure acuité visuelle corrigée entre 20/40 et 20/320 					

- Taille de la lésion égale ou inférieure à 12 surfaces de disque dans la dimension linéaire la plus longue
- Signe de progression récente (< 3 mois) présumée de la maladie (croissance des vaisseaux sanguins confirmée par angiofluorographie ou tomographie par cohérence optique [TCO])

Critères d'arrêt du traitement :

L'administration de l'affibercept doit être arrêtée de façon permanente si une des réactions suivantes se produit :

- Réduction de la meilleure acuité visuelle corrigée dans l'œil traité à moins de 15 lettres (absolue), lors de deux visites consécutives, attribuable à la DMLA en l'absence d'une autre maladie
- Perte de 30 lettres ou plus de meilleure acuité visuelle corrigée par rapport à la mesure de référence ou au meilleur résultat enregistré
- Signe de détérioration de la morphologie de la lésion malgré un traitement optimal lors de trois visites consécutives

Notes pour les demandes de règlement :

- Une demande de règlement initiale pouvant comprendre jusqu'à deux flacons d'affibercept (un flacon par œil traité) sera automatiquement remboursée si le médicament est prescrit par un ophtalmologiste. Si un traitement en continu est nécessaire, une demande d'autorisation spéciale doit être soumise.
- Les approbations concerneront un maximum d'un flacon par œil tous les 30 jours.
- Période d'approbation : 1 an.

Œdème maculaire à la suite d'une occlusion veineuse rétinienne

Pour le traitement de l'œdème maculaire secondaire à une occlusion de la veine centrale de la rétine ou à une occlusion de la branche veineuse rétinienne.

Notes pour les demandes de règlement :

- Une demande de règlement initiale pouvant comprendre jusqu'à deux flacons d'affibercept (un flacon par œil traité) sera automatiquement remboursée si le médicament est prescrit par un ophtalmologiste. Si un traitement en continu est nécessaire, une demande d'autorisation spéciale doit être soumise.
- Les approbations concerneront un maximum d'un flacon par œil tous les 30 jours.
- Période d'approbation : 1 an. Une confirmation de la réponse continue est requise.

Critère révisé

Dornase alfa (Pulmozyme^{MD})

solution pour inhalation de 1 mg/mL	02046733	HLR	(SA)	PCF
--	----------	-----	------	-----

Pour le traitement des patients atteints de fibrose kystique présentant des signes cliniques de maladie pulmonaire (p. ex. exacerbations pulmonaires fréquentes, VEMS inférieur à 90 % de la valeur prédite, difficulté à éliminer les sécrétions).

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes présentées par les personnes inscrites aux Régimes A, B, D, E, F, G, et V seront examinées.
- Période d'approbation : long terme

Critère révisé

Ranibizumab (Lucentis^{MD})

solution de 10 mg/mL pour
injection intravitréenne

02296810

NVR

(SA)

PCF

Œdème maculaire diabétique

Pour le traitement de l'œdème maculaire diabétique chez les patients qui répondent aux critères suivants :

- Œdème maculaire diabétique atteignant le centre de la macula et important du point de vue clinique pour lequel la photocoagulation par laser est également indiquée
- Meilleure acuité visuelle corrigée de moins de 20/32
- Épaisseur rétinienne centrale de 250 micromètres ou plus

Notes pour les demandes de règlement :

- Une demande de règlement initiale pouvant comprendre jusqu'à deux flacons de ranibizumab (un flacon par œil traité) sera automatiquement remboursée si le médicament est prescrit par un ophtalmologiste. Si un traitement en continu est nécessaire, une demande d'autorisation spéciale doit être soumise.
- Les approbations concerneront un maximum d'un flacon par œil tous les 30 jours.
- Période d'approbation : 1 an. Une confirmation de la réponse continue est requise.

Forme néovasculaire (humide) de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)

Pour le traitement de la forme néovasculaire (humide) de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) chez les patients qui répondent aux critères suivants :

- Meilleure acuité visuelle corrigée entre 20/40 et 20/320
- Taille de la lésion égale ou inférieure à 12 surfaces de disque dans la dimension linéaire la plus longue
- Signe de progression récente (< 3 mois) présumée de la maladie (croissance des vaisseaux sanguins confirmée par angiofluorographie ou tomographie par cohérence optique [TCO])

Critères d'arrêt du traitement :

L'administration de la ranibizumab doit être arrêtée de façon permanente si une des réactions suivantes se produit :

- Réduction de la meilleure acuité visuelle corrigée dans l'œil traité à moins de 15 lettres (absolue), lors de deux visites consécutives, attribuable à la DMLA en l'absence d'une autre maladie
- Perte de 30 lettres ou plus de meilleure acuité visuelle corrigée par rapport à la mesure de référence ou au meilleur résultat enregistré
- Signe de détérioration de la morphologie de la lésion malgré un traitement optimal lors de trois visites consécutives

Notes pour les demandes de règlement :

- Une demande de règlement initiale pouvant comprendre jusqu'à deux flacons de ranibizumab (un flacon par œil traité) sera automatiquement remboursée si le médicament est prescrit par un ophtalmologiste. Si un traitement en continu est nécessaire, une demande d'autorisation spéciale doit être soumise.
- Les approbations concerneront un maximum d'un flacon par œil tous les 30 jours.
- Période d'approbation : 1 an.

Nouvelle indication
Olaparib (Lynparza^{MD})

comprimé de 100 mg	02475200	AZE	(SA)	PCF
comprimé de 150 mg	02475219			

1. En monothérapie pour le traitement d'entretien des patientes adultes atteintes d'une forme avancée et nouvellement diagnostiquée d'un cancer épithélial de haut grade de l'ovaire, des trompes de Fallope ou d'un carcinome péritonéal primitif, avec une mutation d'un gène BRCA (germinales ou somatiques), qui répondent à tous les critères suivants :
 - Avoir obtenu une réponse complète ou partielle à une chimiothérapie de première intention à base de sels de platine
 - Avoir reçu au moins quatre cycles de chimiothérapie à base de sels de platine
 - Avoir terminé le dernier cycle de chimiothérapie à base de sels de platine au cours des 12 semaines précédentes

Critères de renouvellement initial :

- Confirmation écrite affirmant que la patiente présente une réponse partielle ou une maladie stable après deux ans.
- Les demandes de renouvellement ne seront pas admissibles pour les patientes qui ne présentent pas de signe de la maladie après deux ans.

Critères de renouvellement subséquent :

- Confirmation écrite comme quoi rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Un examen d'imagerie pour exclure une progression de la maladie est requis si le traitement d'entretien est initié plus de 8 semaines après le dernier cycle de chimiothérapie à base de sels de platine et/ou si l'olaparib est interrompu pendant plus de 14 jours.
2. La patiente doit présenter un bon indice de performance.
3. Le traitement doit être poursuivi jusqu'à l'apparition d'une toxicité inacceptable, la progression de la maladie ou l'achèvement de deux ans de traitement, selon la première éventualité.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour olaparib en association avec bévacizumab ne seront pas admissibles.
- Période d'approbation initiale : 2 ans
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an

2. En monothérapie pour le traitement d'entretien des patientes adultes atteintes d'un cancer épithélial séreux de haut grade de l'ovaire, des trompes de Fallope ou d'un carcinome péritonéal primitif, avec une mutation d'un gène BRCA (germinales ou somatiques), sensible aux sels de platine et récidivant, qui répondent à tous les critères suivants :
 - Avoir complété au moins deux traitements précédents de chimiothérapie à base de sels de platine
 - Avoir reçu au moins quatre cycles de la plus récente chimiothérapie à base de sels de platine
 - Présenter une réponse radiologique complète ou partielle au régime de chimiothérapie à base de sels de platine le plus récent

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite affirmant que la patiente répond au traitement et que rien

n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. La sensibilité aux sels de platine est définie comme une progression de la maladie survenant au moins six mois après la fin d'une chimiothérapie à base de sels de platine.
2. Le traitement d'entretien doit commencer dans les huit semaines suivant la dernière dose de la chimiothérapie à base de sels de platine.
3. La patiente doit présenter un bon indice de performance.
4. Le traitement doit être interrompu en cas de progression de la maladie ou de toxicité inacceptable.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour olaparib ne seront pas admissibles pour les patientes ayant déjà été traitées avec un inhibiteur de la PARP.
- Période d'approbation initiale : 1 an
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an

Nouvelle indication

Téduglutide (Revestive^{MD})

fiole de 5 mg

02445727

SHI

(SA)

PCF

Pour le traitement continu des patients atteints du syndrome de l'intestin court (SIC) à la suite d'une résection intestinale majeure (p. ex., en raison d'un volvulus, d'une maladie vasculaire, d'un cancer, d'une maladie de Crohn, d'une blessure, d'une maladie congénitale) qui répondent aux critères suivants :

- Pour les patients pédiatriques :
 - La durée cumulée à vie du soutien par nutrition parentérale (NP) doit être d'au moins 12 mois;
 - La NP doit fournir plus de 30 % des besoins caloriques ou en fluides et électrolytes;
 - Avant le début du traitement par le téduglutide, la fréquence et le volume de la NP doivent être stables pendant au moins 3 mois; ou il ne doit y avoir aucune amélioration de l'alimentation entérale pendant au moins 3 mois.
- Pour les patients adultes :
 - Dépendance à la nutrition parentérale (NP) depuis au moins 12 mois;
 - Avant le début du traitement par le téduglutide, la NP était nécessaire au moins 3 fois par semaine pour combler les besoins caloriques, en fluides et en électrolytes, et la fréquence et le volume de la NP étaient stables depuis au moins 1 mois.

Une demande de couverture pour la poursuite du traitement sera admissible si le patient a obtenu une réduction d'au moins 20 % du volume de la NP pendant qu'il recevait le traitement par le téduglutide, comparativement au début du traitement.

Critères de renouvellement :

- Le patient a maintenu une réduction d'au moins 20 % du volume de la NP après 12 mois comparativement au début du traitement.

Note clinique :

- La NP est définie par l'administration parentérale de lipides, de protéines et/ou de glucides pour combler les besoins caloriques et par l'administration intraveineuse de liquides pour répondre aux besoins en liquides et en électrolytes.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un gastroentérologue ou par un interniste ayant une spécialité en gastroentérologie.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumis comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Changements au statut de la garantie

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Retraite de la liste Chlordiazépoxyde / clidinium (Librax ^{MD} , Chlorax)	capsule de 5 mg / 2,5 mg			Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.	PAM
<p>À compter du 22 avril 2021, les capsules de chlordiazépoxyde/clidinium de 5 mg / 2,5 mg seront retirées du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick à titre de médicament assuré.</p> <p>Bien que Librax^{MD} ait été approuvé par Santé Canada pour le traitement du syndrome du côlon irritable depuis 1961, les preuves de son efficacité sont limitées et surpassées par le risque d'effets indésirables graves.</p> <p>Dans le cas des patients qui ont déjà reçu un remboursement pour du chlordiazépoxyde/clidinium entre le 22 octobre 2020 et le 22 avril 2021, ce médicament continuera d'être admissible jusqu'au 22 octobre 2021. Après le 22 octobre 2021, une demande d'autorisation spéciale, documentant la raison pour laquelle le patient doit continuer de prendre ce médicament, sera exigée chaque année pour que ce médicament puisse être admissible. Les nouvelles demandes d'autorisation spéciale ne sont pas acceptées.</p>					
Retraite de la liste Oxybutynine (pms-Oxybutynin)	comprimé de 2,5 mg	02240549	PMS		PAM
<p>En date du 22 avril 2021, les comprimés de 2,5 mg de pms-Oxybutynin seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick. Les demandes d'autorisation spéciale ne sont pas admissibles.</p> <p>Les patients qui ont reçu un remboursement pour une demande de règlement entre le 22 octobre 2020 et le 22 avril 2021 continueront d'être admissibles à la couverture. Les comprimés de 5 mg d'oxybutynine figurent dans le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick à titre régulier.</p>					

Mise à jour sur les quantités à indiquer dans les demandes de remboursement

À compter du 22 avril 2021, les quantités pour les demandes de remboursement changeront pour les médicaments suivants :

Médicament	Quantités pour les demandes de remboursement
Bromure de Tiotropium (Spiriva ^{MD} Respimat ^{MD})	inhalation
Olodatérol et bromure de tiotropium (Inspiroto Respimat ^{MD})	inhalation
Hydrocortisone / Pramoxine (Proctofoam-HC ^{MD})	application
Risankizumab (Skyrizi ^{MD})	seringue
Sarilumab (Kevzara ^{MD})	seringue / stylos

Ce changement s'appliquera à toutes les demandes de remboursement visant des médicaments sur ordonnance achetés le 22 avril 2021 ou ultérieurement. Toutes les demandes de remboursement visant des médicaments sur ordonnance achetés avant cette date doivent utiliser le format précédent de quantité pour la soumission des demandes

Pour connaître la quantité à indiquer dans les demandes de remboursement d'un produit en particulier, veuillez vous reporter à la liste des prix admissibles maximums (PAM) et la liste des prix catalogues du fabricant (PCF) en cliquant sur le lien suivant : [Les listes de prix des médicaments et les politiques de prix.](#)

Bulletin n° 1052

Le 29 avril 2021

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 avril 2021, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 20 mai 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 20 mai 2021, 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 avril 2021.
- 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 mai 2021. Avant le 20 mai 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 29 avril 2021.
- Produits retirés du formulaire
 - Les produits seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 20 mai 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@nbrugs-medicamentsnb.ca.

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Abiratérone						
Co.	Orl	250 mg	Reddy-Abiraterone	02477114	RCH	(SA) 7.6563
Dasatinib						
Co.	Orl	20 mg	Taro-Dasatinib	02499282	TAR	(SA) 19.3425
		50 mg	Taro-Dasatinib	02499304	TAR	(SA) 38.9284
		70 mg	Taro-Dasatinib	02499312	TAR	(SA) 42.9021
		80 mg	Taro-Dasatinib	02499320	TAR	(SA) 69.0150
		100 mg	Taro-Dasatinib	02499339	TAR	(SA) 77.8042
		140 mg	Sprycel	02360829	BRI	(SA) 166.9183
			Taro-Dasatinib	02499347	TAR	141.8806
Déférasirox						
Co.	Orl	90 mg	Taro-Deferasirox (Type J)	02507315	TAR	(SA) 5.2605
		180 mg	Taro-Deferasirox (Type J)	02507323	TAR	(SA) 10.5220
		360 mg	Taro-Deferasirox (Type J)	02507331	TAR	(SA) 21.0455
Fluconazole						
Caps	Orl	150 mg	Jamp Fluconazole	02432471	JPC	ADEFGVW 3.6392
Lacosamide						
Co.	Orl	50 mg	NRA-Lacosamide	02499568	NRA	(SA) 0.6313
		100 mg	NRA-Lacosamide	02499576	NRA	(SA) 0.8750
		150 mg	NRA-Lacosamide	02499584	NRA	(SA) 1.1763
		200 mg	NRA-Lacosamide	02499592	NRA	(SA) 1.4500
Lamivudine						
Co.	Orl	150 mg	Jamp Lamivudine	02507110	JPC	ADEFGUV 2.7323
		300 mg	Jamp Lamivudine	02507129	JPC	ADEFGUV 5.4857
Lévétiracétam						
Co.	Orl	250 mg	NRA-Levetiracetam	02499193	NRA	ADEFGV 0.3210
		500 mg	NRA-Levetiracetam	02499207	NRA	ADEFGV 0.3911
		750 mg	NRA-Levetiracetam	02499215	NRA	ADEFGV 0.5416
Mirtazapine						
Co.	Orl	45 mg	Apo-Mirtazapine	02286637	APX	ADEFGV 0.6930

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Modafinil						
Co.	Orl	100 mg	Jamp Modafinil	02503727	JPC	(SA) 0.3171
Norgestimate / Éthinylestradiol						
Co.	Orl	0,18 mg, 0,215 mg, 0,25 mg / 0,035 mg	Tri-Cira (21)	02508087	APX	DEFV 0.6852
			Tri-Cira (28)	02508095		0.5139
Oméprazole						
Co.L.L.	Orl	20 mg	Omeprazole Magnesium	02504294	SAS	ABDEFGV 0.2287
Pantoprazole Sodium						
Co.Ent.	Orl	40 mg	Jamp Pantoprazole Sodium	02392623	JPC	ABDEFGV 0.2016
Saxagliptine						
Co.	Orl	2,5 mg	Onglyza	02375842	AZE	2.4260
			Apo-Saxagliptin	02507471	APX	(SA) 1.2650
			Sandoz Saxagliptin	02468603	SDZ	
		5 mg	Onglyza	02333554	AZE	2.8957
			Apo-Saxagliptin	02507498	APX	(SA) 1.5195
			Sandoz Saxagliptin	02468611	SDZ	
Sildénafil						
Co.	Orl	20 mg	Jamp Sildenafil R	02469669	JPC	(SA) 2.9620
			pms-Sildenafil R	02412179	PMS	
Simvastatine						
Co.	Orl	5 mg	Simvastatin	02284723	SAS	ADEFGV 0.1023
		10 mg	Simvastatin	02284731	SAS	ADEFGV 0.2023
		20 mg	Simvastatin	02284758	SAS	ADEFGV 0.2501
		40 mg	Simvastatin	02284766	SAS	ADEFGV 0.2501
		80 mg	Simvastatin	02284774	SAS	ADEFGV 0.2501
Telmisartan / Hydrochlorothiazide						
Co.	Orl	80 mg / 12,5 mg	NRA-Telmisartan HCTZ	02504146	NRA	ADEFGV 0.2098
		80 mg / 25 mg	NRA-Telmisartan HCTZ	02504138	NRA	ADEFGV 0.2098
Telmisartan						
Co.	Orl	40 mg	pms-Telmisartan	02499622	PMS	ADEFGV 0.2161
		80 mg	pms-Telmisartan	02499630	PMS	ADEFGV 0.2161
Vancomycine						
Pds.	Inj	500 mg	Vancomycin Hydrochloride	02502593	JPC	ABDEFGVW 9.8669
		1 g	Vancomycin Hydrochloride	02502607	JPC	ABDEFGVW 18.7810

Ajout temporaire de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Phenelzine Sulfate							
Co.	Orl	15 mg	Phenelzine Sulfate Tablet	09858123	LUP	ADEFGV	0.5908

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Dasatinib							
Co.	Orl	20 mg	Apo-Dasatinib	02470705	APX	(SA)	19.3425
		50 mg	Apo-Dasatinib	02470713	APX	(SA)	38.9284
		70 mg	Apo-Dasatinib	02481499	APX	(SA)	42.9021
		80 mg	Apo-Dasatinib	02481502	APX	(SA)	69.0150
		100 mg	Apo-Dasatinib	02470721	APX	(SA)	77.8042
Déférasirox							
Co.	Orl	90 mg	Apo-Deferasirox (Type J)	02485265	APX	(SA)	5.2605
		180 mg	Apo-Deferasirox (Type J)	02485273	APX	(SA)	10.5220
		360 mg	Apo-Deferasirox (Type J)	02485281	APX	(SA)	21.0455
Lamivudine							
Co.	Orl	150 mg	Apo-Lamivudine	02369052	APX	ADEFGUV	2.7323
		300 mg	Apo-Lamivudine	02369060	APX	ADEFGUV	5.4857
Morphine Sulfate							
Liq	Inj	10 mg/mL	Morphine Sulfate	00392588	SDZ	ADEFGVW	2.0530
Norgestimate / Éthinylestradiol							
Co.	Orl	0,18 mg, 0,215 mg, 0,25 mg / 0,035 mg	Tri-Jordyna (21)	02486296	GLM	DEFGV	0.6852
			Tri-Jordyna (28)	02486318			0.5139
Sildénafil							
Co.	Orl	20 mg	Teva-Sildenafil R	02319500	TEV	(SA)	2.9620
Vancomycine							
Pds.	Inj	500 mg	Vancomycin Hydrochloride	02230191	PFI	ABDEFGVW	9.8669
			Vancomycin	02394626	SDZ		

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes
Prix non confirmé par le fabricant					
Vancomycine					
Pds.	Inj	500 mg	Vancomycin Hydrochloride	02139375	FKB
			Vancomycin	02342855	STR
					ABDEFGWW

Bulletin n° 1053

Le 13 mai 2021

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 13 mai 2021.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Changement 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
Drospirénone/ éthinylestradiol (YAZ ^{MD} et marques génériques)	comprimé de 3 mg / 0,02 mg	Voir formulaire des médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.		DEFGV	PAM
Leuprolide (Zeulide Depot ^{MC})	poudre pour suspension de 3,75 mg	02429977	VRT	ADEFV	PCF
	poudre pour suspension de 22,5 mg	02462699			

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Cerliponase Alfa (Brineura ^{MD})	solution de 150 mg / 5 mL pour perfusion intracérébroventriculaire	02484013	BMR	(SA)	PCF

Pour le traitement de la céréoïde-lipofuscinose neuronale de type 2, si tous les critères suivants sont respectés :

- Diagnostic confirmé de la céréoïde-lipofuscinose neuronale de type 2 d'après l'activité de l'enzyme tripeptidyl-peptidase 1 (TPP1) et l'analyse du génotype de la CLN2
- Score de 1 point ou plus pour chacun des aspects de la motricité et du langage de la CLN2 Clinical Rating Scale
- Score combiné motricité-langage de 3 points ou plus de la CLN2 Clinical Rating Scale

Critères d'arrêt du traitement :

- Réduction de 2 points ou plus du score combiné motricité-langage de la CLN2 Clinical Rating Scale qui est soutenue à n'importe laquelle de deux évaluations consécutives effectuées sur une période de 24 semaines; ou
- Score combiné motricité-langage de 0 de la CLN2 Clinical Rating Scale à deux évaluations consécutives effectuées sur une période de 24 semaines.

Note clinique :

- Les données sur les plus récents scores des aspects de la motricité et du langage de la CLN2 Clinical Rating Scale doivent être fournies avec toutes les demandes.

Notes pour les demandes de remboursement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un spécialiste avec de l'expérience en traitement de la céréoïde-lipofuscinose neuronale de type 2.
- Période d'approbation : 6 mois.
- Les demandes de remboursement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Dupilumab (Dupixent^{MD})

seringue préremplie de
200 mg / 1,14 mL
seringue préremplie de
300 mg / 2 mL

02492504

02470365

SAV

(SA)

PCF

Pour le traitement de la dermatite atopique modérée à grave chez les patients âgés de 12 ans et plus qui répondent à tous les critères suivants :

- Sont réfractaires ou présentent des contre-indications à un essai adéquat de traitements topiques sur ordonnance.
- Sont réfractaires, intolérants ou présentent des contre-indications à un essai adéquat de photothérapie (lorsqu'elle est disponible), de méthotrexate et de cyclosporine.
- Ont un score initial d'évaluation globale du médecin de 3 ou plus et un indice de zone et de gravité de l'eczéma de 7,1 ou plus.

Critères de renouvellement

- Les demandes de renouvellement doivent fournir la preuve des bienfaits cliniques définis comme une amélioration de 75 % ou plus par rapport à la valeur initiale de l'indice de zone et de gravité de l'eczéma (EASI-75) six mois après le début du traitement.
- Une preuve du maintien de la réponse EASI-75 par rapport à la valeur initiale doit être fournie pour les autorisations subséquentes.

Note clinique :

- Le médicament ne doit pas être utilisé en association avec la photothérapie ou des médicaments immunosuppresseurs (p. ex., méthotrexate, cyclosporine).

Notes pour les demandes de remboursement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue.
- Quantité maximale approuvée de 600 mg à la semaine 0, suivie de 300 mg toutes les deux semaines par la suite.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Tafamidis (Vyndaqel^{MC})

capsule de 20 mg

02495732

PFI

(SA)

PCF

Pour le traitement de la cardiomyopathie chez les patients adultes présentant une amyloïdose à transthyréline (ATTR) héréditaire ou de type sauvage documentée, qui répondent à tous les critères suivants :

- insuffisance cardiaque de classe I à III selon la classification de la New York Heart Association (NYHA)
- au moins une hospitalisation antérieure pour cause d'insuffisance cardiaque ou signes cliniques d'insuffisance cardiaque ayant justifié un traitement par un diurétique
- pas de transplantation cardiaque ou hépatique
- pas de dispositif d'assistance cardiaque mécanique implanté.

Critères d'arrêt du traitement :

Le patient a :

- une insuffisance cardiaque de classe IV selon la classification de la NYHA; ou
- reçu un dispositif d'assistance cardiaque mécanique implanté; ou
- subi une transplantation cardiaque ou hépatique.

Notes cliniques :

1. La cardiomyopathie causée par une ATTR de type sauvage est caractérisée par tous les éléments suivants :
 - absence d'un génotype variant de la transthyrétine (TTR);
 - présence de la protéine précurseur de la TTR décelée par analyse immunohistochimique, scintigraphie ou spectrométrie de masse;
 - signe d'atteinte cardiaque visible à l'échocardiographie avec épaisseur septale interventriculaire en fin de diastole de plus de 12 mm;
 - présence de dépôts amyloïdes dans les tissus prélevés à la biopsie (tissu adipeux, glande salivaire, gaine de tissus conjonctif du nerf médian ou tissu cardiaque).
2. La cardiomyopathie causée par une ATTR héréditaire est caractérisée par tous les éléments suivants :
 - présence d'un génotype variant de TTR associé à la cardiomyopathie et présence d'un phénotype de cardiomyopathie;
 - signe d'atteinte cardiaque visible à l'échocardiographie avec épaisseur septale interventriculaire en fin de diastole de plus de 12 mm;
 - présence de dépôts amyloïdes dans les tissus prélevés à la biopsie (tissu adipeux, glande salivaire, gaine de tissus conjonctif du nerf médian ou tissu cardiaque).

Notes pour les demandes de remboursement :

- Le patient doit être sous les soins d'un médecin expérimenté dans le diagnostic et le traitement de la cardiomyopathie causée par une ATTR.
- Le traitement d'association avec d'autres ARN interférents ou des stabilisateurs de la transthyrétine utilisés pour traiter la cardiomyopathie causée par une ATTR n'est pas remboursé.
- Période d'approbation initiale : 9 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.
- Les demandes de remboursement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Critère révisé Fingolimod (Gilenya ^{MD} et marques génériques)	capsule de 0,5 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		(SA)	PAM

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

- Diagnostic confirmé en fonction des critères de McDonald
- Au moins une rechute invalidante ou nouvelle activité révélée par un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) au cours des deux dernières années
- Patient ambulatoire, avec ou sans aide (c.-à-d. score récent de 6,5 ou moins sur l'échelle étendue du statut d'invalidité)

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté chez les patients dont le score sur l'échelle étendue du statut d'invalidité est égal ou supérieur à 7.

Notes pour les demandes de remboursement :

- L'utilisation combinée avec d'autres agents modificateurs de la maladie destinés au traitement de la SPRR ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation : deux ans.

**Nouvelle forme
pharmaceutique**

Lanadélumab (Takhzyro^{MD})

seringue préremplie de
300 mg / 2 mL

02505614

SHI

(SA)

MLP

Pour la prévention des angio-œdèmes héréditaires de type 1 ou de type 2 (AOH) chez les patients de 12 ans et plus qui ont subi au moins trois crises d'AOH dans une période de quatre semaines et qui ont dû recevoir un traitement injectable en cas d'attaque aiguë.

Critères d'arrêt du traitement :

- Aucune réduction du nombre de crises d'AOH pour lesquelles un traitement injectable en cas d'attaque aiguë a été reçu durant les trois premiers mois de traitement au lanadélumab par rapport au nombre de crises observé avant le début de traitement; ou
- Augmentation du nombre de crises d'AOH pour lesquelles un traitement injectable en cas d'attaque aiguë a été reçu par rapport au nombre de crises observé avant le début de traitement au lanadélumab.

Note clinique :

- Les statistiques de crises avant le traitement doivent être indiquées pour les patients qui ont déjà reçu un traitement de prophylaxie à long terme pour l'AOH et qui prévoient changer pour un traitement au lanadélumab.

Notes pour les demandes de remboursement :

- Le patient doit être sous les soins d'un médecin ayant l'expérience du diagnostic et du traitement de l'AOH.
- Ne doit pas être utilisé en association avec d'autres traitements de prophylaxie à long terme (p. ex. inhibiteur de l'estérase de C1).
- Une dose maximale de 300 mg toutes les 2 semaines sera approuvée.
- Période d'approbation initiale : 3 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 6 mois.

Nouvelle Indication

Lénalidomide (Revlimid^{MD})

capsule de 2,5 mg	02459418			
capsule de 5 mg	02304899			
capsule de 10 mg	02304902			
capsule de 15 mg	02317699	CEL	(SA)	PCF
capsule de 20 mg	02440601			
capsule de 25 mg	02317710			

Myélome multiple

1. Pour le traitement de première intention du myélome multiple nouvellement diagnostiqué chez les patients qui ne sont pas admissibles à la greffe de cellules souches, lorsque le médicament est utilisé en association avec la dexaméthasone, avec ou sans bortézomib
2. médicament est utilisé en association avec la dexaméthasone, avec ou sans bortézomib
3. Pour le traitement du myélome multiple récidivant ou réfractaire, lorsque le médicament est utilisé :
 - en association avec la dexaméthasone chez les patients dont la maladie n'a pas progressé pendant un traitement par le lénalidomide;
 - en association avec le carfilzomib et la dexaméthasone chez les patients dont la maladie n'a pas progressé pendant un traitement par le bortézomib ou le lénalidomide;
 - en association avec le daratumumab et la dexaméthasone chez les patients dont la maladie n'a pas progressé pendant un traitement par le lénalidomide.
4. Pour le traitement d'entretien du myélome multiple nouvellement diagnostiqué, chez les patients dont la maladie s'est stabilisée ou atténuée à la suite d'une greffe de cellules souches et qui ne présentent pas de signe de progression de la maladie.

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

Notes pour les demandes de remboursement :

- Période d'approbation initiale : 1 an.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.
- Les demandes de remboursement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Syndrome myélodysplasique

Pour le traitement de l'anémie causée par le syndrome myélodysplasique chez les patients qui répondent à tous les critères suivants :

- Présence d'une anomalie cytogénétique 5q de suppression
- Risque faible ou intermédiaire-1 selon l'IPSS (International Prognostic Scoring System)
- Anémie symptomatique avec dépendance transfusionnelle

Critères de renouvellement :

- Les patients qui ont une dépendance transfusionnelle doivent démontrer une réduction

des besoins de transfusion d'au moins 50 %.

- Les demandes de renouvellement pour les patients qui n'ont pas de dépendance transfusionnelle seront considérées si les résultats d'une série de formule sanguine complète (FSC) (avant et après le traitement par le lénalidomide) et tout autre signe objectif de réponse au traitement sont fournis.

Note clinique :

- Les demandes pour les patients qui n'ont pas de dépendance transfusionnelle seront considérées. Le médecin doit fournir des preuves cliniques d'anémie symptomatique nuisant à la qualité de vie du patient, la raison pour laquelle des transfusions ne sont pas utilisées et les détails concernant les autres traitements prescrits pour traiter l'anémie.

Notes pour les demandes de remboursement :

- Période d'approbation initiale : 1 an.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.
- Les demandes de remboursement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Changements au statut de la garantie

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Retraite de la liste Atorvastatin / amlodipine (Caduet ^{MD} et marques génériques)	comprimé de 10 mg / 5 mg comprimé de 10 mg / 10 mg comprimé de 20 mg / 5 mg comprimé de 20 mg / 10 mg comprimé de 40 mg / 5 mg comprimé de 40 mg / 10 mg comprimé de 80 mg / 5 mg comprimé de 80 mg / 10 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits.			PAM

À compter du 13 mai 2021, les comprimés d'atorvastatine/amlodipine ne sont plus inscrits à titre de médicament régulier sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick. Les demandes d'autorisation spéciale ne sont pas admissibles.

Les patients dont une demande de règlement pour l'atorvastatine/amlodipine a été payée entre le 13 novembre 2020 et le 13 mai 2021 continueront d'être remboursés pour ce médicament. Les médicaments individuels sont inscrits à titre de médicament régulier 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
Ixekizumab (Taltz ^{MD})	auto-injecteur de 80 mg/mL seringue préremplie de 80 mg/mL	02455102 02455110	LIL	Pour le traitement de la spondylarthrite ankylosante.

Bulletin n° 1054

Le 31 mai 2021

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 mai 2021, 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 mai 2021.
- 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 juin 2021. Avant le 21 juin 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 31 mai 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@nbdruqs-medicamentsnb.ca.

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Acide Mycophénolique							
Co.Ent	Orl	180 mg	Mar-Mycophenolic Acid	02511673	MAR	ADEFGRV	0.9989
		360 mg	Mar-Mycophenolic Acid	02511681	MAR	ADEFGRV	1.9977
Amlodipine							
Co.	Orl	5 mg	Jamp-Amlodipine	02357194	JPC	ADEFGV	0.1343
		10 mg	Jamp-Amlodipine	02357208	JPC	ADEFGV	0.1993
Cétirizine							
Co.	Orl	10 mg	Jamp Cetirizine	02451778	JPC	G	0.2223
Déférasirox							
Co.	Orl	90 mg	Sandoz Deferasirox (Type J)	02489899	SDZ	(SA)	2.6303
		180 mg	Sandoz Deferasirox (Type J)	02489902	SDZ	(SA)	5.2610
		360 mg	Sandoz Deferasirox (Type J)	02489910	SDZ	(SA)	10.5228
Dutastéride							
Caps	Orl	0,5 mg	Priva-Dutasteride	02490587	PHP	ADEFGV	0.3027
Fluticasone							
Aém.	Inh	250 mcg	Apo-Fluticasone HFA	02510987	APX	ABDEFGV	0.3752
Imatinib							
Co.	Orl	100 mg	Imatinib	02504596	SAS	ADEFGV	5.2079
			Jamp Imatinib	02495066	JPC		
		400 mg	Imatinib	02504618	SAS	ADEFGV	20.8314
			Jamp Imatinib	02495074	JPC		
Létrozole							
Co.	Orl	2,5 mg	Letrozole	02504472	SAS	ADEFV	1.3780
Lévétiracétam							
Co.	Orl	250 mg	Levetiracetam Tablets	02399776	AHI	ADEFGV	0.3210
		500 mg	Levetiracetam Tablets	02399784	AHI	ADEFGV	0.3911
		750 mg	Levetiracetam Tablets	02399792	AHI	ADEFGV	0.5416
Méropénem							
Pds.	Inj	1 g	Meropenem for Injection	02493349	STR	ADEFGVW	18.4450
Scopolamine							
Liq	Inj	0,6 mg/mL	Scopolamine Hydrobromide	02242811	OMG	ADEFVW	6.0000

Ajout temporaire de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Medroxyprogesterone Susp Inj 150 mg/mL	Depo-Provera US-Labelled	09858134	PFI	DEFGV	31.6900

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM	
Acide Mycophénolique Co.Ent Orl 180 mg	Apo-Mycophenolic Acid	02372738	APX	ADEFGRV	0.9989	
	Apo-Mycophenolic Acid	02372746	APX	ADEFGRV	1.9977	
Acide Valproïque Co.Ent Orl 125 mg	Apo-Divalproex	02239698	APX	ADEFGV	0.1539	
	Mylan-Divalproex	02458926	MYL			
	250 mg	Apo-Divalproex	02239699	APX	ADEFGV	0.2767
		Mylan-Divalproex	02458934	MYL		
	500 mg	Apo-Divalproex	02239700	APX	ADEFGV	0.5537
		Mylan-Divalproex	02459019	MYL		
Déferasirox Co. Orl 90 mg	Apo-Deferasirox (Type J)	02485265	APX	(SA)	2.6303	
	Taro-Deferasirox (Type J)	02507315	TAR			
	180 mg	Apo-Deferasirox (Type J)	02485273	APX	(SA)	5.2610
		Taro-Deferasirox (Type J)	02507323	TAR		
	360 mg	Apo-Deferasirox (Type J)	02485281	APX	(SA)	10.5228
		Taro-Deferasirox (Type J)	02507331	TAR		
Fluticasone Aém. Inh 250 mcg	pms-Fluticasone HFA	02503131	PMS	ABDEFGV	0.3752	
Méthylphénidate Co. Orl 20 mg	Apo-Methylphenidate	02249332	APX	ADEFGV	0.3387	
	pms-Methylphenidate	00585009	PMS			
Phytomenadione Liq IM 1 mg / 0,5 mL	Vitamin K	00781878	SDZ	ADEFGVW	10.3800	
	Vitamin K	00804312	SDZ	ADEFGVW	5.8800	
Raloxifène Co. Orl 60 mg	Act Raloxifene	02358840	TEV	ADEFV	1.0268	
	Apo-Raloxifene	02279215	APX			

Bulletin n° 1055

Le 17 juin 2021

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 juin 2021.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Changement 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
Peginterféron alfa-2A (Pegasys ^{MD})	seringue préremplie de 180 mcg / 0,5 mL	02248077	HLR	ADEFGV	PCF

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Cyclosporine (Verkazia ^{MC})	émulsion ophtalmique à 0,1 %	02484137	SNN	(SA)	PCF

Pour le traitement des patients pédiatriques de 4 à 18 ans atteints de kératoconjonctivite vernale grave qui répondent aux critères suivants :

- Grade 3 (grave) ou 4 (très grave) sur l'échelle de Bonini, ou
- Grade 4 (marqué) ou 5 (grave) sur l'échelle modifiée d'Oxford.

Critères d'arrêt du traitement :

- Le traitement devrait être arrêté si aucune amélioration des signes et des symptômes de la kératoconjonctivite vernale grave n'est observée, ou
- Le traitement devrait être arrêté si les signes et les symptômes de la kératoconjonctivite vernale grave ont disparu.

Note clinique :

- Des documents attestant de la gravité des signes et des symptômes de la kératoconjonctivite vernale grave doivent être fournis au début du traitement et à son renouvellement.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le patient doit être sous les soins d'un médecin ayant l'expérience du diagnostic et du traitement de la kératoconjonctivite vernale grave.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Pegfilgrastim (Nyvepria ^{MC})	seringue préremplie de 6 mg / 0,6 mL	02506238	PFI	(SA)	PCF
---	--------------------------------------	----------	-----	------	-----

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

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

Note clinique :

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

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Critère révisé Ambrisentan (Volibris et marques génériques)	comprimé de 5 mg comprimé de 10 mg	Voir formulaire des médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		Régimes de (SA)	PAM
Pour le traitement des patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) du groupe 1, de classe fonctionnelle III ou IV de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).					
<u>Note clinique :</u>					
<ul style="list-style-type: none">• Le diagnostic d'HAP doit être confirmé par cathétérisme cardiaque droit.					
<u>Notes pour les demandes de règlement :</u>					
<ul style="list-style-type: none">• Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin possédant de l'expérience dans le traitement de l'HAP.• L'utilisation combinée de plus d'un antagoniste des récepteurs de l'endothéline ne sera pas remboursée.• La dose maximale de ambrisentan remboursée sera de 10 mg une fois par jour.• Période d'approbation du renouvellement : long terme.					
Critère révisé Bosentan (Tracleer ^{MD} et marques génériques)	comprimé de 62,5 mg comprimé de 125 mg	Voir formulaire des médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		Régimes de (SA)	PAM
Pour le traitement des patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) du groupe 1, de classe fonctionnelle II, III ou IV de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).					
<u>Note clinique :</u>					
<ul style="list-style-type: none">• Le diagnostic d'HAP doit être confirmé par cathétérisme cardiaque droit.					
<u>Notes pour les demandes de règlement :</u>					
<ul style="list-style-type: none">• Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin possédant de l'expérience dans le traitement de l'HAP.• L'utilisation combinée de plus d'un antagoniste des récepteurs de l'endothéline ne sera pas remboursée.• La dose maximale de bosentan remboursée sera de 125 mg deux fois par jour.• Période d'approbation du renouvellement : long terme					

Critère révisé

ÉpoprosténoL (Caripul ^{MD})	fiOLE de 0,5 mg	02397447	JAN		
	fiOLE de 1,5 mg	02397455	JAN		
				(SA)	PCF
ÉpoprosténoL (Flolan)	fiOLE de 0,5 mg	02230845	GSK		
	fiOLE de 1,5 mg	02230848	GSK		

Pour le traitement des patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) du groupe 1, de classe fonctionnelle III ou IV de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Note clinique :

- Le diagnostic d'HAP doit être confirmé par cathétérisme cardiaque droit.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin possédant de l'expérience dans le traitement de l'HAP.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme.

Critère révisé

Sildénafil (Revatio ^{MD} et marques génériques)	comprimé pelliculé de 20 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 atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) du groupe 1, de classe fonctionnelle II, III ou IV de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Note clinique :

- Le diagnostic d'HAP doit être confirmé par cathétérisme cardiaque droit.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin possédant de l'expérience dans le traitement de l'HAP.
- La dose maximale de sildénafil remboursée est de 20 mg trois fois par jour.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme.

Critère révisé

Treprostinil (Remodulin ^{MD})	fiOles multidoses de 1 mg/mL	02246552			
	fiOles multidoses de 2,5 mg/mL	02246553			
	fiOles multidoses de 5 mg/mL	02246554	UTC	(SA)	PCF
	fiOles multidoses de 10 mg/mL	02246555			

Pour le traitement des patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) du groupe 1, de classe fonctionnelle III ou IV de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui n'ont pas répondu aux traitements sans prostanoides.

Note clinique :

- Le diagnostic d'HAP doit être confirmé par cathétérisme cardiaque droit.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin possédant de l'expérience dans le traitement de l'HAP.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme.

Changements au statut de la garantie

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Requiert maintenant une autorisation spéciale Mirtazapine ODT (Remeron RD ^{MD} et marques génériques)	comprimé à désintégration orale de 15 mg comprimé à désintégration orale de 30 mg comprimé à désintégration orale de 45 mg				
		Voir formulaire des médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		(SA)	PAM

Pour les patients chez qui les comprimés ordinaires de mirtazapine ne sont pas une option.

Retraite de la liste

Glimépiride (Sandoz Glimepiride)

comprimé de 1 mg
comprimé de 2 mg
comprimé de 4 mg

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

PAM

À compter du 17 juin 2021, les comprimés de Sandoz Glimepiride de 1 mg, 2 mg et 4 mg seront retirés sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick. Les demandes d'autorisation spéciale ne sont pas admissibles.

Les patients qui ont obtenu le remboursement d'une demande de règlement pour ce médicament entre le 17 juin 2020 et le 17 juin 2021 continueront d'être couverts. Il existe des sulfonylurées aussi efficaces et moins coûteuses qui sont actuellement couvertes à titre régulier.

Médicaments évalués et non-inscrits

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

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Certolizumab (Cimzia ^{MD})	auto-injecteur de 200 mg/mL seringue préremplie de 200 mg/mL	02465574 02331675	UCB	Pour le traitement de la psoriasis en plaques.

Bulletin n° 1056

Le 30 juin 2021

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 2021, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 21 juillet 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 21 juillet 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 21 juillet 2021. Avant le 21 juillet 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 30 juin 2021.
- 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 juillet 2021.
- Produits retirés du formulaire
 - Les produits seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 21 juillet 2021.

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

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Amlodipine						
Co.	Orl	2,5 mg	Jamp-Amlodipine	02357186	JPC	ADEFGV 0.0767
Aripiprazole						
Co.	Orl	2 mg	Aripiprazole	02506688	SAS	ADEFGV 0.8092
		5 mg	Aripiprazole	02506718	SAS	ADEFGV 0.9046
		10 mg	Aripiprazole	02506726	SAS	ADEFGV 1.0754
		15 mg	Aripiprazole	02506734	SAS	ADEFGV 1.2692
		20 mg	Aripiprazole	02506750	SAS	ADEFGV 1.0017
		30 mg	Aripiprazole	02506785	SAS	ADEFGV 1.0017
Dasatinib						
Co.	Orl	20 mg	Teva-Dasatinib	02478307	TEV (SA)	9.6713
		50 mg	Teva-Dasatinib	02478315	TEV (SA)	19.4642
		70 mg	Teva-Dasatinib	02478323	TEV (SA)	21.4511
		80 mg	Teva-Dasatinib	02478331	TEV (SA)	34.5075
		100 mg	Teva-Dasatinib	02478358	TEV (SA)	38.9021
Fébuxostat						
Co.	Orl	80 mg	Teva-Febuxostat	02466198	TEV (SA)	0.3975
Hydromorphone						
Liq	Inj	50 mg/mL	Hydromorphone Hydrochloride	02469413	STR	ADEFGVW 6.9525
Lacosamide						
Co.	Orl	50 mg	ACH-Lacosamide	02489287	AHI (SA)	0.6313
		100 mg	ACH-Lacosamide	02489295	AHI (SA)	0.8750
		150 mg	ACH-Lacosamide	02489309	AHI (SA)	1.1763
		200 mg	ACH-Lacosamide	02489317	AHI (SA)	1.4500
Mirtazapine						
Co.	Orl	45 mg	Mirtazapine	02496682	SIV	ADEFGV 0.6930
Ondansétron						
Liq	Inj	2 mg/mL	Ondansetron Injection USP (PF) Ondansetron Injection USP	02464578 02462257	STR	W 3.4552

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Pilocarpine							
Co.	Orl	5 mg	Jamp Pilocarpine	02509571	JPC	(SA)	0.7321
Pipéracilline / Tazobactam							
Pds.	Inj	2 g / 0,25 g	Piperacillin and Tazobactam	02362619	STR	ABDEFGVW	4.1720
		3 g / 0,375 g	Piperacillin and Tazobactam	02362627	STR	ABDEFGVW	6.2591
		4 g / 0,5 g	Piperacillin and Tazobactam	02362635	STR	ABDEFGVW	8.3458
Pirfénidone							
Co.	Orl	267 mg	Esbriet	02464489	HLR	(SA)	13.4240
			Sandoz Pirfenidone	02488507	SDZ		6.7120
		801 mg	Esbriet	02464500	HLR	(SA)	40.2720
			Sandoz Pirfenidone	02488515	SDZ		20.1360
Valacyclovir							
Co.	Orl	500 mg	Jamp Valacyclovir	02440598	JPC	ADEFGV	0.6198

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Cefprozil							
Co.	Orl	250 mg	Taro-Cefprozil	02293528	TAR	ADEFGVW	1.0220
Dasatinib							
Co.	Orl	20 mg	Apo-Dasatinib	02470705	APX	(SA)	9.6713
			Taro-Dasatinib	02499282	TAR		
		50 mg	Apo-Dasatinib	02470713	APX	(SA)	19.4642
			Taro-Dasatinib	02499304	TAR		
		70 mg	Apo-Dasatinib	02481499	APX	(SA)	21.4511
			Taro-Dasatinib	02499312	TAR		
		80 mg	Apo-Dasatinib	02481502	APX	(SA)	34.5075
			Taro-Dasatinib	02499320	TAR		
		100 mg	Apo-Dasatinib	02470721	APX	(SA)	38.9021
			Taro-Dasatinib	02499339	TAR		
Fébuxostat							
Co.	Orl	80 mg	Jamp-Febuxostat	02490870	JPC	(SA)	0.3975
			Mar-Febuxostat	02473607	MAR		
Pilocarpine							
Co.	Orl	5 mg	M-Pilocarpine	02496119	MRA	(SA)	0.7321

Changements touchant une catégorie de médicament

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Pilocarpine							
Gttes	Oph	2%	Isopto Carpine	00000868	NVR	ADEFGV	0.2900
		4%	Isopto Carpine	00000884	NVR	ADEFGV	0.3320

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes
Produit retiré du marché						
Cefprozil						
Co.	Orl	250 mg	Auro-Cefprozil	02347245	ARO	ADEFVW
			Sandoz Cefprozil	02302179	SDZ	

Bulletin n° 1057

Le 15 juillet 2021

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 15 juillet 2021.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changement au statut de la garantie
- Médicaments évalués et non-inscrits
- Mise à jour sur les quantités à indiquer dans les demandes de règlement

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

Ajouts aux garanties régulières

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Calcipotriol / Bétaméthasone (Dovobet ^{MD} et marques génériques)	onguent topique à 0,5 mg / 50 mcg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		ADEFGV	PAM
Énoxaparine (Inclunox ^{MD} et Inclunox ^{MD} HP)	seringue préremplie de 30 mg / 0,3 mL	02507501			
	seringue préremplie de 40 mg / 0,4 mL	02507528			
	seringue préremplie de 60 mg / 0,6 mL	02507536			
	seringue préremplie de 80 mg / 0,8 mL	02507544	SDZ	ADEFGWW	PCF
	seringue préremplie de 100 mg / mL	02507552			
	seringue préremplie de 120 mg / 0,8 mL	02507560			
	seringue préremplie de 150 mg / mL	02507579			
Énoxaparine (Noromby ^{MC} et Noromby ^{MC} HP)	seringue préremplie de 30 mg / 0,3 mL	02506459			
	seringue préremplie de 40 mg / 0,4 mL	02506467			
	seringue préremplie de 60 mg / 0,6 mL	02506475			
	seringue préremplie de 80 mg / 0,8 mL	02506483	JNO	ADEFGWW	PCF
	seringue préremplie de 100 mg / mL	02506491			
	seringue préremplie de 120 mg / 0,8 mL	02506505			
	seringue préremplie de 150 mg / mL	02506513			
Énoxaparine (Redesca ^{MD} et Redesca HP ^{MD})	seringue préremplie de 30 mg / 0,3 mL	02509075			
	seringue préremplie de 40 mg / 0,4 mL	02509083			
	seringue préremplie de 60 mg / 0,6 mL	02509091			
	seringue préremplie de 80 mg / 0,8 mL	02509105	VAL	ADEFGWW	PCF
	seringue préremplie de 100mg / mL	02509113			
	foles multidoses de 300 mg / 3 mL	02509121			
	seringue préremplie de 120 mg / 0,8 mL	02509148			

Énoxaparine (Redesca ^{MD} et Redesca HP ^{MD})	seringue préremplie de 150 mg / mL	02509156	VAL	ADEFGWW	PCF
Mesna (Uromitexan)	ampoule de 100 mg / mL	02241411	BAX	ADEFGV	PCF

L'autorisation spéciale n'est plus requise

Itraconazole (Sporanox ^{MD} et marque générique)	capsule de 100 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
Macitentan (Opsumit ^{MD})	comprimé pelliculé de 10 mg	02415690	JAN	(SA)	PCF

Pour le traitement des patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) du groupe 1, de classe fonctionnelle II, III ou IV de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Note clinique:

- Le diagnostic d'HAP doit être confirmé par cathétérisme cardiaque droit.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin possédant de l'expérience dans le traitement de l'HAP.
- L'utilisation combinée de plus d'un antagoniste des récepteurs de l'endothéline ne sera pas remboursée.
- La dose maximale de macitentan remboursée sera de 10 mg par jour.
- Période d'approbation : long terme.

Changements au statut de la garantie

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Retraite de la liste Ciprofloxacine (Cipro ^{MD} XL)	comprimé à libération prolongée de 1000 mg	02251787	BAY		PAM

Dès le 15 juillet 2021, les comprimés de ciprofloxacine de 1000 mg à libération prolongée seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick à titre de médicament assuré. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront plus admissibles.

Les comprimés à libération prolongée sont plus coûteux que les comprimés de ciprofloxacine à libération immédiate qui figurent sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Retraite de la liste

Énoxaparine (Lovenox^{MD} et Lovenox^{MD} HP)

seringue préremplie de 30 mg / 0,3 mL	02012472		
seringue préremplie de 40 mg / 0,4 mL	02236883		
seringue préremplie de 60 mg / 0,6 mL	02378426		
seringue préremplie de 80 mg / 0,8 mL	02378434		
seringue préremplie de 100mg / mL	02378442	SAV	PCF
fioles multidoses de 300 mg / 3 mL	02236564		
seringue préremplie de 120 mg / 0,8 mL	02242692		
seringue préremplie de 150 mg / mL	02378469		

En date du 15 juillet 2021, les versions biosimilaires de l'énoxaparine seront ajoutées au formulaire des régimes ADEFGVW en tant que médicaments assurés à titre régulier.

Après cette date, les demandes d'autorisation spéciale pour la marque Lovenox ne seront plus admissibles et la limite de quantité pour 35 jours de traitement sera retirée. Les patients et patientes qui ont une autorisation spéciale pour l'énoxaparine de marque Lovenox dont la date est antérieure au 15 juillet 2021 continueront d'être couverts pour cette marque jusqu'à l'expiration de l'autorisation spéciale ou jusqu'au 28 février 2022, selon la première de ces éventualités.

Médicaments évalués et non-inscrits

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

Produit	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Insuline dégludec/ liraglutide (Xultophy ^{MD})	100 unités/mL + stylo prérempli de 3,6 mg/ mL	02474875	NNO	Traitement du diabète de type 2.

Mise à jour sur les quantités à indiquer dans les demandes de règlement

À compter du 15 juillet 2021, les quantités pour les demandes de règlement changeront pour les médicaments suivants :

Médicaments	Quantités à indiquer
Daltéparine (Fragmin ^{MD})	seringue / fiole
Énoxaparine (Lovenox ^{MD} / Lovenox ^{MD} HP)	seringue / fiole
Leuprolide (Lupron ^{MD})	fiole
Nadroparine (Fraxiparine ^{MD} / Fraxiparine ^{MD} Forte)	seringue / fiole
Sémaglutide (Ozempic ^{MD})	stylos
Tinzaparine (Innohep ^{MD})	seringue / fiole

Ce changement s'appliquera à toutes les demandes de règlement visant des médicaments sur ordonnance achetés le 15 juillet 2021 ou ultérieurement. Toutes les demandes de règlement visant des médicaments sur ordonnance achetés avant cette date doivent utiliser le format précédent de quantité pour la soumission des demandes.

Pour connaître la quantité à indiquer dans les demandes de règlement d'un produit en particulier, veuillez vous reporter à la liste des prix admissibles maximums (PAM) et la liste des prix catalogues du fabricant (PCF) en cliquant sur le lien suivant : [Les listes de prix des médicaments et les politiques de prix.](#)

Bulletin n° 1058

Le 29 juillet 2021

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 juillet 2021, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 19 août 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 19 août 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 19 août 2021. Avant le 19 août 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 29 juillet 2021.
- Changements touchant une catégorie de médicament
 - Les produits qui appartiennent à des catégories dans lesquelles il n'y a plus de produit générique seront déplacés sur la liste des Prix catalogue du fabricant (PCF) à compter du 19 août 2021.
- Produits retirés du formulaire
 - Les produits seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 19 août 2021.

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

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Budésonide							
Susp	Inh	0,125 mg/mL	Taro-Budesonide	02494264	TAR	(SA)	0.1143
		0,25 mg/mL	Pulmicort Nebuamp	01978918	AZE	(SA)	0.4790
			Taro-Budesonide	02494272	TAR		0.3593
		0,5 mg/mL	Taro-Budesonide	02494280	TAR	(SA)	0.4559
Buspirone							
Co.	Orl	10 mg	Buspirone	02447851	SAS	ADEFGV	0.2659
Hydrocortisone							
Cr.	Top	1%	Jamp-Hydrocortisone	80057189	JPC	ADEFGV	0.0859
			Jamp-Hydrocortisone Acetate	80057178			
Hydrocortisone / d'Urée							
Cr.	Top	1% / 10%	Dermaflex HC	00681989	PAL	ADEFGV	0.2043
			Jamp-Hydrocortisone Acetate-Urea	80061501	JPC		0.0915
Méropénem							
Pds.	Inj	500 mg	Taro-Meropenem	02421518	SUN	ADEFGVW	9.2225
		1 g	Taro-Meropenem	02421526	SUN	ADEFGVW	18.4450
Olmésartan / Hydrochlorothiazide							
Co.	Orl	20 mg / 12,5 mg	Olmesartan/HCTZ	02509601	SAS	ADEFGV	0.3019
		40 mg / 12,5 mg	Olmesartan/HCTZ	02509636	SAS	ADEFGV	0.3019
		40 mg / 25 mg	Olmesartan/HCTZ	02509628	SAS	ADEFGV	0.3019
Pirfénidone							
Caps	Orl	267 mg	Esbriet	02393751	HLR	(SA)	13.6251
			Jamp Pirfenidone	02509938	JPC		6.7120
Vancomycine							
Pds.	Inj	500 mg	Vancomycin Hydrochloride USP	02342855	STR	ABDEFGVW	9.8669

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Azithromycine							
Pds.	Orl	100 mg / 5 mL	Auro-Azithromycin	02482363	ARO	ABDEFGVW	0.5881
			Sandoz Azithromycin	02332388	SDZ		
		200 mg / 5 mL	Auro-Azithromycin	02482371	ARO	ABDEFGVW	0.8330
			Sandoz Azithromycin	02332396	SDZ		

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM	
Budésone Susp Inh 0,125 mg/mL	Teva-Budesonide	02465949	TEV	(SA)	0.1143	
	Teva-Budesonide	02465957	TEV	(SA)	0.4559	
Buspirone Co. Orl 10 mg	Apo-Buspirone	02211076	APX	ADEFV	0.2659	
	Auro-Buspirone	02500213	ARO			
	pms-Buspirone	02230942	PMS			
	Teva-Buspirone	02231492	TEV			
Indapamide Co. Orl 1,25 mg	Apo-Indapamide	02245246	APX	ADEFV	0.1490	
	Mylan-Indapamide	02240067	MYL			
	2,5 mg	Apo-Indapamide	02223678	APX	ADEFV	0.2364
		Mylan-Indapamide	02153483	MYL		
Mirtazapine Co.D.O. Orl 15 mg	Auro-Mirtazapine OD	02299801	ARO	(SA)	0.4046	
	Auro-Mirtazapine OD	02299828	ARO	(SA)	0.8087	
	Auro-Mirtazapine OD	02299836	ARO	(SA)	1.2132	
Olopatadine Liq Oph 0,2%	Apo-Olopatadine	02402823	APX	ADEFV	6.2040	
	Sandoz Olopatadine	02420171	SDZ			
Ramipril / Hydrochlorothiazide Co. Orl 2,5 mg / 12,5 mg	Taro-Ramipril HCTZ	02449439	SUN	ADEFV	0.2242	
	Taro-Ramipril HCTZ	02449447	SUN	ADEFV	0.3016	

Changements touchant une catégorie de médicament

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Hydromorphe Caps.L.L. Orl 3 mg	Hydromorph Contin	02125323	PFR	ADEFVW	0.6645
	Hydromorph Contin	02359502	PFR	ADEFVW	0.8020
	Hydromorph Contin	02125331	PFR	ADEFVW	0.9950
	Hydromorph Contin	02359510	PFR	ADEFVW	1.3140
	Hydromorph Contin	02125366	PFR	ADEFVW	1.7260

Changements touchant une catégorie de médicament

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Hydromorphe Caps.L.L. Orl					
18 mg	Hydromorph Contin	02243562	PFR	ADEFGVW	2.4900
24 mg	Hydromorph Contin	02125382	PFR	ADEFGVW	2.8820
30 mg	Hydromorph Contin	02125390	PFR	ADEFGVW	3.4520

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes
Produit retiré du marché				
Azithromycine Pds. Orl				
100 mg / 5 mL	Azithromycin	02274388	PMS	ABDEFGVW
200 mg / 5 mL	Azithromycin pms-Azithromycin	02274396 02418460	PMS PMS	ABDEFGVW
Indapamide Co. Orl				
1,25 mg	Jamp-Indapamide	02373904	JPC	ADEFGV
Co. Orl				
2,5 mg	Jamp-Indapamide	02373912	JPC	ADEFGV

Bulletin n° 1059

Le 19 août 2021

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 août 2021.

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.

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
----------------------------------	--------	-----	-----------	---------	--------------

Baricitinib (Olumiant)	comprimé de 2 mg	02480018	LIL	(SA)	PCF
---------------------------	------------------	----------	-----	------	-----

Indiqué pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérément à fortement évolutive, en association avec du méthotrexate ou d'autres antirhumatismes modificateurs de la maladie (ARMM), chez les patients adultes qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication au :

- méthotrexate (par voie orale ou parentérale), pris seul ou en association avec d'autres ARMM, à une dose supérieure ou égale à 20 mg par semaine (supérieure ou égale à 15 mg si le patient est âgé de 65 ans ou plus) pendant au moins 12 semaines; et
- méthotrexate en association avec au moins deux autres ARMM, tels que l'hydroxychloroquine et la sulfasalazine, pendant au moins 12 semaines.

Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Une réponse optimale au traitement par ARMM peut prendre jusqu'à 24 semaines. Toutefois, si aucune amélioration n'est perçue après 12 semaines de trithérapie avec ARMM, la couverture peut être envisagée.
3. Si le patient présente une intolérance à la trithérapie avec ARMM, cette dernière doit être décrite et une double thérapie avec ARMM doit être entreprise.
4. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
5. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Quantité maximale approuvée : 2 mg une fois par jour.
- L'approbation initiale : 6 mois.
- L'approbation de renouvellement : 1 an. Une confirmation de la réponse au traitement est requise.

Darolutamide (Nubeqa)	comprimé pelliculé de 300 mg	02496348	BAY	(SA)	PCF
--------------------------	------------------------------	----------	-----	------	-----

En association avec un traitement anti-androgénique (TAA) pour le traitement du cancer de la prostate non métastatique résistant à la castration chez les patients dont le temps de doublement de l'antigène prostatique spécifique est de 10 mois ou moins malgré un traitement anti-androgénique en continu (c'est-à-dire qui présentent un risque élevé de métastases).

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 le darolutamide.
3. Les patients doivent avoir un bon indice de performance.
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 le darolutamide ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement par l'apalutamide ou l'enzalutamide.
- Période d'approbation 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 :

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Ozamimod (Zeposia)	capsule de 0,23 mg, 0,46 mg (trousse de départ)	02506009	CEL	Pour le traitement des patients atteints de sclérose en plaques récurrente-rémittente.
	capsule de 0,92 mg	02505991		
Ustekinumab (Stelara)	seringue préremplie de 90 mg/mL	02320681	JAN	Pour le traitement de a colite ulcéreuse.
	solution pour perfusion intraveineuse de 5 mg /mL	02459671		

Bulletin n° 1060

Le 31 août 2021

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 2021, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 21 septembre 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 21 septembre 2021, 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 31 août 2021.
- 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 2021. Avant le 21 septembre 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 31 août 2021.

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

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Darifénacine						
Co.L.P.	Orl	7,5 mg	Enablex Apo-Darifenacin	02273217 02452510	SLP APX	(SA) 1.5600 1.2087
		15 mg	Enablex Apo-Darifenacin	02273225 02452529	SLP APX	(SA) 1.5600 1.2087
Élétriptan						
Co.	Orl	20 mg	Eletriptan	02511266	SAS	ADEFGV 2.6172
		40 mg	Eletriptan	02511274	SAS	ADEFGV 2.6172
Escitalopram						
Co.	Orl	15 mg	Kye-Escitalopram	02512653	KYE	ADEFGV 0.3210
Indométhacine						
Caps	Orl	50 mg	Auro-Indomethacin	02499223	ARO	ADEFGV 0.1234
Lévétiracétam						
Co.	Orl	250 mg	Mint-Levetiracetam	02442388	MNT	ADEFGV 0.3210
		500 mg	Mint-Levetiracetam	02442396	MNT	ADEFGV 0.3911
		750 mg	Mint-Levetiracetam	02442418	MNT	ADEFGV 0.5416
Méropénem						
Pds.	Inj	500 mg	Meropenem for Injection	02493330	STR	ADEFGVW 9.2225
Ondansétron						
Liq	Inj	2 mg/mL	Ondansetron Hydrochloride Dihydrate	02274418		
			Ondansetron Injection USP	02279436	SDZ	W (SA) 3.4552
			Ondansetron Injection USP (PF)	02279428		
Sulfate Ferreux						
Liq	Orl	150 mg / 5 mL	Jamp-Ferrous Sulfate	80008295	JPC	AEFGV 0.0272
Timolol / Dorzolamide						
Liq	Oph	0,5% / 2%	Cosopt PF	02258692	ELV	ADEFGV 1.9887
Zolmitriptan						
Co.	Orl	2,5 mg	Auro-Zolmitriptan	02481030	ARO	ADEFGV 3.4292

Ajout temporaire de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Co.	Orl	50 mg	Propylthiouracil	09858135	ARN	ADEFGV 0.5000

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Aténolol / Chlorthalidone							
Co.	Orl	50 mg / 25 mg	AA-Atenidone	02248763	AAP	ADEFGV	0.5342
		100 mg / 25 mg	AA-Atenidone	02248764	AAP	ADEFGV	0.8755
Carbamazépine							
Co.L.L.	Orl	200 mg	pms-Carbamazepine	02231543	PMS	ADEFGV	0.2563
			Sandoz Carbamazepine CR	02261839	SDZ		
		400 mg	pms-Carbamazepine	02231544	PMS	ADEFGV	0.5126
			Sandoz Carbamazepine CR	02261847	SDZ		
Diclofénac							
Supp.	Rt	50 mg	pms-Difenac	02231506	PMS	ADEFGV	0.8545
			Sandoz Diclofenac	02261928	SDZ		
Indométhacine							
Caps	Orl	50 mg	Mint-Indomethacin	02461536	MNT	ADEFGV	0.1234
			Teva-Indomethacin	00337439	TEV		
Norfloxacin							
Co.	Orl	400 mg	Norfloxacin	02229524	AAP	ADEFGVW	1.8586
Timolol							
Gttes	Oph	0,5%	Apo-Timop	00755834	APX	ADEFGV	1.2140
			Jamp-Timolol	02447800	JPC		
			Sandoz Timolol Maleate	02166720	SDZ		
Tobramycine							
Liq	Inj	40 mg/mL	Tobramycin Injection USP	02241210	SDZ	ABDEFGVW	2.2500
Travoprost							
Liq	Oph	0,004%	Apo-Travoprost Z	02415739	APX	ADEFGV	5.7520
			Sandoz Travoprost	02413167	SDZ		

Bulletin n° 1061

Le 16 septembre 2021

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 septembre 2021.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Rappel - Initiative sur les biosimilaires

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

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Giltéritinib (Xospata)	comprimé de 40 mg	02495058	ASL	(SA)	PCF
<p>En monothérapie pour le traitement des patients adultes atteints d'une leucémie myéloïde aiguë récidivante ou réfractaire exprimant une mutation du gène de la tyrosine kinase-3 de type FMS (FLT3) et qui répondent à tous les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confirmation de la présence de la mutation FLT3 au moment de la rechute ou de la détermination de la maladie réfractaire • Présence d'une mutation de type FLT3-ITD, FLT3-TKD/D835 ou FLT3-TKD/I836 <p>Critères de renouvellement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confirmation écrite que le patient répond au traitement. <p><u>Notes cliniques :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le patient doit présenter un bon indice de performance. 2. Le traitement doit être poursuivi aussi longtemps qu'il apporte des bienfaits cliniques ou jusqu'à l'apparition d'une toxicité inacceptable. <p><u>Notes pour les demandes de règlement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Période d'approbation initiale : 6 mois. • Période d'approbation du renouvellement : 6 mois. • Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué ici. 					

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Critère révisé Duloxétine (Cymbalta et marques génériques)	capsule de 30 mg capsule de 60 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		(SA)	PAM
<p>Douleur chronique Pour le traitement des patients souffrant de douleur chronique.</p> <p><u>Note pour les demandes de règlement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La dose maximale remboursée est de 60 mg par jour. 					

**Nouvelle forme
pharmaceutique**

Dupilumab
(Dupixent)

stylo prérempli de
300 mg / 2 mL

02510049

SAV

(SA)

PCF

Pour le traitement de la dermatite atopique modérée à grave chez les patients âgés de 12 ans et plus qui répondent à tous les critères suivants :

- Sont réfractaires ou présentent des contre-indications à un essai adéquat de traitements topiques sur ordonnance
- Sont réfractaires, intolérants ou présentent des contre-indications à un essai adéquat de photothérapie (lorsqu'elle est disponible), de méthotrexate et de cyclosporine
- Ont un score initial d'évaluation globale du médecin de 3 ou plus et un indice de zone et de gravité de l'eczéma de 7,1 ou plus

Critères de renouvellement :

- Les demandes de renouvellement doivent fournir la preuve des bienfaits cliniques définis comme une amélioration de 75 % ou plus par rapport à la valeur initiale de l'indice de zone et de gravité de l'eczéma (EASI-75) six mois après le début du traitement.
- Une preuve du maintien de la réponse EASI-75 par rapport à la valeur initiale doit être fournie pour les autorisations subséquentes.

Note clinique :

- Le médicament ne doit pas être utilisé en association avec la photothérapie ou des médicaments immunosuppresseurs (p. ex., méthotrexate, cyclosporine).

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue.
 - Quantité maximale approuvée de 600 mg à la semaine 0, suivie de 300 mg toutes les deux semaines par la suite.
 - Période d'approbation initiale : 6 mois.
 - Période d'approbation du renouvellement : 1 an.
-

Rappel – Initiative sur les biosimilaires

L'initiative sur les biosimilaires, annoncés dans le [Bulletin 1050 - Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick](#), prévoit de faire passer les patients qui utilisent certains médicaments biologiques d'origine à une version biosimilaire afin de conserver leur couverture en vertu des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

À titre de rappel, **la couverture des médicaments biologiques d'origine énumérés dans le tableau ci-dessous se terminera le 30 novembre 2021** ou à la dernière journée de l'autorisation spéciale en cours, selon la première éventualité.

Médicament	Produit d'origine (À remplacer)	Produit biosimilaire (Remplacer par)
Adalimumab	Humira	Idacio Amgevita Hadlima Hyrimoz Hulio
Étanercept	Enbrel	Brenzys Erelzi
Infliximab	Remicade	Inflectra Renflexis Avsola
Insuline glargine	Lantus	Basaglar
Insuline lispro	Humalog	Admelog
Rituximab	Rituxan	Ruxience Truxima Riximyo
Glatiramère	Copaxone	Glatect

D'autres renseignements et ressources, dont le Guide pour les prescripteurs et les professionnels de la santé et le Guide du patient de l'Initiative visant les médicaments biosimilaires, sont accessibles en ligne à www.gnb.ca/biosimilaires.

Bulletin n° 1062

Le 30 septembre 2021

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 2021, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 21 octobre 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 21 octobre 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 21 octobre 2021. Avant le 21 octobre 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 30 septembre 2021.
- Produits retirés du formulaire
 - Les produits seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 21 octobre 2021.

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

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM	
Amlodipine							
Co.	Orl	2,5 mg	M-Amlodipine	02468018	MRA	ADEFGV	0.0767
		5 mg	M-Amlodipine pms-Amlodipine	02468026 02284065	MRA PMS	ADEFGV	0.1343
		10 mg	M-Amlodipine pms-Amlodipine	02468034 02284073	MRA PMS	ADEFGV	0.1993
Atorvastatine							
Co.	Orl	10 mg	M-Atorvastatin	02471167	MRA	ADEFGV	0.1743
		20 mg	M-Atorvastatin	02471175	MRA	ADEFGV	0.2179
		40 mg	M-Atorvastatin	02471183	MRA	ADEFGV	0.2342
		80 mg	M-Atorvastatin	02471191	MRA	ADEFGV	0.2342
Azithromycine							
Co.	Orl	250 mg	M-Azithromycin	02502038	MRA	ABDEFGVW	0.9410
Célécoxib							
Caps	Orl	100 mg	M-Celecoxib	02495465	MRA	ADEFGV	0.1279
		200 mg	M-Celecoxib	02495473	MRA	ADEFGV	0.2558
Cinacalcet							
Co.	Orl	30 mg	M-Cinacalcet	02481987	MRA	ADEFGV	2.7418
		60 mg	M-Cinacalcet	02481995	MRA	ADEFGV	4.9995
		90 mg	M-Cinacalcet	02482002	MRA	ADEFGV	7.2752
Clarithromycine							
Co.	Orl	250 mg	M-Clarithromycin	02471388	MRA	ABDEFGVW	0.4122
		500 mg	Clarithromycin M-Clarithromycin	02466139 02471396	SAS MRA	ABDEFGVW	0.8318
Clindamycine							
Caps	Orl	150 mg	M-Ciindamycin	02479923	MRA	ADEFGVW	0.2217
		300 mg	M-Ciindamycin	02479931	MRA	ADEFGVW	0.4434
Clopidogrel							
Co.	Orl	75 mg	M-Clopidogrel	02502283	MRA	ADEFV	0.2631
Clozapine							
Co.	Orl	50 mg	Clozaril	02490668	HLS	ADEFGV	1.3188

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Clozapine							
Co.	Orl	200 mg	Clozaril	02490676	HLS	ADEFGV	5.2892
Desmopressine							
Co.	Orl	0,1 mg	pms-Desmopressin	02304368	PMS	DEF-18G (SA)	0.6609
Donépézil							
Co.	Orl	5 mg	M-Donepezil	02467453	MRA	(SA)	0.4586
		10 mg	M-Donepezil	02467461	MRA	(SA)	0.4586
Escitalopram							
Co.	Orl	10 mg	M-Escitalopram	02471418	MRA	ADEFGV	0.3109
		20 mg	M-Escitalopram	02471426	MRA	ADEFGV	0.3310
Ézétimibe							
Co.	Orl	10 mg	M-Ezetimibe	02467437	MRA	ADEFGV	0.1811
Hyoscine							
Co.	Orl	10 mg	Buscopan	00363812	SNC	ADEFVW	0.3550
			Accel-Hyoscine	02512335	ACC		0.2711
Lamivudine							
Co.	Orl	100 mg	Jamp-Lamivudine HBV	02512467	JPC	(SA)	2.6154
Lénalidomide							
Caps	Orl	2,5 mg	Revlimid	02459418	CEL	(SA)	329.5000
			Apo-Lenalidomide	02507927	APX		82.3750
			Nat-Lenalidomide	02493837	NAT		
			Reddy-Lenalidomide	02484714	RCH		
		5 mg	Revlimid	02304899	CEL	(SA)	340.0000
			Apo-Lenalidomide	02507935	APX		85.0000
			Nat-Lenalidomide	02493845	NAT		
			Reddy-Lenalidomide	02483017	RCH		
		10 mg	Revlimid	02304902	CEL	(SA)	361.0000
			Apo-Lenalidomide	02507943	APX		90.2500
			Nat-Lenalidomide	02493861	NAT		
			Reddy-Lenalidomide	02483025	RCH		
		15 mg	Revlimid	02317699	CEL	(SA)	382.0000
			Apo-Lenalidomide	02507951	APX		95.5000
			Nat-Lenalidomide	02493888	NAT		
			Reddy-Lenalidomide	02483033	RCH		

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Lénalidomide							
Caps	Orl	20 mg	Revlimid	02440601	CEL		403.0000
			Apo-Lenalidomide	02507978	APX	(SA)	
			Nat-Lenalidomide	02493896	NAT		100.7500
			Reddy-Lenalidomide	02483041	RCH		
		25 mg	Revlimid	02317710	CEL		424.0000
			Apo-Lenalidomide	02507986	APX	(SA)	
			Nat-Lenalidomide	02493918	NAT		106.0000
			Reddy-Lenalidomide	02483068	RCH		
Létrozole							
Co.	Orl	2,5 mg	Mint-Letrozole	02508109	MNT	ADEFV	1.3780
Lévofloxacine							
Co.	Orl	250 mg	Mint-Levofloxacin	02505797	MNT	VW (SA)	1.2038
		500 mg	Mint-Levofloxacin	02505819	MNT	VW (SA)	1.3718
Métoclopramide							
Co.	Orl	5 mg	Mar-Metoclopramide	02517795	MAR	ADEFGVW	0.0514
Olmésartan / Hydrochlorothiazide							
Co.	Orl	20 mg / 12,5 mg	NRA-Olmesartan HCTZ	02508273	NRA	ADEFGV	0.3019
		40 mg / 12,5 mg	NRA-Olmesartan HCTZ	02508281	NRA	ADEFGV	0.3019
		40 mg / 25 mg	NRA-Olmesartan HCTZ	02508303	NRA	ADEFGV	0.3019
Paroxétine							
Co.	Orl	10 mg	M-Paroxetine	02467402	MRA	ADEFGV	0.3046
		20 mg	M-Paroxetine	02467410	MRA	ADEFGV	0.3250
		30 mg	M-Paroxetine	02467429	MRA	ADEFGV	0.3453
Perindopril							
Co.	Orl	2 mg	M-Perindopril Erbumine	02482924	MRA	ADEFGV	0.1632
		4 mg	M-Perindopril Erbumine	02482932	MRA	ADEFGV	0.2042
		8 mg	M-Perindopril Erbumine	02482940	MRA	ADEFGV	0.2831
Pravastatine							
Co.	Orl	10 mg	M-Pravastatin	02476274	MRA	ADEFGV	0.2916
		20 mg	M-Pravastatin	02476282	MRA	ADEFGV	0.3440
		40 mg	M-Pravastatin	02476290	MRA	ADEFGV	0.4143

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM			
Prégabaline									
Caps	Orl	25 mg	Ach-Pregabalin	02449838	AHI	ADEFGVW	0.1481		
			M-Pregabalin	02467291	MRA				
		50 mg	Ach-Pregabalin	02449846	AHI			ADEFGVW	0.2324
			M-Pregabalin	02467305	MRA				
		75 mg	Ach-Pregabalin	02449854	AHI			ADEFGVW	0.3007
			M-Pregabalin	02467313	MRA				
150 mg	M-Pregabalin	02467321	MRA	ADEFGVW	0.4145				
225 mg	Ach-Pregabalin	02449897	AHI	ADEFGVW	0.5757				
300 mg	Ach-Pregabalin	02449900	AHI	ADEFGVW	0.4145				
Quétiapine									
Co.	Orl	25 mg	Apo-Quetiapine Fumarate	02501635	APX	ADEFGVW	0.0494		
			100 mg	Apo-Quetiapine Fumarate	02501643	APX	ADEFGVW	0.1318	
			200 mg	Apo-Quetiapine Fumarate	02501651	APX	ADEFGVW	0.2647	
			300 mg	Apo-Quetiapine Fumarate	02501678	APX	ADEFGVW	0.3863	
Co.L.P.	Orl	50 mg	NRA-Quetiapine XR	02510677	NRA	ADEFGVW	0.2501		
			150 mg	NRA-Quetiapine XR	02510685	NRA	ADEFGVW	0.4926	
			200 mg	NRA-Quetiapine XR	02510693	NRA	ADEFGVW	0.6661	
			300 mg	NRA-Quetiapine XR	02510707	NRA	ADEFGVW	0.9776	
			400 mg	NRA-Quetiapine XR	02510715	NRA	ADEFGVW	1.3270	
Rosuvastatine									
Co.	Orl	5 mg	M-Rosuvastatin	02496534	MRA	ADEFGV	0.1284		
			10 mg	M-Rosuvastatin	02496542	MRA	ADEFGV	0.1354	
			20 mg	M-Rosuvastatin	02496550	MRA	ADEFGV	0.1692	
			40 mg	M-Rosuvastatin	02496569	MRA	ADEFGV	0.1990	
Ténofovir									
Co.	Orl	300 mg	Tenofovir Disoproxil Fumarate	02512327	SAS	ADEFGUV	4.8884		
Venlafaxine									
Caps.L.L.	Orl	37,5 mg	M-Venlafaxine XR	02471280	MRA	ADEFGV	0.0913		

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM	
Venlafaxine Caps.L.L. Orl						
	75 mg	M-Venlafaxine XR	02471299	MRA	ADEFGV	0.1825
	150 mg	M-Venlafaxine XR	02471302	MRA	ADEFGV	0.1927

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM	
Lamivudine Co. Orl						
	100 mg	Apo-Lamivudine HBV	02393239	APX	(SA)	2.6154
Métoclopramide Co. Orl						
	5 mg	Metonia	02230431	PDP	ADEFGVW	0.0514
Nabilone Caps Orl						
	1 mg	pms-Nabilone Teva-Nabilone	02380919 02384892	PMS TEV	ADEFVW	3.6669

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	
Produit retiré du marché					
Nabilone Caps Orl					
	1 mg	Act Nabilone	02393603	TEV	ADEFVW

Bulletin n° 1063

Le 14 octobre 2021

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 14 octobre 2021.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Rappel - Initiative sur les biosimilaires

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

Ajouts aux garanties régulières

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Citrate de potassium (K-Lyte, Jamp-K effervescent)	comprimé effervescent de 25 mEq	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		ADEFGV	PAM

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Éléxacaftor / Tézacaftor / Ivacaftor et Ivacaftor (Trikafta)	comprimé de 100 mg / 50 mg / 75 mg et comprimé de 150 mg	02517140	VER	(SA)	PCF

Pour le traitement des patients de 12 ans et plus qui présentent au moins une mutation F508del du gène régulateur de la perméabilité transmembranaire de la fibrose kystique (gène CFTR) et un volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) inférieur ou égal à 90 % de la valeur prédite.

Critères de renouvellement initial :

Le patient doit répondre à l'un des critères suivants :

- Augmentation d'au moins 5 % du pourcentage de la valeur prédite du VEMS par rapport à la valeur initiale.
- Diminution du nombre total de jours de traitement par des antibiotiques par voie orale et/ou intraveineuse pour des exacerbations pulmonaires par rapport à la période de six mois précédant le début du traitement.
- Diminution du nombre total d'exacerbations pulmonaires nécessitant l'administration d'antibiotiques par voie orale et/ou intraveineuse par rapport à la période de six mois précédant le début du traitement.
- Diminution du nombre d'hospitalisations liées à la fibrose kystique par rapport à la période de six mois précédant le début du traitement.
- Aucune diminution de l'indice de masse corporelle (IMC) après six mois de traitement par rapport à la valeur initiale.
- Augmentation de 4 points ou plus du score respiratoire au questionnaire modifié sur la fibrose kystique (CFQ-R) par rapport à la valeur initiale.

Critères de renouvellement subséquent :

- Une preuve que le patient continue de tirer des bienfaits du traitement doit être fournie (p. ex. : VEMS en pourcentage de la valeur prédite, score CFQ-R, exacerbations pulmonaires).

Notes cliniques :

1. Les valeurs initiales suivantes doivent être fournies avant le début du traitement :
 - VEMS et VEMS en pourcentage de la valeur prédite mesurés par spirométrie dans la période de trois mois précédant le début du traitement

- Nombre total de jours de traitement par des antibiotiques par voie orale et/ou intraveineuse pour des exacerbations pulmonaires dans la période de six mois précédant le début du traitement
 - Nombre total d'exacerbations pulmonaires ayant nécessité l'administration d'antibiotiques par voie orale et/ou intraveineuse dans la période de six mois précédant le début du traitement
 - Nombre d'hospitalisations liées à la fibrose kystique dans la période de six mois précédant le début du traitement
 - IMC
 - Score respiratoire au CFQ-R
2. Les demandes ne seront pas admissibles dans le cas des patients qui ont subi une transplantation pulmonaire.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes des personnes inscrites aux régimes A, D, E, F, G et V seront examinées.
- Le patient doit être sous les soins d'un médecin ayant l'expérience du diagnostic et de la prise en charge de la fibrose kystique.
- L'utilisation combinée de plus d'un modulateur de la perméabilité transmembranaire de la fibrose kystique ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation initiale : 7 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.
- Les demandes de remboursement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

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

Entrectinib
(Rozlytrek)

capsule de 100 mg	02495007	HLR	(SA)	PCF
capsule de 200 mg	02495015			

En monothérapie pour le traitement de première intention des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé (incurable) ou métastatique ROS1-positif.

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

Prasugrel
(Jamp Prasugrel)

comprimé de 10 mg

02502429

JPC

(SA)

PAM

En association avec l'AAS chez les patients :

- présentant une angine de poitrine instable (API) ou un infarctus du myocarde sans sus-décalage du segment ST (NSTEMI) pris en charge par une intervention coronarienne percutanée (ICP); ou
- présentant un infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST (STEMI) pris en charge par une ICP primaire ou différée; ou
- dont le traitement par le clopidogrel et l'AAS s'est traduit par un échec, défini par une thrombose certaine de l'endoprothèse ou la récurrence du STEMI, du NSTEMI ou de l'API après une revascularisation par une ICP.

Note clinique :

- Selon l'Academic Research Consortium, la thrombose certaine de l'endoprothèse est une occlusion totale ou un thrombus visible dans l'endoprothèse ou à moins de 5 mm de celle-ci, en présence d'un syndrome ischémique clinique aigu en l'espace de 48 heures.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par un cardiologue du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Période d'approbation : 1 an.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Critère révisé Ticagrélor (Brilinta)	comprimé de 90 mg	02368544	AZE	(SA)	PCF

En association avec l'AAS chez les patients atteints d'un syndrome coronarien aigu (c.-à-d. infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST [STEMI], infarctus du myocarde sans sus-décalage du segment ST [NSTEMI] ou angine de poitrine instable [API]), qui répondent à l'un des critères suivants :

- Patients présentant un STEMI, un NSTEMI ou une API pris en charge par une intervention coronarienne percutanée (ICP) primaire;
- Patients présentant une NSTEMI ou une API, sans égard à l'intention de réaliser une revascularisation, en présence de l'une des caractéristiques à risque élevé suivantes :
 - Score de risque GRACE élevé (> 140);
 - Score de risque TIMI élevé (5-7);
 - Deuxième syndrome coronarien aigu en moins de 12 mois;
 - Maladie coronarienne complexe ou étendue (p. ex., maladie tritronculaire de nature diffuse);
 - Maladie cérébrovasculaire ou maladie vasculaire périphérique certaine documentée;
 - Pontage aortocoronarien antérieur;
- Échec du traitement par le clopidogrel et l'AAS, défini par une thrombose certaine de l'endoprothèse ou la récurrence du STEMI, du NSTEMI ou de l'API après une revascularisation par une ICP.

Note clinique :

- Selon l'Academic Research Consortium, la thrombose certaine de l'endoprothèse est une occlusion totale ou un thrombus visible dans l'endoprothèse ou à moins de 5 mm de celle-ci, en présence d'un syndrome ischémique clinique aigu en l'espace de 48 heures.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par un cardiologue du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Période d'approbation : 1 an.

Nouvelle forme pharmaceutique

Vedolizumab
(Entyvio)

seringue préremplie de 108 mg/0,68 mL	02497875			
stylo prérempli de 108 mg/0,68 mL	02497867	TAK	(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 supérieur à 4, et le sous-score de saignement rectal est supérieur ou égal à 2, et qui sont :
 - Réfractaires ou intolérants au traitement traditionnel (c.-à-d., aminosalicylates pour un minimum de quatre semaines et prednisone supérieur ou égal à 40 mg tous les jours pendant 2 semaines ou l'équivalent en IV pendant une semaine); ou
 - Dépendants des corticostéroïdes (c.-à-d., les patients ne peuvent pas réduire la dose de corticostéroïdes sans que la maladie ne récidive; ou qui ont eu une rechute dans les 3 mois suivant l'arrêt des corticostéroïdes; ou qui doivent recevoir 2 séries de doses de corticostéroïdes ou plus par année).
- Les demandes de renouvellement doivent comprendre les renseignements présentant les effets bénéfiques du traitement, plus précisément :
 - Une diminution du score Mayo partiel supérieur ou égal à 2 depuis l'évaluation initiale; et
 - Une diminution du sous-score de saignement rectal supérieur ou égal à 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 supérieur à 6).
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués cidessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires ou de contre-indications aux traitements tels que définis dans la monographie du produit. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin avec une spécialité en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Perfusion intraveineuse : Quantité maximale approuvée de 300 mg aux semaines 0, 2 et 6, puis de 300 mg toutes les huit semaines.
- Injection sous-cutanée : Quantité maximale approuvée de 108 mg toutes les deux semaines après au moins deux perfusions intraveineuses de vedolizumab.

- Période d'approbation initiale : 14 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Maladie de Crohn

Pour le traitement des patients adultes souffrant de la maladie de Crohn modérée à grave qui ont des contre-indications ou qui sont réfractaires à un traitement avec corticostéroïdes et d'autres traitements immunosuppresseurs.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin avec une spécialité en gastroentérologie.
 - L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
 - Perfusion intraveineuse : Quantité maximale approuvée de 300 mg aux semaines 0, 2 et 6, puis de 300 mg toutes les huit semaines.
 - Injection sous-cutanée : Quantité maximale approuvée de 108 mg toutes les deux semaines après au moins deux perfusions intraveineuses de vedolizumab.
 - Période d'approbation initiale : 14 semaines.
 - Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.
-

Rappel – Initiative sur les biosimilaires

L'initiative sur les biosimilaires, annoncés dans le [Bulletin 1050 - Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick](#), prévoit de faire passer les patients qui utilisent certains médicaments biologiques d'origine à une version biosimilaire afin de conserver leur couverture en vertu des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

À titre de rappel, **la couverture des médicaments biologiques d'origine énumérés dans le tableau ci-dessous se terminera le 30 novembre 2021** ou à la dernière journée de l'autorisation spéciale en cours, selon la première éventualité.

Médicament	Produit d'origine (À remplacer)	Produit biosimilaire (Remplacer par)
Adalimumab	Humira	Idacio Amgevita Hadlima Hyrimoz Hulio
Étanercept	Enbrel	Brenzys Erelzi
Infliximab	Remicade	Inflectra Renflexis Avsola
Insuline glargine	Lantus	Basaglar
Insuline lispro	Humalog	Admelog
Rituximab	Rituxan	Ruxience Truxima Riximyo
Glatiramère	Copaxone	Glatect

D'autres renseignements et ressources, dont le Guide pour les prescripteurs et les professionnels de la santé et le Guide du patient de l'Initiative visant les médicaments biosimilaires, sont accessibles en ligne à www.gnb.ca/biosimilaires.

Bulletin n° 1064

Le 28 octobre 2021

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 28 octobre 2021, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 18 novembre 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 18 novembre 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 18 novembre 2021. Avant le 18 novembre 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 28 octobre 2021.

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

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM	
Céfazoline							
Pds.	Inj	10 g	Cefazolin for Injection	02108135	TEV	ADEFGVW	30.1539
Dasatinib							
Co.	Orl	20 mg	Reddy-Dasatinib	02514737	RCH	(SA)	9.6713
		50 mg	Reddy-Dasatinib	02514745	RCH	(SA)	19.4642
		70 mg	Reddy-Dasatinib	02514753	RCH	(SA)	21.4511
		80 mg	Reddy-Dasatinib	02514761	RCH	(SA)	34.5075
		100 mg	Reddy-Dasatinib	02514788	RCH	(SA)	38.9021
		140 mg	Reddy-Dasatinib	02514796	RCH	(SA)	83.4592
Duloxétine							
Caps.L.R.	Orl	30 mg	M-Duloxetine	02473208	MRA	(SA)	0.4814
		60 mg	M-Duloxetine	02473216	MRA	(SA)	0.9769
Famotidine							
Co.	Orl	20 mg	Jamp Famotidine	02507749	JPC	ADEFGV	0.2657
		40 mg	Jamp Famotidine	02507757	JPC	ADEFGV	0.4833
Fumarate de Diméthyle							
Caps.L.R.	Orl	120 mg	Tecfidera	02404508	BIG		17.4925
			Apo-Dimethyl Fumarate	02505762	APX		
			Jamp Dimethyl Fumarate	02516047	JPC	(SA)	
			Mar-Dimethyl Fumarate	02502690	MAR		4.4266
			pms-Dimethyl Fumarate	02497026	PMS		
			Sandoz Dimethyl Fumarate	02513781	SDZ		
		240 mg	Tecfidera	02420201	BIG		34.9852
			Apo-Dimethyl Fumarate	02505770	APX		
			Jamp Dimethyl Fumarate	02516055	JPC	(SA)	
			Mar-Dimethyl Fumarate	02502704	MAR		8.6888
			pms-Dimethyl Fumarate	02497034	PMS		
			Sandoz Dimethyl Fumarate	02513803	SDZ		
Lénalidomide							
Caps	Orl	2,5 mg	Sandoz Lenalidomide	02518562	SDZ	(SA)	82.3750
		5 mg	Sandoz Lenalidomide	02518570	SDZ	(SA)	85.0000
		10 mg	Sandoz Lenalidomide	02518589	SDZ	(SA)	90.2500
		15 mg	Sandoz Lenalidomide	02518597	SDZ	(SA)	95.5000

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM	
Lénalidomide							
Caps	Orl	20 mg	Sandoz Lenalidomide	02518600	SDZ	(SA)	100.7500
		25 mg	Sandoz Lenalidomide	02518619	SDZ	(SA)	106.0000
Lévétiracétam							
Co.	Orl	250 mg	pms-Levetiracetam	02296101	PMS	ADEFGV	0.3210
		500 mg	pms-Levetiracetam	02296128	PMS	ADEFGV	0.3911
		750 mg	pms-Levetiracetam	02296136	PMS	ADEFGV	0.5416
Montélukast							
Co.	Orl	10 mg	M-Montelukast	02488183	MRA	ADEFGV	0.4231
Ténofovir							
Co.	Orl	300 mg	Mint-Tenofovir	02512939	MNT	ADEFGUV	4.8884
Valsartan							
Co.	Orl	40 mg	Valsartan	02384523	SIV	ADEFGV	0.2211
		80 mg	Valsartan	02384531	SIV	ADEFGV	0.2159
		160 mg	Valsartan	02384558	SIV	ADEFGV	0.2159
		320 mg	Valsartan	02384566	SIV	ADEFGV	0.2098
Zopiclone							
Co.	Orl	5 mg	M-Zopiclone	02467941	MRA	ADEFGV	0.0990
		7,5 mg	M-Zopiclone	02467968	MRA	ADEFGV	0.1250

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM	
Dasatinib							
Co.	Orl	140 mg	Taro-Dasatinib	02499347	TAR	(SA)	83.4592

Bulletin n° 1065

Le 18 novembre 2021

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 novembre 2021.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Médicaments évalués et non-inscrits
- Mise à jour sur des quantités à indiquer dans les demandes de règlement
- Rappel - Initiative sur les biosimilaires

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

Ajouts aux garanties régulières

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Étonogestrel (Nexplanon)	implant sous-cutané de 68 mg	02499509	ORG	DEFGV	PCF
Insuline asparte (Trurapi)	cartouche de 100 U/mL	02506564	SAV	ADEFGV	PCF
	stylo prérempli SoloSTAR de 100 U/mL	02506572			

À compter du 18 novembre 2021, l'insuline asparte (Trurapi) sera ajoutée au Formulaire à titre régulier en vertu des régimes A, D, E, F, G et V.

Après cette date, les demandes de couverture pour les stylos et les cartouches préremplis NovoRapid ne seront plus acceptées. Les patients qui ont obtenu le remboursement d'une demande de règlement pour de l'insuline NovoRapid entre le 18 mai et le 17 novembre 2021 continueront d'être couverts pour les cartouches et les stylos préremplis NovoRapid jusqu'au 31 mai 2022.

L'autorisation spéciale n'est plus requise

Lacosamide (Vimpat et marques génériques)	comprimé de 50 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		ADEFGV	PAM
	comprimé de 100 mg				
	comprimé de 150 mg				
	comprimé de 200 mg				
Lanréotide (Somatuline autogel)	seringue préremplie de 60 mg / 0,2 mL	02283395	IPS	ADEFGV	PCF
	seringue préremplie de 90 mg / 0,3 mL	02283409			
	seringue préremplie de 120 mg / 0,5 mL	02283417			

Médicaments évalués et non-inscrits

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

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Pomalidomide (Pomalyst)	capsule de 1 mg	02419580	CEL	En association avec la dexaméthasone et le bortézomib pour le traitement des patients adultes atteints de myélome multiple récidivante ou réfractaire ayant déjà reçu au moins un traitement antérieur comprenant de la lénalidomide.
	capsule de 2 mg	02419599		
	capsule de 3 mg	02419602		
	capsule de 4 mg	02419610		
Sonidégib (Odomzo)	capsule de 200 mg	02500337	SUN	Pour le traitement des adultes atteints d'un carcinome basocellulaire localement avancé confirmé par un examen histologique qui ne peut pas être traité par une radiothérapie ou une intervention chirurgicale curative.
Trétinoïne (Retin-A Micro)	gel topique de 0,1%	02243914	BSL	Pour le traitement topique de l'acné vulgaire.
	gel topique de 0,04%	02264633		

Mise à jour sur des quantités à indiquer dans les demandes de règlement

À compter du 18 novembre 2021, les demandes de règlement pour le Lanréotide (Somatuline autogel) doivent être soumises au moyen du nombre de seringues dans le champ de la quantité. Ce changement s'appliquera à toutes les demandes de règlement visant des médicaments sur ordonnance achetés le 18 novembre 2021 ou ultérieurement. Toutes les demandes de règlement visant des médicaments sur ordonnance achetés avant cette date doivent utiliser le format précédent de quantité pour la soumission des demandes.

Pour connaître la quantité à indiquer dans les demandes de règlement d'un produit en particulier, veuillez vous reporter à la liste des prix admissibles maximums (PAM) et la liste des prix catalogues du fabricant (PCF) en cliquant sur le lien suivant : [Les listes de prix des médicaments et les politiques de prix.](#)

Rappel – Initiative sur les biosimilaires

L'initiative sur les biosimilaires, annoncés dans le [Bulletin 1050 - Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick](#), prévoit de faire passer les patients qui utilisent certains médicaments biologiques d'origine à une version biosimilaire afin de conserver leur couverture en vertu des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

À titre de rappel, **la couverture des médicaments biologiques d'origine énumérés dans le tableau ci-dessous se terminera le 30 novembre 2021** ou à la dernière journée de l'autorisation spéciale en cours, selon la première éventualité.

Médicament	Produit d'origine (À remplacer)	Produit biosimilaire (Remplacer par)
Adalimumab	Humira	Idacio Amgevita Hadlima Hyrimoz Hulio
Étanercept	Enbrel	Brenzys Erelzi
Infliximab	Remicade	Inflectra Renflexis Avsola
Insuline glargine	Lantus	Basaglar
Insuline lispro	Humalog	Admelog
Rituximab	Rituxan	Ruxience Truxima Riximyo
Glatiramère	Copaxone	Glatect

D'autres renseignements et ressources, dont le Guide pour les prescripteurs et les professionnels de la santé et le Guide du patient de l'Initiative visant les médicaments biosimilaires, sont accessibles en ligne à www.gnb.ca/biosimilaires.

Bulletin n° 1066

Le 30 novembre 2021

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 2021, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.

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

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Capécitabine Co. Orl 500 mg	Mint-Capécitabine	02508028	MNT	ADEFGV	1.5250
Ceftriaxone Pds. Inj 10 g	Ceftriaxone Sodium for Injection	02292297	SDZ	ADEFGVW	107.1000
Fumarate de Diméthyle Caps.L.R. Orl 120 mg	ACH-Dimethyl Fumarate	02495341	AHI	(SA)	4.4266
	ACH-Dimethyl Fumarate	02495368	AHI	(SA)	8.6888
Hydroxychloroquine Co. Orl 200 mg	NRA-Hydroxychloroquine	02511886	NRA	ADEFGV	0.1576
Lacosamide Co. Orl 50 mg	Lacosamide	02512874	SAS	ADEFGV	0.6313
	Lacosamide	02512882	SAS	ADEFGV	0.8750
	Lacosamide	02512890	SAS	ADEFGV	1.1763
	Lacosamide	02512904	SAS	ADEFGV	1.4500
Métoprolol Co.L.L. Orl 100 mg	Apo-Metoprolol SR	02285169	APX	ADEFGV	0.1782
Pirfénidone Co. Orl 267 mg	Jamp Pirfenidone	02514702	JPC	(SA)	6.7120
	Jamp Pirfenidone	02514710	JPC	(SA)	20.1360

Bulletin n° 1067

2 décembre 2021

Nouvelles au sujet des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Horaire des Fêtes 2021

Des représentants des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront présents selon cet horaire pendant la période des Fêtes 2021 :

Date	Heures d'ouverture
Vendredi 24 décembre	8 h à 12 h
Samedi 25 décembre	Fermé
Dimanche 26 décembre	Fermé
Lundi 27 décembre	Fermé
Mardi 28 décembre	8 h à 17 h (heures habituelles)
Mercredi 29 décembre	8 h à 17 h (heures habituelles)
Jeudi 30 décembre	8 h à 17 h (heures habituelles)
Vendredi 31 décembre	8 h à 17 h (heures habituelles)
Samedi 1 ^{er} janvier	Fermé
Dimanche 2 janvier	Fermé
Lundi 3 janvier	Fermé

Veuillez 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**.

Bulletin n° 1068

Le 15 décembre 2021

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 15 décembre 2021, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 5 janvier 2022, 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 5 janvier 2022, 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 5 janvier 2022. Avant le 5 janvier 2022, 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 15 décembre 2021.
- Produits retirés du formulaire
 - Les produits seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 5 janvier 2022.

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

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Atorvastatine							
Co.	Orl	80 mg	pmsc-Atorvastatin	02507269	PMS	ADEFGV	0.2342
Brimonidine							
Liq	Oph	0,2%	Brimonidine Tartrate	02515377	TLG	ADEFGV	1.1550
Buspirone							
Co.	Orl	10 mg	Jamp Buspirone	02509911	JPC	ADEFGV	0.2659
Capécitabine							
Co.	Orl	150 mg	Capecitabine	02514982	SAS	ADEFGV	0.4575
		500 mg	Capecitabine	02514990	SAS	ADEFGV	1.5250
Célécoxib							
Caps	Orl	100 mg	pmsc-Celecoxib	02517116	PMS	ADEFGV	0.1279
Diltiazem							
Caps.L.P.	Orl	120 mg	Diltiazem T	02516101	SAS	ADEFGV	0.2133
		180 mg	Diltiazem T	02516128	SAS	ADEFGV	0.2889
		240 mg	Diltiazem T	02516136	SAS	ADEFGV	0.3832
		300 mg	Diltiazem T	02516144	SAS	ADEFGV	0.4719
		360 mg	Diltiazem T	02516152	SAS	ADEFGV	0.5778
Évérolimus							
Co.	Orl	2,5 mg	pms-Everolimus	02504677	PMS	(SA)	50.6635
		5 mg	pms-Everolimus	02504685	PMS	(SA)	50.6635
		10 mg	pms-Everolimus	02504693	PMS	(SA)	50.6635
Méthotrexate							
Co.	Orl	2,5 mg	ACH-Methotrexate	02509067	AHI	ADEFGV	0.5027
Octréotide							
Pds.	Inj	10 mg	Sandostatin LAR	02239323	NVR	ADEFVW	1320.9300
			Octreotide for Injectable Suspension	02503751	TEV		990.6975
		20 mg	Sandostatin LAR	02239324	NVR	ADEFVW	1706.5800
			Octreotide for Injectable Suspension	02503778	TEV		1279.9350
		30 mg	Sandostatin LAR	02239325	NVR	ADEFVW	2189.5200
			Octreotide for Injectable Suspension	02503786	TEV		1642.1400
Paroxétine							
Co.	Orl	10 mg	Paroxetine	02282844	SAS	ADEFGV	0.3046

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Pirfénidone							
Caps	Orl	267 mg	Sandoz Pirfenidone	02488833	SDZ	(SA)	6.7120
Quétiapine							
Co.	Orl	25 mg	Jamp Quetiapine Fumarate	02390140	JPC	ADEFGVW	0.0494
		100 mg	Jamp Quetiapine Fumarate	02390159	JPC	ADEFGVW	0.1318
		200 mg	Jamp Quetiapine Fumarate	02390167	JPC	ADEFGVW	0.2647
		300 mg	Jamp Quetiapine Fumarate	02390175	JPC	ADEFGVW	0.3863
Vancomycin							
Pds.	Inj	5 g	Vancomycin Hydrochloride	02394642	SDZ	ABDEFGVW	294.9500

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Cefprozil							
Co.	Orl	250 mg	Taro-Cefprozil	02293528	SUN	ADEFGVW	1.7374
Évérolimus							
Co.	Orl	2,5 mg	Sandoz Everolimus	02492911	SDZ	(SA)	50.6635
			Teva-Everolimus	02463229	TEV		
		5 mg	Sandoz Everolimus	02492938	SDZ	(SA)	50.6635
			Teva-Everolimus	02463237	TEV		
		10 mg	Sandoz Everolimus	02492946	SDZ	(SA)	50.6635
			Teva-Everolimus	02463253	TEV		
Méthotrexate							
Co.	Orl	2,5 mg	Apo-Methotrexate	02182963	APX	ADEFVW	0.5027
			pms-Methotrexate	02170698	PMS		
Vérapamil							
Co.L.L.	Orl	240 mg	Mylan-Verapamil SR	02450496	MYL	ADEFGVW	1.7143

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes
Produit retiré du marché						
Vérapamil						
Co.L.L.	Orl	240 mg	Apo-Verap SR	2246895	APX	ADEFGVW

Bulletin n° 1069

Le 16 décembre 2021

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 décembre 2021.

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.

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Brolucizumab (Beovu)	seringue préremplie de 6 mg / 0,05 mL	02496976	NVR	(SA)	PCF
<p>Pour le traitement de la forme néovasculaire (humide) de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).</p> <p>Critères d'arrêt du traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduction de la meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) dans l'œil traité de 15 lettres ou plus lors de deux visites consécutives, attribuable à la DMLA en l'absence d'une autre maladie, ou • Réduction de la MAVC dans l'œil traité de 30 lettres ou plus par rapport à la mesure de référence et/ou au meilleur résultat enregistré, ou • Signe de détérioration de la morphologie de la lésion malgré un traitement optimal lors de trois visites consécutives. <p><u>Note clinique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La MAVC doit être fournie avec la demande initiale et avec les demandes de renouvellement subséquentes. <p><u>Notes pour les demandes de règlement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une demande de règlement initiale pouvant comprendre jusqu'à deux seringues préremplies (une seringue par œil traité) sera automatiquement remboursée si le médicament est prescrit par un ophtalmologiste au Nouveau-Brunswick. Si un traitement en continu est nécessaire, une demande d'autorisation spéciale doit être soumise. • Les autorisations seront accordées pour un maximum d'une seringue préremplie par œil toutes les 4 semaines pendant 12 semaines, puis d'une seringue préremplie par œil toutes les 8 semaines. • Période d'approbation : 1 an. 					
Cabotégavir (Vocabria)	comprimé de 30 mg	02497204	VIV	(SA)	PCF
Cabotégavir / Rilpivirine (Cabenuva)	trousse de dosage de 600 mg / 3 mL et 900 mg / 3 mL Trousse de dosage de 400 mg / 2 mL et 600 mg / 2 mL	02497247 02497220	VIV	(SA)	PCF
<p>Pour le traitement de l'infection par le VIH-1 chez les adultes présentant une suppression virologique stable (taux d'ARN du VIH-1 inférieur à 50 copies par ml).</p> <p><u>Notes pour les demandes de règlement :</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.

- Période d'approbation : long terme

Indacatérol / Mométasone
(Aectura Breezhaler)

poudre pour inhalation de 150 mcg / 80 mcg	02498685			
poudre pour inhalation de 150 mcg / 160 mcg	02498707	NVR	(SA)	PCF
poudre pour inhalation de 150 mcg / 320 mcg	02498693			

Pour le traitement de l'asthme chez les patients :

- dont l'état est stabilisé par un traitement associant un corticostéroïde en inhalation et un bêta2-agoniste à longue durée d'action; ou
- qui utilisent des doses optimales de corticostéroïdes en inhalation, mais dont l'état est encore mal maîtrisé.

Rituximab
(Riabni)

fiolle à usage unique de 10 mg/mL	02513447	AGA	(SA)	MLP
-----------------------------------	----------	-----	------	-----

Indiqué pour le traitement des patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde, de vascularite ou d'une autre maladie auto-immune.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un spécialiste.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
----------------------------------	--------	-----	-----------	---------	--------------

Critère révisé

Bupropion
(Zyban)

comprimé à 150 mg	02238441	BSL	(SA)	PCF
-------------------	----------	-----	------	-----

Pour l'abandon du tabac chez les adultes de 18 ans ou plus.

Notes cliniques :

1. Le patient doit participer à une forme de consultation pour l'abandon du tabac.
2. Pour en savoir plus sur l'abandon du tabac ou pour obtenir le formulaire de demande d'autorisation spéciale, visitez notre site Web [Thérapies d'abandon du tabac](#).

Notes pour les demandes de règlement :

- Un maximum de 12 semaines de traitement standard (168 comprimés) sera remboursé chaque année sans autorisation spéciale.

- Dans le cas des patients qui réussiront très probablement à cesser de fumer avec un traitement prolongé, une quantité supplémentaire de 168 comprimés pourrait être approuvée dans le cadre du processus d'autorisation spéciale.
- Les demandes visant un traitement de remplacement de la nicotine (timbre, gomme, pastille) destiné à être utilisé en association avec un médicament d'ordonnance pour l'abandon du tabac sans nicotine (varénicline ou bupropion) ne sont pas admissibles.
- Les demandes d'autorisation spéciale devront être soumises à l'aide du formulaire de demande d'autorisation spéciale Thérapie d'abandon du tabac.

Critère révisé

Nicotine
(marques génériques)

timbres à 7 mg			
timbres à 14 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits	(SA)	PAM
timbres à 21 mg			

Pour l'abandon du tabac.

Notes cliniques :

1. Le patient doit participer à une forme de consultation pour l'abandon du tabac.
2. Pour en savoir plus sur l'abandon du tabac ou pour obtenir le formulaire de demande d'autorisation spéciale, visitez notre site Web [Thérapies d'abandon du tabac](#).

Notes pour les demandes de règlement :

- Un maximum de 24 semaines de traitement standard (168 timbres et 960 morceaux de gomme de nicotine ou de pastilles de nicotine) sera remboursé chaque année sans autorisation spéciale.
- Les patients qui sont traités dans le cadre d'un programme ou d'une clinique qui participe au modèle d'Ottawa pourraient être admissibles à des timbres supplémentaires selon le degré de dépendance (p. ex., selon le nombre de cigarettes fumées avant de commencer le traitement d'abandon du tabac).
- Les demandes visant un traitement de remplacement de la nicotine (timbre, gomme, pastille) destiné à être utilisé en association avec un médicament d'ordonnance pour l'abandon du tabac sans nicotine (varénicline ou bupropion) ne sont pas admissibles.
- Les demandes d'autorisation spéciale devront être soumises à l'aide du formulaire de demande d'autorisation spéciale Thérapie d'abandon du tabac.

Critère révisé

Varénicline
(Champix et marques génériques)

comprimé à 0,5 mg			
comprimé à 1 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits	(SA)	PAM
Varénicline (Champix et marques génériques) trousse de départ comprimé à 0,5 mg, 1 mg			

Pour l'abandon du tabac chez les adultes de 18 ans ou plus.

Critère révisé

Fébuxostat (Uloric et marques génériques)	comprimé de 80 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits	(SA)	PAM
--	-------------------	---	------	-----

Pour le traitement de la goutte symptomatique chez les patients réfractaires, intolérants ou présentant une contre-indication à l'allopurinol.

Critère révisé

Lenvatinib (Lenvima)	4 mg/dose	02484056			
	8 mg/dose	02468220	EIS	(SA)	PCF
	12 mg/dose	02484129			

Carcinome hépatocellulaire avancé

Pour le traitement du carcinome hépatocellulaire non résécable comme traitement de première ou de deuxième intention après une progression de la maladie avec atezolizumab en association avec bevacizumab pour les patients qui répondent aux 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 que rien n'indique que la maladie a progressé.

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

Critère révisé

Sorafenib (Nexavar)	comprimé pelliculé de 200 mg	02284227	BAY	(SA)	PCF
------------------------	------------------------------	----------	-----	------	-----

Carcinome hépatocellulaire avancé

Pour le traitement du carcinome hépatocellulaire non résécable comme traitement de première ou de deuxième intention après la progression de la maladie avec atezolizumab en association avec bevacizumab, pour 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 demandes de règlement :

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

Critère révisé

Régorafénib
(Stivarga)

comprimé pelliculé de
40 mg

02403390

BAY

(SA)

PCF

Carcinome hépatocellulaire avancé

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

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

Critères de renouvellement :

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

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Les patients dont la maladie a progressé avec sorafenib doivent avoir toléré une dose minimale de 400 mg par jour pendant au moins 20 des 28 derniers jours de traitement.
- Les demandes visant le régorafénib ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement avec cabozantinib ou atezolizumab en association avec bevacizumab.
- Période d'approbation initiale : 4 mois
- Période d'approbation du renouvellement : 6 mois

Nouvelle indication

Abiratérone (Zytiga et marques génériques)	comprimé de 250 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits	(SA)	PCF
	comprimé de 500 mg			

En association avec un traitement anti-androgénique (TAA) pour le traitement des patients souffrant d'un cancer de la prostate métastatique sensible à la castration (CPSCm) qui n'ont jamais eu de TAA ou qui sont dans les 6 mois du début d'un TAA, pour un cancer métastatique.

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être interrompu en cas de progression de la maladie ou de toxicité inacceptable.

Notes pour les demandes de règlement :

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

Nouvelle indication

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

Carcinome hépatocellulaire avancé

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

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

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et qu'il continue de tirer des avantages cliniques du médicament.

Note clinique :

- Le traitement doit être poursuivi jusqu'à ce que le patient ne tire plus d'avantages cliniques ou présente une toxicité inacceptable.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant cabozantinib ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement avec régorafénib ou atezolizumab en association avec bevacizumab.
 - Période d'approbation initiale : 6 mois
 - Période d'approbation du renouvellement : 6 mois
-