

Bulletin n° 1070

Le 20 janvier 2022

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

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 20 janvier 2022.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

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

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

Ajouts aux garanties régulières

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Fénofibrate EZ (Lipidil EZ et marques génériques)	comprimé pelliculé de 48 mg comprimé pelliculé de 145 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		ADEFGV	PAM

L'autorisation spéciale n'est plus requise

Acide zolédronique (Aclasta et marques génériques)	flacon de 5 mg / 100 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

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Mométasone / Glycopyrronium / Indacatérol (Enerzair Breezhaler)	poudre sèche pour inhalation de 160 mcg / 50 mcg / 150 mcg	02501244	NVR	(SA)	PCF

Pour le traitement de l'asthme chez les patients dont l'état n'est pas bien maîtrisé par un corticostéroïde pour inhalation pris en dose intermédiaire ou élevée et un bêta2-agoniste à longue durée d'action et qui ont présenté une ou plusieurs exacerbations de l'asthme au cours des 12 derniers mois.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Nouvelle indication Apalutamide (Erleada)	comprimé de 60 mg	02478374	JAN	(SA)	PCF

Cancer de la prostate métastatique sensible à la castration

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

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

1. Les patients doivent avoir un bon indice de performance et aucun facteur de risque de crise d'épilepsie.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

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

Nouvelle indication

Enzalutamide
(Xtandi)

capsule de 40 mg 02407329 ASL (SA) PCF

Cancer de la prostate métastatique sensible à la castration

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

Critères de renouvellement :

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

Notes cliniques :

1. Les patients doivent avoir un bon indice de performance et aucun facteur de risque de crise d'épilepsie.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant l'enzalutamide ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement par l'apalutamide.
- 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
Liraglutide (Saxenda)	stylo prérempli de 6 mg/mL	02437899	NNO	Pour la gestion du poids à long terme chez les adultes.

Bulletin n° 1071

Le 31 janvier 2022

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 janvier 2022, 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 février 2022. Avant le 21 février 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 31 janvier 2022.
- Produits retirés du formulaire
 - Les produits seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 21 février 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
Alendronate						
Co.	Orl	70 mg	Riva-Alendronate	02270889	RIV	ADEFGV 2.1014
Anastrozole						
Co.	Orl	1 mg	Riva-Anastrozole	02392259	RIV	ADEFV 0.9522
Atorvastatine						
Co.	Orl	10 mg	Atorvastatin	02475022	RIV	ADEFGV 0.1743
			Atorvastatin	02348705	SAS	
		20 mg	Atorvastatin	02475030	RIV	ADEFGV 0.2179
			Atorvastatin	02348713	SAS	
		40 mg	Atorvastatin	02475049	RIV	ADEFGV 0.2342
			Atorvastatin	02348721	SAS	
		80 mg	Atorvastatin	02475057	RIV	ADEFGV 0.2342
			Atorvastatin	02348748	SAS	
Azithromycine						
Co.	Orl	250 mg	Riva-Azithromycin	02275309	RIV	ABDEFGVW 0.9410
Brimonidine						
Liq	Oph	0,2%	Med-Brimonidine	02507811	GMP	ADEFGV 1.1550
Bromazépam						
Co.	Orl	3 mg	Apo-Bromazepam	02177161	APX	ADEFGV 0.0897
		6 mg	Apo-Bromazepam	02177188	APX	ADEFGV 0.1310
Clindamycine						
Caps	Orl	150 mg	Riva-Clindamycin	02468476	RIV	ADEFGVW 0.2217
		300 mg	Riva-Clindamycin	02468484	RIV	ADEFGVW 0.4434
Desmopressine						
Co.	Orl	0,2 mg	pms-Desmopressin	02304376	PMS	DEF-18G (SA) 1.3216
Donépézil						
Co.	Orl	5 mg	Donepezil	02475278	RIV	(SA) 0.4586
		10 mg	Donepezil	02475286	RIV	(SA) 0.4586
Finastéride						
Co.	Orl	5 mg	Riva-Finasteride	02455013	RIV	ADEFGV 0.4138
Fumarate de Diméthyle						
Caps.L.R.	Orl	120 mg	GLN-Dimethyl Fumarate	02494809	GLM	(SA) 4.4266
		240 mg	GLN-Dimethyl Fumarate	02494817	GLM	(SA) 8.6888

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Létrozole							
Co.	Orl	2,5 mg	Riva-Letrozole	02398656	RIV	ADEFV	1.3780
Méropénem							
Pds.	Inj	1 g	Meropenem for Injection	02378795	SDZ	ADEFGVW	18.4450
Pantoprazole Sodique							
Co.Ent	Orl	20 mg	Jamp Pantoprazole Sodium	02392615	JPC	ADEFGV	0.1803
Pipéracilline / Tazobactam							
Pds.	Inj	12 g / 1,5 g	Piperacillin and Tazobactam	02330547	SDZ	ABDEFGVW	67.5000
Telmisartan							
Co.	Orl	40 mg	NRA-Telmisartan	02503794	NRA	ADEFGV	0.2161
		80 mg	NRA-Telmisartan	02503808	NRA	ADEFGV	0.2161
Ursodiol							
Co.	Orl	250 mg	Ursodiol C	02515520	SAS	ADEFGV	0.3818
		500 mg	Ursodiol C	02515539	SAS	ADEFGV	0.7242

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Bromazépam							
Co.	Orl	3 mg	Teva-Bromazepam	02230584	TEV	ADEFGV	0.0897
		6 mg	Teva-Bromazepam	02230585	TEV	ADEFGV	0.1310
Exemestane							
Co.	Orl	25 mg	Act Exemestane	02390183	TEV		
			Med-Exemestane	02407841	GMP	ADEFV	1.2947
			Teva-Exemestane	02408473	TEV		
Médroxyprogestérone							
Co.	Orl	2,5 mg	Apo-Medroxy	02244726	APX		
			Teva-Medroxyprogesterone	02221284	TEV	ADEFGV	0.1183
Morphine							
Co.L.L.	Orl	15 mg	Sandoz Morphine SR	02244790	SDZ		
			Teva-Morphine SR	02302764	TEV	ADEFGVW	0.4145
Pindolol							
Co.	Orl	5 mg	Apo-Pindol	00755877	APX		
			Teva-Pindolol	00869007	TEV	ADEFGV	0.3699

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Pindolol							
Co.	Orl	10 mg	Apo-Pindol Teva-Pindolol	00755885 00869015	APX TEV	ADEFGV	0.6315
Rizatriptan							
Co.	Orl	5 mg	Apo-Rizatriptan Jamp-Rizatriptan IR	02393468 02429233	APX JPC	ADEFGV	7.4100
Timolol							
Gttes	Oph	0,25%	Sandoz Timolol Maleate	02166712	SDZ	ADEFGV	2.3503

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes
Produit retiré du marché						
Rizatriptan						
Co.	Orl	5 mg	Jamp-Rizatriptan	02380455	JPC	ADEFGV
Timolol						
Gttes	Oph	0,25%	pms-Timolol	02083353	PMS	ADEFGV

Bulletin n° 1072

Le 17 février 2022

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 février 2022.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

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

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

Ajouts aux garanties régulières

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Halobétasol Propionate/ Tazarotène (Duobrii)	lotion à 0,01 % / 0,045 %	02499967	BSL	ADEFGV	PCF
L'autorisation spéciale n'est plus requise					
Buprénorphine (Sublocade)	seringue préremplie de 100 mg / 0,5 mL	02483084	IUK	ADEFGV	PCF
	seringue préremplie de 300 mg / 1,5 mL	02483092			
Buprénorphine (Sublocade étiqueté aux États-Unis)	seringue préremplie de 100 mg / 0,5 mL	09858127			
	seringue préremplie de 300 mg / 1,5 mL	09858128			

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Glucagon (Baqsimi)	poudre nasale de 3 mg	02492415	LIL	(SA)	PCF

Pour les patients sous insuline qui présentent un risque élevé d'hypoglycémie.

Notes pour les demandes de règlement :

- Un maximum de 2 doses sera remboursé annuellement sans autorisation spéciale pour les personnes qui ont eu une demande de règlement pour de l'insuline dans les 12 mois précédents.
- Les demandes d'autorisation spéciale pour des doses supplémentaires seront acceptées pour un maximum d'une dose par mois.

1. En monothérapie pour le traitement d'entretien des patientes adultes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire ou des trompes de Fallope ou d'un carcinome péritonéal primitif nouvellement diagnostiqué, qui répondent à tous les critères suivants :
 - Présenter une réponse radiographique complète ou partielle après au moins 4 cycles d'une chimiothérapie de première intention à base de sels de platine;
 - Avoir terminé le dernier cycle de chimiothérapie à base de sels de platine au cours des 12 semaines précédentes;
 - Présenter des tumeurs de haut grade séreuses ou endométrioïdes de stade III ou IV selon les critères de la FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics).

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que la patiente répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.
- Les demandes pour un traitement se poursuivant au-delà de 3 ans ne seront pas admissibles.

Notes cliniques :

1. Les patientes doivent avoir un bon indice fonctionnel et ne doivent pas présenter de métastases évolutives ou non maîtrisées dans le système nerveux central.
2. Le traitement doit être poursuivi jusqu'à l'apparition d'une toxicité inacceptable, la progression de la maladie ou l'achèvement de 3 ans de traitement, selon la première éventualité.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour le niraparib en association avec le bévacicumab ne seront pas admissibles.
 - Période d'approbation initiale : 1 an.
 - Période d'approbation du renouvellement : 1 an.
2. En monothérapie pour le traitement d'entretien des patientes adultes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire ou des trompes de Fallope ou d'un carcinome péritonéal primitif, récidivant et sensible aux sels de platine de type histologique séreux ou endométrioïde de haut grade, qui répondent à tous les critères suivants :
 - Avoir reçu au moins 2 traitements antérieurs de chimiothérapie à base de sels de platine;
 - Avoir reçu au moins 4 cycles de la chimiothérapie à base de sels de platine la plus récente et présenter une réponse radiographique complète ou partielle;
 - Avoir terminé le dernier cycle de chimiothérapie à base de sels de platine au cours des 12 semaines précédentes.

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

1. La sensibilité aux sels de platine est définie comme une progression de la maladie survenant au moins six mois après la fin d'une chimiothérapie à base de sels de platine.
2. Les patientes doivent avoir un bon indice fonctionnel et ne doivent pas présenter de métastases évolutives ou non maîtrisées dans le système nerveux central.

3. Le traitement doit être poursuivi jusqu'à l'apparition d'une toxicité inacceptable ou la progression de la maladie.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour le niraparib ne seront pas admissibles pour les patientes dont la maladie a progressé alors qu'elles recevaient un inhibiteur de la PARP ou qui ont reçu un traitement complet par un inhibiteur de la PARP au cours d'un traitement antérieur.
- Période d'approbation initiale : 1 an.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Critère révisé - Anticoagulants oraux directs					
Apixaban (Eliquis)	comprimé de 2,5 mg	02377233	BRI	(SA)	PCF
	comprimé de 5 mg	02397714			
Edoxaban (Lixiana)	comprimé de 15 mg	02458640	SEV	(SA)	PCF
	comprimé de 30 mg	02458659			
	comprimé de 60 mg	02458667			
Rivaroxaban (Xarelto)	comprimé de 15 mg	02378604	BAY	(SA)	PCF
	comprimé de 20 mg	02378612			

Fibrillation auriculaire

Indiqué pour la prévention de l'accident vasculaire cérébral et de l'embolie systémique chez les patients ou patientes présentant une fibrillation auriculaire.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : long terme.

Traitement de l'accident thromboembolique veineux

Pour le traitement de thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 6 mois.

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

Indiqué pour la prévention de l'accident vasculaire cérébral et de l'embolie systémique chez les patients ou patientes présentant une fibrillation auriculaire.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : long terme.

Critère révisé

Olaparib
(Lynparza)

comprimé de 100 mg
comprimé de 150 mg

02475200
02475219

AZE

(SA)

PCF

1. En monothérapie pour le traitement d'entretien des patientes adultes qui ont reçu un diagnostic récent de cancer épithélial de l'ovaire ou des trompes de Fallope ou de carcinome péritonéal primitif avec mutation (germinale ou somatique) d'un gène BRCA, et qui répondent à tous les critères suivants :
 - Présenter une réponse radiographique complète ou partielle après au moins 4 cycles d'une chimiothérapie de première intention à base de sels de platine;
 - Avoir terminé le dernier cycle de chimiothérapie à base de sels de platine au cours des 12 semaines précédentes;
 - Présenter des tumeurs de haut grade séreuses ou endométrioïdes de stade III ou IV selon les critères de la FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics).

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que la patiente répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.
- Les demandes pour un traitement se poursuivant au-delà de 2 ans ne seront pas admissibles .

Notes cliniques :

1. Les patientes doivent avoir un bon indice fonctionnel et ne doivent pas présenter de métastases évolutives ou non maîtrisées dans le système nerveux central.
2. Le traitement doit être poursuivi jusqu'à l'apparition d'une toxicité inacceptable, la progression de la maladie ou l'achèvement de 2 ans de traitement, selon la première éventualité.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour l'olaparib en association avec le bévacicumab ne seront pas admissibles.
 - Période d'approbation initiale : 1 an.
 - Période d'approbation du renouvellement : 1 an.
2. En monothérapie pour le traitement d'entretien des patientes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire ou des trompes de Fallope ou d'un carcinome péritonéal primitif, récidivant et sensible aux sels de platine de type histologique séreux ou endométrioïde de haut grade avec mutation (germinale ou somatique) d'un gène BRCA, qui répondent à tous les critères suivants :
 - Avoir reçu au moins 2 traitements antérieurs de chimiothérapie à base de sels de platine;
 - Avoir reçu au moins 4 cycles de la chimiothérapie à base de sels de platine la plus récente et présenter une réponse radiographique complète ou partielle;
 - Avoir terminé le dernier cycle de chimiothérapie à base de sels de platine au cours des 12 semaines précédentes.

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

1. La sensibilité aux sels de platine est définie comme une progression de la maladie

- survenant au moins 6 mois après la fin d'une chimiothérapie à base de sels de platine.
2. Les patientes doivent avoir un bon indice fonctionnel et ne doivent pas présenter de métastases évolutives ou non maîtrisées dans le système nerveux central.
 3. Le traitement doit être interrompu en cas de progression de la maladie ou de toxicité inacceptable.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour l'olaparib ne seront pas admissibles pour les patientes dont la maladie a progressé alors qu'elles recevaient un inhibiteur de la PARP ou qui ont reçu un traitement complet
- par un inhibiteur de la PARP au cours d'un traitement antérieur.
- Période d'approbation initiale : 1 an.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Nouvelle indication

Dapagliflozin
(Forxiga)

comprimé de 5 mg	02435462	AZE	(SA)	PCF
comprimé de 10 mg	02435470			

Pour le traitement de l'insuffisance cardiaque de classe II ou III selon la New York Heart Association (NYHA) accompagnée d'une fraction d'éjection réduite (inférieure ou égale à 40 %), comme traitement d'appoint au traitement de référence.

Note clinique :

- Par traitement de référence, on entend un bêtabloquant, un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA) combiné à un antagoniste des récepteurs des minéralocorticoïdes.

Bulletin n° 1073

Le 28 février 2022

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 février 2022, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 21 mars 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 21 mars 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 21 mars 2022. Avant le 21 mars 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 28 février 2022.
- 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 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
Amoxicilline / Acide Clavulanique							
Co.	Orl	250 mg / 125 mg	Jamp Amoxi Clav	02508249	JPC	ABDEFGVW	0.4934
		500 mg / 125 mg	Jamp Amoxi Clav	02508257	JPC	ABDEFGVW	0.3778
		875 mg / 125 mg	Jamp Amoxi Clav	02508265	JPC	ABDEFGVW	0.5551
Céfazoline							
Pds.	Inj	10 g	Cefazolin for Injection	02437120	STR	ADEFGVW	30.1539
Ceftazidime							
Pds.	Inj	6 g	Ceftazidime for Injection	02437864	STR	ABDEFGVW	111.2900
Ceftriaxone							
Pds.	Inj	10 g	Ceftriaxone Sodium for Injection	02325632	STR	ADEFGVW	107.1000
Clindamycine							
Caps	Orl	150 mg	Med-Clindamycin	02462656	GMP	ADEFGVW	0.2217
		300 mg	Med-Clindamycin	02462664	GMP	ADEFGVW	0.4434
Darifénacine							
Co.L.P.	Orl	7,5 mg	Jamp Darifenacin	02491869	JPC	(SA)	0.8058
		15 mg	Jamp Darifenacin	02491877	JPC	(SA)	0.8058
Éthinylestradiol / Étonogestrel							
Ins	Vag	2,6 mg / 11,4 mg	NuvaRing	02253186	ORG	DEFG	16.7125
			Haloette	02520028	SLP		12.5400
Olopatadine							
Liq	Oph	0,2%	Mint-Olopatadine	02508605	MNT	ADEFGV	4.3428
Pantoprazole Magnésien							
Co.Ent.	Orl	40 mg	Pantoprazole T	02519534	SIV	ADEFGV	0.1875
Paroxétine							
Co.	Orl	10 mg	Jamp Paroxetine Tablets	02507773	JPC	ADEFGV	0.3046
		20 mg	Jamp Paroxetine Tablets	02507781	JPC	ADEFGV	0.3250
		30 mg	Jamp Paroxetine Tablets	02507803	JPC	ADEFGV	0.3453
Perindopril / Indapamide							
Co.	Orl	4 mg / 1,25 mg	Perindopril/Indapamide	02519720	SAS	ADEFGV	0.2556
			Perindopril Erbumine/Indapamide	02479834	SIV		
		8 mg / 2,5 mg	Perindopril/Indapamide	02519739	SAS	ADEFGV	0.2859
			Perindopril Erbumine/Indapamide	02479842	SIV		

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Progestérone							
Caps	Orl	100 mg	pms-Progesterone	02476576	PMS	(SA)	0.3762
Rizatriptan							
Co.	Orl	10 mg	Rizatriptan	02516756	SAS	ADEFGV	3.7050
Trazodone							
Co.	Orl	50 mg	Jamp Trazodone	02442809	JPC	ADEFGV	0.0554
		100 mg	Jamp Trazodone	02442817	JPC	ADEFGV	0.0989
		150 mg	Jamp Trazodone	02442825	JPC	ADEFGV	0.1453
Venlafaxine							
Caps.L.L.	Orl	37,5 mg	Venlafaxine XR	02516535	JPC	ADEFGV	0.0913
		75 mg	Venlafaxine XR	02516543	JPC	ADEFGV	0.1825
		150 mg	Venlafaxine XR	02516551	JPC	ADEFGV	0.1927
Zolmitriptan							
Co.	Orl	2,5 mg	Zolmitriptan	02442655	SAS	ADEFGV	3.4292

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Amoxicilline / Acide Clavulanique							
Co.	Orl	250 mg / 125 mg	Apo-Amoxi Clav	02243350	APX	ABDEFGVW	0.4934
		500 mg / 125 mg	Apo-Amoxi Clav Sandoz Amoxi-Clav	02243351 02482576	APX SDZ	ABDEFGVW	0.3778
		875 mg / 125 mg	Apo-Amoxi Clav Sandoz Amoxi-Clav	02245623 02482584	APX SDZ	ABDEFGVW	0.5551
Darifénacine							
Co.L.P.	Orl	7,5 mg	Apo-Darifenacin	02452510	APX	(SA)	0.8058
		15 mg	Apo-Darifenacin	02452529	APX	(SA)	0.8058
Olopatadine							
Liq	Oph	0,2%	Apo-Olopatadine Sandoz Olopatadine	02402823 02420171	APX SDZ	ADEFGV	4.3428

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes
Prix non confirmé par le fabricant auprès de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP)					
Célécoxib					
Caps	Orl	100 mg	Taro-Celecoxib	02412373	SUN ADEFGV
		200 mg	Taro-Celecoxib	02412381	SUN ADEFGV
Citalopram					
Co.	Orl	20 mg	Sandoz Citalopram	02248170	SDZ ADEFGV
		40 mg	Sandoz Citalopram	02248171	SDZ ADEFGV
Olanzapine					
Co.D.O.	Orl	5 mg	Ran-Olanzapine ODT	02414090	RAN ADEFGVW
		10 mg	Ran-Olanzapine ODT	02414104	RAN ADEFGVW
Ranitidine					
Co.	Orl	150 mg	Ran-Ranitidine	02336480	RAN ADEFGVW
		300 mg	Ran-Ranitidine Ranitidine	02336502 02353024	RAN SAS ADEFGVW
Zopiclone					
Co.	Orl	5 mg	Taro-Zopiclone	02267918	SUN ADEFGV
		7,5 mg	Taro-Zopiclone	02267926	SUN ADEFGV

Bulletin n° 1074

Le 24 mars 2022

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 mars 2022.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- 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

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Triamcinolone (Nasacort AQ et marque générique)	vaporisateur nasal de 55 mcg	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
Burosumab (Crysvita)	fiole unidose de 10 mg/mL fiole unidose de 20 mg/mL fiole unidose de 30 mg/mL	02483629 02483637 02483645	UGX	(SA)	PCF

Pour le traitement de l'hypophosphatémie liée au chromosome X qui répond aux critères suivants :

- Initié chez l'enfant d'au moins un an pour qui la fermeture épiphysaire ne s'est pas encore produite
- Hypophosphatémie de jeûne
- Fonction rénale normale (définie par une créatininémie sous la limite supérieure de la normale selon l'âge)
- Preuve radiographique de rachitisme avec un score de gravité du rachitisme (RSS) de 2 ou plus
- Présence confirmée d'un variant du gène PHEX (*phosphate-regulating endopeptidase homolog, X-linked*) chez le patient ou un membre de la famille immédiate dont l'hérédité est associée au chromosome X

Critères d'arrêt du traitement :

Chez les enfants de moins de 18 ans dont la fermeture épiphysaire ne s'est pas encore produite et qui répondent aux critères ci-dessus, le traitement devrait être arrêté dans les cas suivants :

- il n'y a aucune amélioration vérifiable du score RSS total après 12 mois de traitement par rapport au score RSS total initial; ou
- le score RSS total obtenu après les 12 premiers mois de traitement ne s'est pas maintenu par la suite.

Chez les adolescents de 13 à 17 ans chez qui la fermeture épiphysaire s'est produite, qui répondent aux critères ci-dessus et qui ont commencé le traitement alors qu'ils étaient enfants, le traitement devrait être arrêté si l'une des situations suivantes se présente :

- hyperparathyroïdie; ou
- néphrocalcinose; ou
- preuve d'une fracture ou d'une pseudo-fracture à la suite d'un examen par radiographie.

Chez les adultes qui répondent aux critères ci-dessus et qui ont commencé le traitement alors qu'ils étaient enfants, le traitement devrait être arrêté si l'une des situations suivantes se produit :

- hyperparathyroïdie; ou
- néphrocalcinose; ou

- preuve d'une fracture ou d'une pseudo-fracture à la suite d'un examen par radiographie.

Note clinique :

- Une évaluation initiale et annuelle du score RSS doit être fournie pour les enfants chez qui la fermeture épiphysaire ne s'est pas encore produite.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant des adultes n'ayant jamais été traités ne sont pas admissibles.
- Doit être prescrit par un médecin qui travaille au sein d'une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé qui ont de l'expérience avec le diagnostic et la prise en charge de l'hypophosphatémie liée au chromosome X.
- Les approbations pour les enfants (1 à 17 ans) seront pour une quantité maximale de 90 mg toutes les deux semaines.
- Les approbations pour les adultes (18 ans et plus) seront pour une quantité maximale de 90 mg toutes les quatre semaines.
- Période d'approbation : 1 an.

Frémanezumab
(Ajovy)

seringue préremplie de
225 mg / 1,5 mL
autoinjecteur de 225 mg /
1,5 mL

02497859

02509474

TEV

(SA)

PCF

Pour la prévention de la migraine chez les patients ayant reçu un diagnostic confirmé de migraines épisodiques ou chroniques et qui ont présenté une réponse inadéquate ou une intolérance à au moins deux catégories de médicaments prophylactiques oraux contre la migraine, ou qui ont une contre-indication à ces médicaments.

Critères de renouvellement :

- Une réduction d'au moins 50 % du nombre moyen de jours de migraine par mois au moment du premier renouvellement par rapport à la situation initiale.
- Lors des renouvellements suivants, le patient maintient une réduction d'au moins 50 % du nombre moyen de jours de migraine par mois.

Notes cliniques :

1. Le nombre moyen de jours de céphalée et de migraine par mois doit être précisé au moment de la demande initiale et des demandes de renouvellement.
2. Selon les critères de la International Headache Society, les migraines épisodiques et chroniques se définissent ainsi :
 - Migraines épisodiques : céphalée migraineuse au moins 4 jours par mois et moins de 15 jours de céphalée par mois pendant plus de 3 mois.
 - Migraines chroniques : céphalée au moins 15 jours par mois pendant plus de 3 mois, dont au moins 8 jours par mois avec migraine.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Siponimod (Mayzent)	comprimé de 0,25 mg comprimé de 2 mg	02496429 02496437	NVR	(SA)	PCF
------------------------	---	----------------------	-----	------	-----

Pour le traitement des patients atteints de sclérose en plaques progressive secondaire (SPPS) active qui répondent à tous les critères suivants :

- Antécédents de sclérose en plaques récurrente-rémittente et SPPS actuellement active.
- Score récent entre 3 et 6,5 sur l'échelle étendue d'incapacité (EDSS).

Notes cliniques :

1. On parle de SPPS active lorsque la personne a souffert de rechutes au cours des deux dernières années et/ou a présenté au moins une lésion T1 rehaussée par le gadolinium avant le début du traitement avec siponimod.
2. Le traitement doit être arrêté chez les patients dont le score à l'échelle EDSS est de 7 ou plus.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un neurologue.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 2 mg par jour.
- Les demandes présentées par les personnes inscrites aux Plans A, D, E, F, G et V seront examinées.
- La période d'approbation est de deux ans.

Tildrakizumab (Ilumya)	seringue préremplie de 100 mg/mL	02516098	SUN	(SA)	PCF
---------------------------	-------------------------------------	----------	-----	------	-----

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

- Présenter un score PASI (Psoriasis Area and Severity Index) supérieur à 10 et un score DLQI (Dermatology Life Quality Index) supérieur à 10, ou une atteinte majeure des zones visibles, du cuir chevelu, des organes génitaux ou des ongles;
- Être réfractaire ou avoir une intolérance à la photothérapie, ou être incapable d'y avoir accès;
- Être réfractaire ou avoir une intolérance ou des contre-indications au méthotrexate (par voie orale ou parentérale) à une dose supérieure ou égale à 20 mg par semaine (supérieure ou égale à 15 mg si le patient est âgé de 65 ans ou plus) pendant au moins 12 semaines.

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Quantité maximale approuvée de 100 mg aux semaines 0 et 4, et toutes les 12 semaines par la suite.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Une confirmation de la réponse est requise.

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
Érénumab (Aimovig)	autoinjecteur de 70 mg/mL autoinjecteur de 140 mg/mL	02479613 02487306	NVR	Pour la prévention de la migraine chez les adultes.

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

À compter du 24 mars 2022, les demandes de règlement pour le tocilizumab (Actemra) doivent être soumises au moyen du nombre de seringues, autoinjecteurs, ou fioles dans le champ de la quantité. Ce changement s'appliquera à toutes les demandes de règlement visant des ordonnance exécutées le 24 mars 2022 ou après cette date. 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 (p. ex. mL).

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° 1075

Le 31 mars 2022

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 2022, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 21 avril 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 21 avril 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 21 avril 2022. Avant le 21 avril 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 31 mars 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
Abacavir / Lamivudine							
Co.	Orl	600 mg / 300 mg	Jamp Abacavir/Lamivudine	02497654	JPC	DU	5.9875
Acide Tranexamique							
Co.	Orl	500 mg	Tranexamic Acid	02519194	JPC	ADEFGV	0.2967
Atorvastatine							
Co.	Orl	10 mg	Jamp Atorvastatin Calcium	02504197	JPC	ADEFGV	0.1743
		20 mg	Jamp Atorvastatin Calcium	02504200	JPC	ADEFGV	0.2179
		40 mg	Jamp Atorvastatin Calcium	02504219	JPC	ADEFGV	0.2342
		80 mg	Jamp Atorvastatin Calcium	02504235	JPC	ADEFGV	0.2342
Buspirone							
Co.	Orl	10 mg	Mint-Buspirone	02519054	MNT	ADEFGV	0.2659
Clonidine							
Co.	Orl	0,025 mg	Sandoz Clonidine	02516217	SDZ	ADEFGV	0.1360
		0,1 mg	Sandoz Clonidine	02515784	SDZ	ADEFGV	0.0679
		0,2 mg	Sandoz Clonidine	02515792	SDZ	ADEFGV	0.1212
Colésévélam							
Co.	Orl	625 mg	Lodalis	02373955	VLN	ADEFGV	1.1629
			Apo-Colesevelam	02494051	APX		0.8896
Élétriptan							
Co.	Orl	20 mg	Jamp Eletriptan	02493683	JPC	ADEFGV	2.6172
		40 mg	Jamp Eletriptan	02493691	JPC	ADEFGV	2.6172
Fénofibrate							
Co.	Orl	145 mg	Taro-Fenofibrate E	02454696	SUN	ADEFGV	0.5489
Fluconazole							
Co.	Orl	50 mg	Fluconazole	02517396	SAS	ADEFGVW	1.2904
		100 mg	Fluconazole	02517418	SAS	ADEFGVW	2.2891
Latanoprost							
Liq	Oph	0,005%	M-Latanoprost	02513285	MRA	ADEFGV	3.6320
Latanoprost / Timolol							
Liq	Oph	0,005% / 0,5%	M-Latanoprost-Timolol	02514516	MRA	ADEFGV	4.4268
Midodrine							
Co.	Orl	2,5 mg	Jamp Midodrine	02517701	JPC	ADEFGV	0.1153

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Midodrine							
Co.	Orl	5 mg	Jamp Midodrine	02517728	JPC	ADEFGV	0.1921
Mycophénolate							
Pds.	Orl	200 mg/mL	Cellcept	02242145	HLR	ADEFGRV	2.9661
			Mar-Mycophenolate Mofetil	02522233	MAR		2.2246
Ondansétron							
Co.D.O.	Orl	4 mg	Auro-Ondansetron ODT	02511282	ARO	(SA)	3.2720
		8 mg	Auro-Ondansetron ODT	02511290	ARO	(SA)	4.9930
Progestérone							
Caps	Orl	100 mg	Reddy-Progesterone	02463113	RCH	(SA)	0.3762

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Clonidine							
Co.	Orl	0,025 mg	Teva-Clonidine	02304163	TEV	ADEFGV	0.1360
		0,1 mg	Mint-Clonidine	02462192	MNT	ADEFGV	0.0679
			Teva-Clonidine	02046121	TEV		
		0,2 mg	Mint-Clonidine	02462206	MNT	ADEFGV	0.1212
			Teva-Clonidine	02046148	TEV		
Diazépam							
Co.	Orl	10 mg	Diazepam	00405337	AAP	ADEFGV	0.1204
Midodrine							
Co.	Orl	2,5 mg	Apo-Midodrine	02278677	APX	ADEFGV	0.1153
			Mar-Midodrine	02473984	MAR		
		5 mg	Apo-Midodrine	02278685	APX	ADEFGV	0.1921
			Mar-Midodrine	02473992	MAR		

Bulletin n° 1076

Le 28 avril 2022

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 avril 2022, 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 19 mai 2022. Avant le 19 mai 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 28 avril 2022.
- Produits retirés du formulaire
 - Les produits seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 19 mai 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
Abiratéronne						
Co.	Orl	500 mg	Sandoz Abiraterone	02521644	SDZ	(SA) 15.3125
Alfuzosine						
Co.L.P.	Orl	10 mg	Alfuzosin	02519844	SAS	ADEFGV 0.2601
Atorvastatine						
Co.	Orl	10 mg	pmsc-Atorvastatin	02507234	PMS	ADEFGV 0.1743
		20 mg	pmsc-Atorvastatin	02507242	PMS	ADEFGV 0.2179
		40 mg	pmsc-Atorvastatin	02507250	PMS	ADEFGV 0.2342
Bisoprolol						
Co.	Orl	5 mg	Jamp Bisoprolol	02518805	JPC	ADEFGV 0.0606
		10 mg	Jamp Bisoprolol	02518791	JPC	ADEFGV 0.0885
Clindamycine						
Caps	Orl	150 mg	Clindamycin	02400529	SAS	ADEFGVW 0.2217
		300 mg	Clindamycin	02400537	SAS	ADEFGVW 0.4434
Cloxacilline						
Caps	Orl	250 mg	Jamp Cloxacillin	02510731	JPC	ABDEFGVW 0.2141
		500 mg	Jamp Cloxacillin	02510758	JPC	ABDEFGVW 0.4045
Lamivudine / Zidovudine						
Co.	Orl	150 mg / 300 mg	Jamp Lamivudine/Zidovudine	02502801	JPC	DU 2.6103
Lénalidomide						
Caps	Orl	2,5 mg	Jamp Lenalidomide	02506130	JPC	(SA) 82.3750
		5 mg	Jamp Lenalidomide	02506149	JPC	(SA) 85.0000
		10 mg	Jamp Lenalidomide	02506157	JPC	(SA) 90.2500
		15 mg	Jamp Lenalidomide	02506165	JPC	(SA) 95.5000
		20 mg	Jamp Lenalidomide	02506173	JPC	(SA) 100.7500
		25 mg	Jamp Lenalidomide	02506181	JPC	(SA) 106.0000
Metformine						
Co.	Orl	500 mg	pmsc-Metformin	02520303	PMS	ADEFGV 0.0247
		850 mg	pmsc-Metformin	02520311	PMS	ADEFGV 0.0339

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Pipéracilline / Tazobactam Pds. Inj 12 g / 1,5 g	Piperacillin and Tazobactam	02377748	STR	ABDEFGVW	67.5000
Vancomycine Pds. Inj 5 g	Vancomycin Hydrochloride	02405822	STR	ABDEFGVW	294.9500

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM	
Alendronate Co. Orl 70 mg	Alendronate	02352966	SAS			
	Alendronate	02299712	SIV			
	Alendronate Sodium	02381494	AHI			
	Alendronate-70	02303078	PDL			
	Apo-Alendronate	02248730	APX			
	Auro-Alendronate	02388553	ARO			
	Jamp-Alendronate	02385031	JPC	ADEFGV	1.7804	
	Mint-Alendronate	02394871	MNT			
	pms-Alendronate FC	02284006	PMS			
	Riva-Alendronate	02270889	RIV			
	Sandoz Alendronate	02288109	SDZ			
Teva-Alendronate	02261715	TEV				
Amcinonide Cr. Top 0,1%	Taro-Amcinonide	02246714	TAR	ADEFGV	0.4522	
Amoxicilline / Acide Clavulanique Co. Orl 250 mg / 125 mg	Apo-Amoxi Clav	02243350	APX	ABDEFGVW	0.2467	
	Jamp Amoxi Clav	02508249	JPC			
Aténolol Co. Orl 25 mg	Jamp-Atenolol	02367556	JPC			
	Mar-Atenolol	02371979	MAR			
	Mint-Atenolol	02368013	MNT			
	pms-Atenolol	02246581	PMS	ADEFGV	0.0441	
	Taro-Atenolol	02373963	SUN			
	Teva-Atenolol	02266660	TEV			
	50 mg	Apo-Atenol	00773689	APX		
		Atenolol	02466465	SAS		
		Atenolol	02238316	SIV		
		Jamp-Atenolol	02367564	JPC		
		Mar-Atenolol	02371987	MAR	ADEFGV	0.0938
		Mint-Atenolol	02368021	MNT		
		pms-Atenolol	02237600	PMS		
		Taro-Atenolol	02267985	SUN		
Teva-Atenolol	02171791	TEV				

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Aténolol Co.	Orl	100 mg	Apo-Atenol	00773697	APX	ADEFGV	0.1543
			Atenolol	02466473	SAS		
			Atenolol	02238318	SIV		
			Jamp-Atenolol	02367572	JPC		
			Mar-Atenolol	02371995	MAR		
			Mint-Atenolol	02368048	MNT		
			pms-Atenolol	02237601	PMS		
			Taro-Atenolol	02267993	SUN		
			Teva-Atenolol	02171805	TEV		
Bisoprolol Co.	Orl	5 mg	Apo-Bisoprolol	02256134	APX	ADEFGV	0.0606
			Bisoprolol	02391589	SAS		
			Bisoprolol	02383055	SIV		
			Bisoprolol	02495562	SIV		
			Mint-Bisoprolol	02465612	MNT		
			Sandoz Bisoprolol	02494035	SDZ		
			Teva-Bisoprolol	02267470	TEV		
	Orl	10 mg	Apo-Bisoprolol	02256177	APX	ADEFGV	0.0885
			Bisoprolol	02391597	SAS		
			Bisoprolol	02495570	SIV		
			Bisoprolol	02383063	SIV		
			Mint-Bisoprolol	02465620	MNT		
			Sandoz Bisoprolol	02494043	SDZ		
			Teva-Bisoprolol	02267489	TEV		
Carvédilol Co.	Orl	3,125 mg	Apo-Carvedilol	02247933	APX	ADEFGV	0.2060
			Auro-Carvedilol	02418495	ARO		
			Carvedilol	02364913	SAS		
			Carvedilol	02248752	SIV		
			Jamp-Carvedilol	02368897	JPC		
			pms-Carvedilol	02245914	PMS		
			ratio-Carvedilol	02252309	TEV		
	Orl	6,25 mg	Apo-Carvedilol	02247934	APX	ADEFGV	0.2060
			Auro-Carvedilol	02418509	ARO		
			Carvedilol	02364921	SAS		
			Carvedilol	02248753	SIV		
			Jamp-Carvedilol	02368900	JPC		
			pms-Carvedilol	02245915	PMS		
			ratio-Carvedilol	02252317	TEV		

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Carvédilol						
Co.	Orl	12,5 mg	Apo-Carvedilol	02247935	APX	
			Auro-Carvedilol	02418517	ARO	
			Carvedilol	02364948	SAS	
			Carvedilol	02248754	SIV	ADEFGV
			Jamp-Carvedilol	02368919	JPC	0.2060
			pms-Carvedilol	02245916	PMS	
			ratio-Carvedilol	02252325	TEV	
		25 mg	Apo-Carvedilol	02247936	APX	
			Auro-Carvedilol	02418525	ARO	
			Carvedilol	02364956	SAS	
			Carvedilol	02248755	SIV	ADEFGV
			Jamp-Carvedilol	02368927	JPC	0.2060
			pms-Carvedilol	02245917	PMS	
			ratio-Carvedilol	02252333	TEV	
Chlorure de Potassium						
Co.L.L.	Orl	1500 mg	Odan K-20	80004415	ODN	
			Sandoz K 20	02242261	SDZ	ADEFGV
						0.1161
Cloxacilline						
Caps	Orl	250 mg	Teva-Cloxacillin	00337765	TEV	ABDEFGVW
		500 mg	Teva-Cloxacillin	00337773	TEV	ABDEFGVW
						0.2141
						0.4045
Dutastéride						
Caps	Orl	0,5 mg	Apo-Dutasteride	02404206	APX	
			Auro-Dutasteride	02469308	ARO	
			Dutasteride	02443058	SAS	
			Dutasteride	02429012	SIV	
			Jamp-Dutasteride	02484870	JPC	
			Med-Dutasteride	02416298	GMP	ADEFGV
			Mint-Dutasteride	02428873	MNT	0.2565
			pms-Dutasteride	02393220	PMS	
			Priva-Dutasteride	02490587	PHP	
			Sandoz Dutasteride	02424444	SDZ	
			Teva-Dutasteride	02408287	TEV	
Finastéride						
Co.	Orl	5 mg	Apo-Finasteride	02365383	APX	
			Auro-Finasteride	02405814	ARO	
			Finasteride	02355043	AHI	
			Finasteride	02445077	SAS	
			Finasteride	02447541	SIV	
			Jamp-Finasteride	02357224	JPC	ADEFGV
			Mint-Finasteride	02389878	MNT	0.3506
			pms-Finasteride	02310112	PMS	
			Riva-Finasteride	02455013	RIV	
			Sandoz Finasteride	02322579	SDZ	
			Teva-Finasteride	02348500	TEV	

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Médoroxyprogesterone							
Co.	Orl	5 mg	Apo-Medroxy	02244727	APX	ADEFGV	0.2365
			Teva-Medroxyprogesterone	02221292	TEV		
Mirtazapine							
Co.	Orl	45 mg	Apo-Mirtazapine	02286637	APX	ADEFGV	0.2925
			Mirtazapine	02496682	SIV		
Mexiletine							
Caps	Orl	100 mg	Teva-Mexiletine	02230359	TEV	ADEFGV	0.8162
		200 mg	Teva-Mexiletine	2230360	TEV	ADEFGV	1.0930
Mometasone							
Ont	Top	0,1%	Teva-Mometasone	02248130	TEV	ADEFGV	0.2252
Risedronate							
Co.	Orl	35 mg	Apo-Risedronate	02353687	APX	ADEFGV	1.6764
			Auro-Risedronate	02406306	ARO		
			Jamp-Risedronate	02368552	JPC		
			pms-Risedronate	02302209	PMS		
			Risedronate	02347474	PDL		
			Risedronate	02370255	SAS		
			Risedronate	02411407	SIV		
			Sandoz Risedronate	02327295	SDZ		
			Teva-Risedronate	02298392	TEV		
Risperidone							
Co.	Orl	0,25 mg	Apo-Risperidone	02282119	APX	ADEFGV	0.0878
			Jamp-Risperidone	02359529	JPC		
			Mar-Risperidone	02371766	MAR		
			Mint-Risperidone	02359790	MNT		
			pms-Risperidone	02252007	PMS		
			Ran-Risperidone	02328305	SUN		
			Risperidone	02356880	SAS		
			Sandoz Risperidone	02303655	SDZ		
			Teva-Risperidone	02282690	TEV		
		0,5 mg	Apo-Risperidone	02282127	APX	ADEFGV	0.1470
			Jamp-Risperidone	02359537	JPC		
			Mar-Risperidone	02371774	MAR		
			Mint-Risperidone	02359804	MNT		
			pms-Risperidone	02252015	PMS		
			Ran-Risperidone	02328313	SUN		
			Risperidone	02356899	SAS		
			Sandoz Risperidone	02303663	SDZ		

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Risperidone						
Co.	Orl					
	1 mg	Apo-Risperidone	02282135	APX		
		Jamp-Risperidone	02359545	JPC		
		Mar-Risperidone	02371782	MAR		
		Mint-Risperidone	02359812	MNT		
		pms-Risperidone	02252023	PMS	ADEFGV	0.2031
		Ran-Risperidone	02328321	SUN		
		Risperidone	02356902	SAS		
		Sandoz Risperidone	02279800	SDZ		
		Teva-Risperidone	02264196	TEV		
	2 mg	Apo-Risperidone	02282143	APX		
		Jamp-Risperidone	02359553	JPC		
		Mar-Risperidone	02371790	MAR		
		Mint-Risperidone	02359820	MNT		
		pms-Risperidone	02252031	PMS	ADEFGV	0.4062
		Ran-Risperidone	02328348	SUN		
		Risperidone	02356910	SAS		
		Sandoz Risperidone	02279819	SDZ		
		Teva-Risperidone	02264218	TEV		
	3 mg	Apo-Risperidone	02282151	APX		
		Jamp-Risperidone	02359561	JPC		
		Mar-Risperidone	02371804	MAR		
		Mint-Risperidone	02359839	MNT		
		pms-Risperidone	02252058	PMS	ADEFGV	0.6083
		Ran-Risperidone	02328364	SUN		
		Risperidone	02356929	SAS		
		Sandoz Risperidone	02279827	SDZ		
		Teva-Risperidone	02264226	TEV		
	4 mg	Apo-Risperidone	02282178	APX		
		Jamp-Risperidone	02359588	JPC		
		Mar-Risperidone	02371812	MAR		
		Mint-Risperidone	02359847	MNT		
		pms-Risperidone	02252066	PMS	ADEFGV	0.8111
		Risperidone	02356937	SAS		
		Sandoz Risperidone	02279835	SDZ		
		Taro-Risperidone	02328372	SUN		
		Teva-Risperidone	02264234	TEV		

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Prix non confirmé par le fabricant						
Chlorure de Potassium						
Co.L.L.	Orl					
	1500 mg	Jamp-K20	80013007	JPC	ADEFGV	

Bulletin n° 1077

Le 29 avril 2022

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

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 29 avril 2022.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

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

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

Ajouts aux garanties régulières

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Insuline (Entuzity KwikPen)	stylo prérempli de 500 unité/mL	02466864	LIL	ADEFGV	PCF

Ajouté à la liste des autres régimes

Flunarizine (Flunarizine)	capsule de 5 mg	02246082	AAP	ADEFGV	PAM
------------------------------	-----------------	----------	-----	--------	-----

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Acalabrutinib (Calquence)	capsule de 100 mg	02491788	AZE	(SA)	PCF

1. En monothérapie pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique (LLC)/du lymphome à petits lymphocytes (LPL) chez les patients adultes n'ayant jamais été traités auparavant et pour qui le traitement à base de fludarabine est considéré comme inapproprié en raison des risques élevés d'anomalies cytogénétiques (c.-à-d., une délétion 17p, une mutation TP53 ou un IGHV non muté).
2. En monothérapie pour le traitement des patients adultes atteints d'une leucémie lymphoïde chronique (LLC) récidivante/d'un lymphome à petits lymphocytes (LPL) récidivant ayant reçu au moins un traitement antérieur.

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas prises en considération dans le cas des patients dont la maladie a évolué pendant un traitement avec un inhibiteur de la tyrosine kinase de Burton (BTK) ou Idélalisib.
- Période d'approbation initiale : 1 an.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Adalimumab
(Abrilada)

auto-injecteur de 40 mg / 0,8 mL
seringue préremplie de 40 mg /
0,8 mL

02511045

02511053

PFI

(SA)

PCF

Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Une quantité maximale de 40 mg toutes les deux semaines sera approuvée.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

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.
- Les approbations seront pour un maximum de 160 mg, suivi de 80 mg deux semaines plus tard, puis de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 8 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Hidradénite suppurée

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue ou un médecin expérimenté dans le traitement de l'hidradénite suppurée.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité maximum de 160 mg, suivie par une quantité de 80 mg deux semaines plus tard, et de 40 mg toutes les semaines, quatre semaines après la dose initiale.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Maladie de Crohn

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin spécialisé en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité maximum de 160 mg, suivie par une quantité de 80 mg deux semaines plus tard, et de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Polyarthrite 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.
- Une quantité maximale de 40 mg toutes les deux semaines sera approuvée.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

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.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Psoriasis en plaques

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 80 mg suivie d'une dose de 40 mg une semaine plus tard, puis 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Spondylarthrite ankylosante

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Uvéite

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un ophtalmologiste.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 80 mg suivie d'une dose de 40 mg une semaine plus tard, puis 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Brigatinib (Alunbrig)	comprimé de 30 mg	02479206			
	comprimé de 90 mg	02479214			
	comprimé de 180 mg	02479222			
			TAK	(SA)	PCF
Brigatinib (Alunbrig) trousse de départ	comprimés de 90 mg, 180 mg	02479230			

Pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules ALK (anaplastic lymphoma kinase)-positif, localement avancé (pour lequel il n'existe aucun traitement curatif) ou métastatique, chez les patients qui n'ont jamais été traités par un inhibiteur de l'ALK.

Critère de renouvellement

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement.

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Aucun autre traitement par un inhibiteur de l'ALK ne sera remboursé à la suite d'une progression de la maladie avec le brigatinib.
- Période d'approbation initiale : 1 an.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes, tel qu'il est indiqué [ici](#).

Cétirizine
(Reactine 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

Indiqué pour le soulagement de l'urticaire chronique modéré à sévère chez les patients qui présentent de l'urticaire, un œdème de Quincke ou les deux depuis au moins six semaines.

Note sur la demande de règlement :

- Période d'approbation du renouvellement : long terme.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

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

Critère révisé

Budésonide
(Pulmicort Nebuamp et
marques génériques)

suspension pour inhalation de
0,125 mg/mL
suspension pour inhalation de
0,25 mg/mL
suspension pour inhalation de
0,5 mg/mL

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

(SA)

PAM

1. Pour le traitement des patients qui ont essayé le budésonide par inhalateur et :
 - qui sont incapables de suivre les directives d'utilisation ou ne peuvent tenir le dispositif suffisamment longtemps pour l'actionner en raison de limitations cognitives ou physiques; ou
 - Qui ont des difficultés à générer un effort inspiratoire suffisant pour obtenir un bienfait thérapeutique

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : long terme

2. Pour le traitement des patients chez qui le budésonide est utilisé pour l'irrigation naso-sinusale, lorsque prescrit par un spécialiste ou en consultation avec un spécialiste (p. ex., ORL, allergologue, immunologiste).

Notes pour les demandes de règlement :

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

Nouvelles indications et critère révisé

Vénétoclax (Venclexta)	comprimé pelliculé de 10 mg comprimé pelliculé de 50 mg comprimé pelliculé de 100 mg	02458039 02458047 02458055			
Vénétoclax (Venclexta) trousse de départ	comprimés pelliculé de 10 mg, 50 mg, 100 mg	02458063	ABV	(SA)	PCF

Leucémie lymphoïde chronique/lymphome à petits lymphocytes

1. En association avec l'obinutuzumab pour le traitement des patients adultes atteints de leucémie lymphoïde chronique (LLC)/lymphome à petits lymphocytes (LPL) n'ayant jamais été traités et pour qui le traitement à base de fludarabine ne convient pas.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice fonctionnel.
2. Le traitement doit être poursuivi pendant un total de 12 mois (six cycles de 28 jours en association avec l'obinutuzumab, suivis de six mois de monothérapie) ou jusqu'à la progression de la maladie ou l'apparition d'une toxicité inacceptable, selon la première éventualité.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes de reprise du traitement par le vénétoclax en association avec l'obinutuzumab ne sont pas admissibles.
 - Période d'approbation : 1 an.
2. En association avec le rituximab pour le traitement des patients atteints de leucémie lymphoïde chronique/lymphome à petits lymphocytes ayant reçu au moins un traitement antérieur

Critères de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant des patients ayant déjà reçu un traitement anti-CD20 ne sont pas admissibles si une rechute survient moins de 6 mois après la fin du traitement. Cependant, pour les patients ayant déjà été traités par vénétoclax, l'intervalle sans rechute doit être de 12 mois ou plus.
 - Période d'approbation initiale : 1 an
 - Période d'approbation du renouvellement : 1 an
3. En monothérapie pour le traitement des patients atteints de leucémie lymphoïde chronique/lymphome à petits lymphocytes qui ont déjà reçu au moins un traitement antérieur et qui ont présenté une progression de la maladie ou une intolérance pendant un traitement par un inhibiteur du récepteur des lymphocytes B.

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant des patients ayant déjà reçu un traitement à base de vénétoclax ne sont pas admissibles si une rechute survient moins de 12 mois après la fin du traitement.
- Période d'approbation initiale : 1 an
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an

Leucémie myéloïde aiguë

En association avec l'azacitidine pour le traitement des adultes atteints de leucémie myéloïde aiguë nouvellement diagnostiquée qui sont âgés de 75 ans ou plus ou qui présentent des comorbidités qui excluent le recours à une chimiothérapie d'induction intensive.

Critère de renouvellement :

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

Note clinique :

- Le traitement doit être interrompu en cas de progression de la maladie ou de toxicité inacceptable.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant des patients ayant déjà été traités par un agent hypométhylant ou une chimiothérapie pour le syndrome myélodysplasique ne sont pas admissibles.
 - Les demandes visant des patients atteints d'un syndrome myélodysplasique de risque élevé ne sont pas admissibles.
 - Période d'approbation 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
Acalabrutinib (Calquence)	capsule de 100 mg	02491788	AZE	En association avec l'obinutuzumab pour le traitement des patients dont la leucémie lymphoïde chronique n'a jamais été traitée.
Infliximab (Remsima SC)	seringue préremplie de 120 mg/mL	02511576	CLT	Pour le traitement de polyarthrite rhumatoïde évolutive modérée ou grave.
	stylo prérempli de 120 mg/mL	02511584		
Vénétoclax (Venclexta)	comprimé pelliculé de 10 mg	02458039	ABV	En association avec la cytarabine à faible dose est indiqué pour le traitement des adultes atteints de leucémie myéloïde aiguë nouvellement diagnostiquée qui sont âgés de 75 ans ou plus ou qui présentent des comorbidités qui excluent le recours à une chimiothérapie d'induction intensive.
	comprimé pelliculé de 50 mg	02458047		
	comprimé pelliculé de 100 mg	02458055		
Vénétoclax (Venclexta) trousse de départ	comprimés pelliculé de 10 mg, 50 mg, 100 mg	02458063		

Bulletin n° 1078

Le 24 mai 2022

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 mai 2022.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Médicaments évalués et non-inscrits
- Rappel sur l'initiative des biosimilaires – Insuline asparte

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
Lidocaïne (Lidodan Visqueuse 2 %)	solution topique orale à 2 %	01968823	ODN	ADEFGV	PAM
Sulfates de triméthoprimine/ Polymyxine B (Polytrim et marque générique)	solution ophtalmique de 0,1 % / 10 000 unités/mL	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		ADEFGV	PAM
Ajouté à la liste des autres régimes					
Diménhydrinate (Gravol IM)	injection de 50 mg/mL	00013579	CHU	ADEFGWW	MLP

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Adalimumab (Simlandi)	auto-injecteur de 40 mg / 0,4 mL	02523957			
	seringue préremplie de 40 mg / 0,4 mL	02523949	JPC	(SA)	PCF
	seringue préremplie de 80 mg / 0,8 mL	02523965			

Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Une quantité maximale de 40 mg toutes les deux semaines sera approuvée.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

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.
- Les approbations seront pour un maximum de 160 mg, suivi de 80 mg deux semaines plus tard, puis de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 8 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Hidradénite suppurée

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue ou un médecin expérimenté dans le traitement de l'hidradénite suppurée.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité maximum de 160 mg, suivie par une quantité de 80 mg deux semaines plus tard, et de 40 mg toutes les semaines, quatre semaines après la dose initiale.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Maladie de Crohn

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin spécialisé en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité maximum de 160 mg, suivie par une quantité de 80 mg deux semaines plus tard, et de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Polyarthrite 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.
- Une quantité maximale de 40 mg toutes les deux semaines sera approuvée.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.

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

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.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Psoriasis en plaques

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 80 mg suivie d'une dose de 40 mg une semaine plus tard, puis 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Spondylarthrite ankylosante

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Uvéite

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un ophtalmologiste.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.

- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 80 mg suivie d'une dose de 40 mg une semaine plus tard, puis 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Risdiplam
(Evrysdi)

poudre pour solution
buvable de 60 mg

02514931

HLR

(SA)

PCF

Pour le traitement de l'amyotrophie spinale 5q si les critères suivants sont respectés :

- Dépistage génétique d'une délétion homozygote ou d'une mutation hétérozygote composite au chromosome 5q; et
- La ventilation permanente par un moyen effractif n'est pas encore nécessaire; et
- Patient symptomatique qui présente deux ou trois copies du gène SMN2 et qui :
 - est âgé de 2 à 7 mois, ou
 - est âgé de 8 mois à 25 ans et est non ambulatoire.

Critères d'arrêt du traitement :

- Il n'y a pas de maintien de la fonction motrice depuis le début du traitement selon une évaluation effectuée au moyen d'une échelle adaptée à l'âge; ou
- La ventilation permanente par un moyen effractif est nécessaire.

Notes cliniques :

1. Une échelle adaptée à l'âge correspond à la partie 2 de la méthode d'évaluation Hammersmith Infant Neurological Examination (HINE), à l'échelle de mesure de la fonction motrice CHOP INTEND (Children's Hospital of Philadelphia Infant Test of Neuromuscular Disorders) ou à l'échelle HFMSE (Hammersmith Functional Motor Scale-Expanded).
2. Une évaluation initiale doit être effectuée avec une échelle adaptée à l'âge avant le début du traitement.
3. Une évaluation annuelle doit être effectuée avec une échelle adaptée à l'âge au maximum 12 semaines avant la date de renouvellement.
4. La ventilation permanente par un moyen effractif est définie par la mise en place d'une trachéostomie et l'utilisation d'un ventilateur en raison de la progression de l'amyotrophie spinale qui n'est pas attribuable à une cause identifiable et réversible.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le patient doit être sous les soins d'un spécialiste ayant l'expérience du traitement de l'amyotrophie spinale.
- Le traitement d'association par le nusinersen ne sera pas remboursé.
- Les demandes visant le risdiplam ne seront pas admissibles dans le cas des patients qui ont reçu une thérapie génique à base de vecteurs viraux AAV (*adeno-associated virus*).
- Les patients qui reçoivent actuellement un médicament contre l'amyotrophie spinale pourraient être admissibles à faire la transition vers un autre médicament contre l'amyotrophie spinale; toutefois, les patients ne seront pas autorisés à revenir à un médicament contre l'amyotrophie spinale qu'ils ont déjà essayé.
- Quantité maximale approuvée : 0,2 mg/kg/jour pour les patients âgés de 2 mois à moins de 2 ans, 0,25 mg/kg/jour pour les patients âgés de 2 ans ou plus et pesant moins de 20 kg, ou 5 mg/jour pour les patients âgés de 2 ans ou plus et pesant 20 kg ou plus.
- Période d'approbation : 1 an.

- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

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
Patiromer (Veltassa)	sachet de 8,4 g sachet de 16,8 g sachet de 25,2 g	02481359 02481367 02481375	VFM	Pour le traitement de l'hyperkaliémie chez les adultes atteints de néphropathie chronique.

Rappel – Initiative sur les biosimilaires

L'initiative sur les biosimilaires prévoit de faire passer les patients qui utilisent certains médicaments biologiques d'origine à une version biosimilaire s'ils veulent conserver leur couverture des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Nous vous rappelons que la **couverture des stylos préremplis et des cartouches NovoRapid prendra fin le 31 mai 2022**. Les patients doivent passer à la version biosimilaire de l'insuline aspartate s'ils veulent conserver leur couverture des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick. Consultez la [Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick – Bulletin n° 1065](#) pour en savoir plus.

Vous trouverez d'autres renseignements et ressources au sujet de l'Initiative sur les biosimilaires à l'adresse : www.gnb.ca/biosimilaires.

Bulletin n° 1079

Le 31 mai 2022

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 2022, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 21 juin 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 21 juin 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 21 juin 2022. Avant le 21 juin 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 31 mai 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
Amoxicilline / Acide Clavulanique							
Co.	Orl	250 mg / 125 mg	Auro-Amoxi Clav	02471671	ARO	ABDEFGVW	0.2467
		500 mg / 125 mg	Auro-Amoxi Clav	02471698	ARO	ABDEFGVW	0.3778
		875 mg / 125 mg	Auro-Amoxi Clav	02471701	ARO	ABDEFGVW	0.5551
Célécoxib							
Caps	Orl	200 mg	pmsc-Celecoxib	02517124	PMS	ADEFGV	0.2558
Clonidine							
Co.	Orl	0,025 mg	Mar-Clonidine	02524198	MAR	ADEFGV	0.0680
Darunavir							
Co.	Orl	600 mg	Darunavir	02521342	JPC	DU	4.2970
		800 mg	Darunavir	02521350	JPC	DU	5.8295
Lisinopril							
Co.	Orl	5 mg	Lisinopril	02525186	SAS	ADEFGV	0.1347
		10 mg	Lisinopril	02525194	SAS	ADEFGV	0.1619
		20 mg	Lisinopril	02525208	SAS	ADEFGV	0.1945
Lurasidone							
Co.	Orl	20 mg	Latuda	02422050	SNV		4.2500
			pms-Lurasidone	02505878	PMS	(SA)	
			Sandoz Lurasidone	02521075	SDZ		1.2250
			Taro-Lurasidone	02504499	TAR		
		40 mg	Latuda	02387751	SNV		4.2500
			pms-Lurasidone	02505886	PMS	(SA)	
			Sandoz Lurasidone	02521091	SDZ		1.2250
			Taro-Lurasidone	02504502	TAR		
		60 mg	Latuda	02413361	SNV		4.2500
			pms-Lurasidone	02505894	PMS	(SA)	
			Sandoz Lurasidone	02521105	SDZ		1.2250
			Taro-Lurasidone	02504510	TAR		
		80 mg	Latuda	02387778	SNV		4.2500
			pms-Lurasidone	02505908	PMS	(SA)	
			Sandoz Lurasidone	02521113	SDZ		1.2250
			Taro-Lurasidone	02504529	TAR		
		120mg	Latuda	02387786	SNV		4.2500
			pms-Lurasidone	02505916	PMS	(SA)	
			Taro-Lurasidone	02504537	TAR		2.4500

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Moxifloxacin						
Co.	Orl					
	400 mg	Moxifloxacin	02520710	SAS	VW (SA)	1.5230
Ondansétron						
Co.D.O.	Orl					
	4 mg	Mar-Ondansetron ODT	02514966	MAR	(SA)	3.2720
		Ondansetron ODT	02519232	JPC		
		pms-Ondansetron ODT	02519445	PMS		
	8 mg	Mar-Ondansetron ODT	02514974	MAR	(SA)	4.9930
		Ondansetron ODT	02519240	JPC		
		pms-Ondansetron ODT	02519453	PMS		
Pramipexole						
Co.	Orl					
	0,25 mg	Pramipexole	02367602	SAS	ADEFV	0.1950
	0,5 mg	Pramipexole	02367610	SAS	ADEFV	0.4018
	1 mg	Pramipexole	02367629	SAS	ADEFV	0.3901
	1,5 mg	Pramipexole	02367645	SAS	ADEFV	0.3901
Quétiapine						
Co.L.P.	Orl					
	50 mg	Quetiapine FumarateXR	02516616	SAS	ADEFVW	0.2501
		Quetiapine XR	02519607	JPC		
	150mg	Quetiapine FumarateXR	02516624	SAS	ADEFVW	0.4926
		Quetiapine XR	02519615	JPC		
	200mg	Quetiapine FumarateXR	02516632	SAS	ADEFVW	0.6661
		Quetiapine XR	02519623	JPC		
	300mg	Quetiapine FumarateXR	02516640	SAS	ADEFVW	0.9776
		Quetiapine XR	02519747	JPC		
	400mg	Quetiapine FumarateXR	02516659	SAS	ADEFVW	1.3270
		Quetiapine XR	02519763	JPC		
Ticagrélor						
Co.	Orl					
	90 mg	Brilinta	02368544	AZE	(SA)	1.5157
		Taro-Ticagrelor	02492598	TAR		

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Chlorure de Potassium						
Liq	Orl					
	100 mg/mL	Jamp-Potassium Chloride	80024835	JPC	ADEFV	0.0360

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Clonidine							
Co.	Orl	0,025 mg	Sandoz Clonidine	02516217	SDZ	ADEFGV	0.0680
			Teva-Clonidine	02304163	TEV		
Darunavir							
Co.	Orl	600 mg	Apo-Darunavir	02487241	APX	DU	4.2970
			Auro-Darunavir	02486121	ARO		
		800 mg	Apo-Darunavir	02487268	APX	DU	5.8295
			Auro-Darunavir	02486148	ARO		

Bulletin n° 1080

Le 20 juin 2022

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

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 20 juin 2022.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

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

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

Ajouts aux garanties régulières

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Calcium polystyrène sulfonate (Resonium calcium et marque générique)	poudre pour suspension de 999 mg/g	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		ADEFGV	PAM

Ajouté à la liste des autres régimes

Diphénhydramine (Diphenist et marque générique)	injection de 50 mg/mL	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		ADEFGVW	PAM
---	-----------------------	---	--	---------	-----

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Apomorphine (Kynmobi)	film à désintégration orale de 10 mg	02500264			
	film à désintégration orale de 15 mg	02500272			
	film à désintégration orale de 20 mg	02500280	SNV	(SA)	PCF
	film à désintégration orale de 25 mg	02500299			
	film à désintégration orale de 30 mg	02500302			

Pour le traitement aigu et intermittent des épisodes « off » chez les patients atteints de la maladie de Parkinson qui reçoivent un traitement optimisé contre la maladie (c.-à-d. lévodopa et ses dérivés et agonistes dopaminergiques ou inhibiteurs de la MAO-B ou dérivés de l'amantadine).

Note clinique :

- Le traitement par Kynmobi doit être interrompu à moins qu'une amélioration d'au moins 3,25 points soit observée dans le score à l'échelle MDS-UPDRS III (Movement Disorders Society Unified Parkinson's Disease Rating Scale Part III), mesuré de 30 à 60 minutes après l'administration d'une dose ajustée de Kynmobi. Cette évaluation doit être réalisée au plus tard un an après que la posologie de Kynmobi ait été ajustée pour obtenir une dose stable et tolérable.

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 maladie de Parkinson.
- Les approbations seront pour un maximum de 90 mg par jour, sans dépasser cinq films par jour.
- Période d'approbation : 1 an.

Icosapent éthyl
(Vascepa)

capsule de 1 g

02495244

HLS

(SA)

PCF

Pour réduire le risque d'événements cardiovasculaires (décès d'origine cardiovasculaire, infarctus du myocarde non fatal, accident vasculaire cérébral non fatal, revascularisation coronaire ou hospitalisation pour angine de poitrine instable) chez les patients traités par des statines présentant un taux de triglycérides élevé et qui respectent tous les critères suivants :

- Ils sont âgés d'au moins 45 ans
- Ils présentent une maladie cardiovasculaire établie
- Au départ, ils présentent un taux de triglycérides à jeun situé entre 1,7 mmol/L et 5,6 mmol/L, mesuré dans les trois mois précédant le début du traitement par Vascepa
- Ils présentent un taux de cholestérol à lipoprotéines de faible densité (C-LDL) situé entre 1,0 mmol/L et 2,6 mmol/L
- Ils ont reçu une dose maximale tolérée de statines pendant au moins 4 semaines dans l'objectif d'atteindre un C-LDL de moins de 2,0 mmol/L

Note clinique :

- Les taux de C-LDL et de triglycéride doivent être fournis.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les approbations seront pour une dose maximale de 4 g par jour.
- Période d'approbation : 1 an.

Lanthane
(Fosrenol)

comprimé à croquer de
250 mg

02287145

comprimé à croquer de
500 mg

02287153

comprimé à croquer de
750 mg

02287161

TAK

(SA)

PCF

comprimé à croquer de
1000 mg

02287188

Pour le traitement de l'hyperphosphatémie (taux sérique de phosphate supérieur à 1,8 mmol/L) chez les patients atteints d'insuffisance rénale terminale qui ont une intolérance à un autre chélateur de phosphate ou qui n'ont pas obtenu de maîtrise adéquate de leur taux de phosphate avec un autre chélateur de phosphate.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de l'amélioration du taux de phosphate est requise (les résultats du laboratoire doivent être fournis).

Ofatumumab
(Kesimpta)

auto-injecteur de 20 mg /
0,4 mL

02511355

NVR

(SA)

PCF

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

- Diagnostic confirmé selon les critères de McDonald;
- Au moins une rechute invalidante ou nouvelle activité révélée par un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) au cours des deux dernières années;

- Patient ambulatoire, avec ou sans aide (c.-à-d. score récent de 6,5 ou moins sur l'échelle étendue du statut d'invalidité [EDSS]).

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un neurologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres agents modificateurs de la maladie destinés au traitement de la SPRR ne sera pas remboursée.
- Les demandes présentées par les personnes inscrites aux Plans A, D, E, F, G et V seront examinées.
- La période d'approbation est de deux ans.

Tafamidis
(Vyndamax)

capsule de 61 mg

02517841

PFI

(SA)

PCF

Pour le traitement de la cardiomyopathie chez les patients adultes présentant une amyloïdose à transthyrétine (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 règlement :

- Le patient doit être sous les soins d'un médecin expérimenté dans le diagnostic et le traitement de la cardiomyopathie causée par une ATTR.
- Le traitement d'association avec d'autres ARN interférents ou des stabilisateurs de la 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 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
----------------------------------	--------	-----	-----------	---------	--------------

**Nouvelle forme
pharmaceutique**

Omalizumab
(Xolair)

seringue préremplie de
150 mg/mL

02459795

NVR

(SA)

PCF

Pour le traitement des patients âgés de 12 ans ou plus souffrants d'une forme modérée à grave d'urticaire chronique idiopathique (UCI) qui demeurent symptomatiques (présence d'urticaire ou de la démangeaison qui y est associée) malgré une gestion optimale avec des antihistaminiques H1.

Exigences relatives aux demandes initiales :

- Le plus récent score d'activité de l'urticaire obtenu sur une période de 7 jours (UAS7) doit figurer sur la demande soumise.

Critère de renouvellement :

- Les demandes de renouvellement seront prises en considération pour les patients qui ont :
 - un contrôle complet des symptômes pendant moins de 12 semaines consécutives; ou
 - une réponse partielle au traitement, définie comme une réduction d'au moins 9,5 points par rapport au score UAS7 de référence.

Notes cliniques :

1. La forme modérée à grave de l'urticaire chronique idiopathique (UCI) est définie par un score UAS7 d'au moins 16.
2. L'arrêt du traitement pourra être considéré pour les patients qui ont obtenu un contrôle complet des symptômes pendant au moins 12 semaines consécutives à la fin d'une période de traitement de 24 semaines.
3. Chez les patients qui ont arrêté le traitement en raison d'un contrôle temporaire des symptômes, le traitement pourra être amorcé de nouveau si les symptômes de l'UCI réapparaissent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Une dose maximale de 300 mg toutes les 4 semaines sera approuvée.
- Période d'approbation initiale: 24 semaines.

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
Colchicine (Myinfla)	comprimé à libération prolongée de 0,5 mg	02519380	PDP	Pour la réduction des événements athérotrombotiques chez les patients adultes qui ont une maladie coronarienne préexistante.
Tralokinumab (Adtralza)	seringue préremplie de 150 mg/ml	02521288	LEO	Pour le traitement de dermatite atopique modérée à sévère chez les patients adultes.

Bulletin n° 1081

Le 30 juin 2022

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 2022, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 21 juillet 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 21 juillet 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 21 juillet 2022. Avant le 21 juillet 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 30 juin 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
Apixaban						
Co.	Orl	2,5 mg	Eliquis Apo-Apixaban	02377233 02487381	BRI APX	SA 1.6336 1.2252
		5 mg	Eliquis Apo-Apixaban	02397714 02487403	BRI APX	SA 1.6336 1.2252
Bicalutamide						
Co.	Orl	50 mg	Bicalutamide	02519178	SAS	ADEFV 1.2690
Cétirizine						
Co.	Orl	10 mg	Cetirizine Extra Strength	02517566	JPC	G 0.2223
		20 mg	Jamp Cetirizine Tablets	02517353	JPC	(SA) 0.2223
Cyclosporine						
Caps	Orl	25 mg	Cyclosporine Capsules	02495805	STD	ADEFGRV 0.7870
		50 mg	Cyclosporine Capsules	02495821	STD	ADEFGRV 1.5350
		100 mg	Cyclosporine Capsules	02495813	STD	ADEFGRV 3.0720
Darunavir						
Co.	Orl	600 mg	M-Darunavir	02522284	MRA	DU 4.2970
		800 mg	M-Darunavir	02522292	MRA	DU 5.8295
Fésotérodine						
Co.L.P.	Orl	4 mg	Toviaz Sandoz Fesoterodine Fumarate	02380021 02521768	PFI SDZ	(SA) 1.5000 1.1250
		8 mg	Toviaz Sandoz Fesoterodine Fumarate	02380048 02521776	PFI SDZ	(SA) 1.5000 1.1250
Fluconazole						
Caps	Orl	150 mg	Fluconazole-150	02521229	SAS	ADEFGVW 3.6392
Hydroxychloroquine						
Co.	Orl	200 mg	Hydroxychloroquine	02519348	SAS	ADEFGV 0.1576
Lurasidone						
Co.	Orl	20 mg	Jamp Lurasidone	02516438	JPC	(SA) 1.2250
		40 mg	Jamp Lurasidone	02516446	JPC	(SA) 1.2250
		60 mg	Jamp Lurasidone	02516454	JPC	(SA) 1.2250
		80 mg	Jamp Lurasidone	02516462	JPC	(SA) 1.2250

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Quétiapine							
Co.L.P.	Orl	50 mg	Mint-Quetiapine XR	02522187	MNT	ADEFGVW	0.2501
		150 mg	Mint-Quetiapine XR	02522195	MNT	ADEFGVW	0.4926
		200 mg	Mint-Quetiapine XR	02522209	MNT	ADEFGVW	0.6661
		300 mg	Mint-Quetiapine XR	02522217	MNT	ADEFGVW	0.9776
Sodique Polystyrène Sulfonate							
Susp	Orl	250 mg/mL	Odan-Sodium Polystyrene Sulfonate	02473968	ODN	ADEFGV	0.1409
Ténofovir							
Co.	Orl	300 mg	Tenofovir	02523922	SIV	ADEFGUV	4.8884
Tériflunomide							
Co.	Orl	14 mg	Aubagio	02416328	GZM		59.7200
			ACH-Teriflunomide	02502933	AHI		
			Apo-Teriflunomide	02500639	APX		
			Jamp Teriflunomide	02504170	JPC		
			M-Teriflunomide	02523833	MRA	(SA)	
			Mar-Teriflunomide	02500469	MAR		14.9300
			Nat-Teriflunomide	02500310	NAT		
			pms-Teriflunomide	02500434	PMS		
			Sandoz Teriflunomide	02505843	SDZ		
			Teva-Teriflunomide	02501090	TEV		

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Acide Zolédronique							
Liq	IV	5 mg / 100 mL	Taro-Zoledronic Acid	02415100	TAR		
			Zoledronic Acid	02422433	RCH	ADEFGV	3.5601
Cyclosporine							
Caps	Orl	25 mg	Neoral	02150689	NVR		
			Sandoz Cyclosporine	02247073	SDZ	ADEFGRV	0.7870
		50 mg	Neoral	02150662	NVR		
			Sandoz Cyclosporine	02247074	SDZ	ADEFGRV	1.5350
		100 mg	Neoral	02150670	NVR		
			Sandoz Cyclosporine	02242821	SDZ	ADEFGRV	3.0720
Fénofibrate							
Co.	Orl	100 mg	AA-Feno-Super	02246859	AAP	ADEFGV	0.9883

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Lévodopa / Carbidopa							
Co.L.L.	Orl	100 mg / 25 mg	AA-Levocarb CR	02272873	AAP	ADEFGV	0.7974
		200 mg / 50 mg	AA-Levocarb CR	02245211	AAP	ADEFGV	1.4282
Methotrexate							
Liq	Inj	25 mg/mL	Methotrexate Inj USP	02182777	PFI	ADEFGV	4.4600
			Methotrexate Injection BP	02464365	AHI		
Risédronate							
Co.	Orl	30 mg	Teva-Risedronate	02298384	TEV	(SA)	8.8500
Sodique Polystyrène Sulfonate							
Susp	Orl	250 mg/mL	Solystat	00769541	PDP	ADEFGV	0.1409

Bulletin n° 1082

Le 7 juillet 2022

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

Politique sur la fréquence d'exécution des ordonnances et le paiement

La politique sur la fréquence d'exécution des ordonnances et le paiement des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick encadre les critères et les exigences relatives au paiement des frais d'exécution d'ordonnance des médicaments pris de façon régulière. La politique a été mise à jour afin de préciser les critères et les exigences en matière de soumission et de justification des demandes de règlement. Les formulaires de justification ont aussi été mis à jour.

À compter du 1^{er} août 2022, les nouveaux formulaires devront être utilisés. Après cette date, les anciennes versions des formulaires ne seront plus acceptées aux fins de vérification.

La politique et les formulaires de justification sont disponibles [en ligne](#).

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Bulletin n° 1083

Le 25 juillet 2022

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 25 juillet 2022.

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
- Mise à jour pour les soumissions de demande de remboursement de plus de 9 999,99 \$

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
Terbinafine (Lamisil)	solution topique à 1% en vaporisateur	02238703	NVR	ADEFGV	PCF

L'autorisation spéciale n'est plus requise

Lurasidone (Latuda et marques génériques)	comprimé pelliculé de 20 mg comprimé pelliculé de 40 mg comprimé pelliculé de 60 mg comprimé pelliculé de 80 mg comprimé pelliculé de 120 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

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Adalimumab (Yuflyma)	stylo préremplie de 40 mg / 0,4 mL	02523779	CTL	(SA)	PCF

Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Une quantité maximale de 40 mg toutes les deux semaines sera approuvée.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

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.
- Les approbations seront pour un maximum de 160 mg, suivi de 80 mg deux semaines plus tard, puis de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 8 semaines

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

Hidradénite suppurée

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue ou un médecin expérimenté dans le traitement de l'hidradénite suppurée.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité maximum de 160 mg, suivie par une quantité de 80 mg deux semaines plus tard, et de 40 mg toutes les semaines, quatre semaines après la dose initiale.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Maladie de Crohn

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin spécialisé en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité maximum de 160 mg, suivie par une quantité de 80 mg deux semaines plus tard, et de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Polyarthrite 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.
- Une quantité maximale de 40 mg toutes les deux semaines sera approuvée.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

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.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Psoriasis en plaques

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 80 mg suivie d'une dose de 40 mg une semaine plus tard, puis 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Spondylarthrite ankylosante

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Uvéite

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un ophtalmologiste.
 - L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
 - L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 80 mg suivie d'une dose de 40 mg une semaine plus tard, puis 40 mg toutes les deux semaines.
 - Période d'approbation initiale : 6 mois.
 - Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.
-

Onasemnogène abéparvovec (Zolgensma)	solution pour perfusion intraveineuse de 2×10^{13} génomés de vecteur/mL	02509695	NVR	(SA)	PCF
---	---	----------	-----	------	-----

Pour le traitement de l'amyotrophie spinale (AS) chez les personnes qui répondent aux critères suivants :

- Dépistage génétique d'une AS 5q avec mutations bialléliques du gène de survie du motoneurone 1 (SMN1, de l'anglais *Survival Motor Neuron 1*); et
- Patient âgé de 180 jours ou moins au moment où l'onasemnogène abéparvovec est administré; et
- Patient présymptomatique ou symptomatique et porteur de 1 à 3 copies du gène de survie du motoneurone 2 (SMN2); et
- Patient qui ne nécessite pas de ventilation permanente (effractive ou non effractive) ni de sonde d'alimentation permanente.

Note clinique :

- La ventilation permanente est définie comme la nécessité d'une trachéotomie ou le besoin d'une assistance respiratoire de 16 heures ou plus par jour (au moyen d'une ventilation non effractive) pendant 14 jours consécutifs ou plus en l'absence d'une maladie aiguë réversible, à l'exclusion de la ventilation périopératoire.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le patient doit être sous les soins d'un spécialiste ayant l'expérience du diagnostic et du traitement de la AS.
- Aucun traitement par le nusinersen, le risdiplam ou d'autres médicaments indiqués pour le traitement de la AS ne sera envisagé après que le patient ait reçu une dose d'onasemnogène abéparvovec.
- Les autorisations seront limitées à une administration à vie de $1,1 \times 10^{14}$ génomes de vecteur/kg.
- Les patients qui ont reçu une dose antérieure d'onasemnogène abéparvovec obtenu par n'importe quel mécanisme (p. ex. régime d'assurance privé, essai clinique, accès compassionnel) ne seront pas remboursés.
- Les patients qui ont 4 copies ou plus du gène SMN2 ne seront pas remboursés.

Trientine (MAR-Trientine)	capsule de 250 mg	02504855	MAR	(SA)	PCF
------------------------------	-------------------	----------	-----	------	-----

Indiqué pour le traitement des patients atteints de la maladie de Wilson qui sont intolérants ou qui présentent une contre-indication à la D-pénicillamine.

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement. Des documents justificatifs doivent être fournis.

Note clinique :

- Les détails des intolérances et/ou des contre-indications à la D-pénicillamine doivent être fournis.

Notes pour les demandes de règlement :

- Chez les patients adultes, la Trientine ne doit être prescrite que par des médecins expérimentés dans la gestion de la maladie de Wilson.

- Chez les patients pédiatriques, la Trientine ne doit être prescrite et renouvelée que par des médecins expérimentés dans la gestion de la maladie de Wilson.
- Les autorisations seront pour une dose maximale de 2 000 mg par jour.
- Période d'approbation : 1 an.

Vitamines B et C
(Replavite)

comprimé 80007498 WNP (SA) PCF

Pour remplacer les vitamines hydrosolubles chez les patients atteints d'une maladie rénale en phase terminale qui sont sous dialyse.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : long terme.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

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

Nouvelle forme pharmaceutique et dosage

Risankizumab (Skyrizi)	seringue préremplie de 150 mg/mL	02519283	ABV	(SA)	PCF
	auto-injecteur de 150 mg/mL	02519291			

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;
- Réfractaire ou intolérance à la photothérapie ou incapacité à y avoir accès;
- Réfractaire, intolérance ou contre-indications à méthotrexate (par voie orale ou parentérale), à une dose supérieure ou égale à 20 mg par semaine (supérieure ou égale à 15 mg si le patient est âgé de 65 ans ou plus) pendant au moins 12 semaines.

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

- Les approbations seront pour une dose maximale de 150 mg aux semaines 0 et 4, et toutes les 12 semaines par la suite.
- Période initiale d'approbation : 16 semaines
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue est requise.

Nouvelle indication

Lenalidomide
(Revlimid et marques
génériques)

capsule de 2,5 mg
capsule de 5 mg
capsule de 10 mg
capsule de 15 mg
capsule de 20 mg
capsule de 25 mg

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

Myélome multiple

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

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

Nouvelle indication

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

Cancer de la prostate métastatique résistant à la castration

Pour le traitement des patients souffrant d'un cancer de la prostate métastatique résistant à la castration (CPRCm) qui respecte les critères suivants :

- porteurs d'une mutation germinale et/ou somatique délétère ou présumée délétère dans les gènes de réparation par recombinaison homologue (RRH) BRCA1, BRCA2 ou ATM; et
- dont la maladie a progressé au cours d'un traitement antérieur par une thérapie ciblant les récepteurs des androgènes (ARAT).

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que la patiente 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.

Nouveau dosage et critère révisé

Élécacaftor / Tézacaftor / Ivacaftor et Ivacaftor (Trikafta)	comprimé de 50 mg / 25 mg / 37.5 mg et comprimé de 75 mg	02526670	VTX	(SA)	PCF
--	--	----------	-----	------	-----

Pour le traitement des patients de 6 ans et plus qui présentent au moins une mutation F508del du gène régulateur de la perméabilité transmembranaire de la fibrose kystique (gène CFTR).

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](#).

Changements au statut de la garantie

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

Retraite de la liste

Déférasirox (Exjade et marques génériques)	comprimés de 125 mg comprimés de 250 mg comprimés de 500 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits			
--	---	---	--	--	--

Dès le 25 juillet 2022, les comprimés de déférasirox (Exjade et marques génériques) 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.

Il existe des chélateurs du fer aussi efficaces et moins coûteux qui sont actuellement couverts à titre de médicament requérant une autorisation spéciale.

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
Insuline asparte (Kirsty)	stylo prérempli de 100 unités/mL	02520974	BGP	Pour le traitement des patients atteints du diabète sucré.
	flacon multidose de 100 unités/mL	02520982		
Risperidone (Perseris)	seringue préremplie de 90 mg	02507838	HLS	Pour le traitement de la schizophrénie chez les patients adultes.
	seringue préremplie de 120 mg	02507846		

Mise à jour pour les soumissions de demande de remboursement de plus de 9 999,99 \$

Des changements ont été apportés pour améliorer l'efficacité du processus de soumission des demandes de remboursement de plus de 9 999,99 \$. Les médicaments, ainsi que les DIN (numéro d'identification du médicament) et NIP (numéro d'identification du produit) concernés, sont énumérés [ici](#).

À partir du 31 août 2022, les pharmacies devront utiliser le DIN, un NIP (chaque demande de remboursement suivante devra être soumise avec le même NIP) et le code d'intervention et d'exception « MG » pour soumettre les demandes de remboursement de plus de 9 999,99 \$. Le nouveau processus simplifiera la soumission de ce type de demandes de remboursement.

D'ici cette date, les demandes de remboursement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ peuvent être soumises soit au moyen du DIN, d'un NIP (chaque demande de remboursement suivante devra être soumise avec le même NIP) et du code d'intervention et d'exception « MG », soit au moyen du DIN et de plusieurs NIP.

Vous trouverez davantage de renseignements [en ligne](#) sur les soumissions des demandes de remboursement aux Régimes de médicaments du N.-B.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Bulletin n° 1084

Le 28 juillet 2022

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 juillet 2022, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 18 août 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 18 août 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 18 août 2022. Avant le 18 août 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 28 juillet 2022.
- Produits retirés du formulaire
 - Les produits seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 18 août 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
Calcipotriol / Bétaméthasone							
Gel	Top	50 mcg / 0,5 mg	Dovobet	02319012	LEO		1.5377
			Taro-Calcipotriol/Betamethasone Gel	02525178	TAR	ADEFGV	1.3142
Capécitabine							
Co.	Orl	150 mg	Capecitabine	02519879	JPC	ADEFGV	0.4575
		500 mg	Capecitabine	02519887	JPC	ADEFGV	1.5250
Céphalexine							
Co.	Orl	250 mg	Cephalexin	02521253	SAS	ABDEFGVW	0.0866
		500 mg	Cephalexin	02521261	SAS	ABDEFGVW	0.1731
Élériptan							
Co.	Orl	20 mg	Apo-Eleriptan Tablets	02518015	APX	ADEFGV	2.6172
		40 mg	Apo-Eleriptan Tablets	02518023	APX	ADEFGV	2.6172
Furosémide							
Liq	Inj	10 mg/mL	Furosemide Injection USP	02461404	STR	VW	0.6055
Glycopyrrolate							
Liq	Inj	0,2 mg/mL	Glycopyrrolate Injection USP	02473879	STR	ADEFGVW	2.7825
		0,4 mg / 2 mL	Glycopyrrolate Injection USP	02473895	STR	ADEFGVW	2.7825
		4 mg / 20 mL	Glycopyrrolate Injection USP	02473887	STR	ADEFGVW	2.7825
Lénalidomide							
Caps	Orl	2,5 mg	Taro-Lenalidomide	02507862	TAR	(SA)	82.3750
		5 mg	Taro-Lenalidomide	02507870	TAR	(SA)	85.0000
		10 mg	Taro-Lenalidomide	02507889	TAR	(SA)	90.2500
		15 mg	Taro-Lenalidomide	02507897	TAR	(SA)	95.5000
		20 mg	Taro-Lenalidomide	02507900	TAR	(SA)	100.7500
		25 mg	Taro-Lenalidomide	02507919	TAR	(SA)	106.0000
Lévétiracétam							
Co.	Orl	250 mg	Jamp Levetiracetam Tablets	02504553	JPC	ADEFGV	0.3210
		500 mg	Jamp Levetiracetam Tablets	02504561	JPC	ADEFGV	0.3911
		750 mg	Jamp Levetiracetam Tablets	02504588	JPC	ADEFGV	0.5416

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Mométasone Asp Nas 0,1%	Mometasone	02519127	SAS	ADEFGV	0.0742
Valacyclovir Co. Orl 1000 mg	Valacyclovir	02519585	SAS	ADEFGV	1.7218

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Fénofibrate Co. Orl 160 mg	AA-Feno-Super	02246860	AAP	ADEFGV	1.0022
Furosémide Liq Inj 10 mg/mL	Furosemide Furosemide	00527033 02382539	SDZ SDZ	VW	0.6055
Glycopyrrolate Liq Inj 0,2 mg/mL	Glycopyrrolate	02039508	SDZ	ADEFGVW	2.7825
Lovastatine Co. Orl 20 mg	Act Lovastatin Lovastatin	02248572 02220172	TEV AAP	ADEFGV	1.0846
	Act Lovastatin Lovastatin	02248573 02220180	TEV AAP	ADEFGV	1.9812
Toltérodine Caps.L.P. Orl 2 mg	Sandoz Tolterodine LA Teva-Tolterodine LA	02413140 02412195	SDZ TEV	ADEFGV	0.9822
	Sandoz Tolterodine LA Teva-Tolterodine LA	02413159 02412209	SDZ TEV	ADEFGV	0.9822
Travoprost Liq Oph 0,004%	Apo-Travoprost Z Sandoz Travoprost	02415739 02413167	APX SDZ	ADEFGV	8.6280

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
Produit retiré du marché				
Toltérodine Caps.L.P. Orl 2 mg	Mylan-Tolterodine ER	02404184	MYL	ADEFGV
	Mylan-Tolterodine ER	02404192	MYL	ADEFGV

Bulletin n° 1085

Le 22 août 2022

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 août 2022.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Médicaments évalués et non-inscrits
- Rappel : Politique sur la fréquence d'exécution des ordonnances et le paiement

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
Estrone (Estragyn)	crème vaginale à 0,1 %	00727369	SLP	ADEFGV	PCF
Lidocaine (Xylocaine en gelée 2%)	gel topique à 2 %	00001694 00385484	APN	ADEFGV	PAM

L'autorisation spéciale n'est plus requise

Apixaban (Eliquis et marque générique)	comprimé de 2,5 mg comprimé de 5 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		ADEFGV	PAM
Édoxaban (Lixiana)	comprimé de 15 mg comprimé de 30 mg comprimé de 60 mg	02458640 02458659 02458667	SEV	ADEFGV	PCF
Rivaroxaban (Xarelto)	comprimé de 15 mg comprimé de 20 mg	02378604 02378612	BAY	ADEFGV	PCF

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Critère révisé Ciprofloxacine (Cipro et marques génériques)	comprimé de 250 mg comprimé de 500 mg comprimé de 750 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		BW(SA)	PAM

- Pour le traitement de ce qui suit :
 - Exacerbations aiguës d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, en présence d'un risque d'infection à *Pseudomonas*
 - Prostatite bactérienne
 - Infections pulmonaires liées à la fibrose kystique
 - Neutropénie fébrile
 - Infections par un microorganisme à Gram négatif (p. ex., ostéomyélite, infections articulaires) qui résistent aux autres antibactériens oraux
 - Infections causées par les bactéries *Pseudomonas aeruginosa* (chez les souches vulnérables)
 - Gastroentérite bactérienne grave lorsque les autres antibactériens (p. ex., macrolides, sulfaméthoxazole/triméthoprime) sont inefficaces, non tolérés ou contre-indiqués
 - Otite externe grave (maligne)
 - Infections des voies urinaires ou pyélonéphrite aiguë non compliquées lorsque des

- bactéries résistantes sont en cause ou lorsque les autres antibactériens sont inefficaces, non tolérés ou contre-indiqués
2. Pour la chimioprophylaxie après un contact étroit avec un cas d'infection invasive à méningocoque.
 3. Pour la prévention de l'endophtalmie chez les patients ayant subi une chirurgie de la cataracte avec vitrectomie non planifiée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par les infectiologues, les internistes, les hématologues, les microbiologistes médicaux, les oncologues, les cliniciens adjoints en oncologie, les omnipraticiens en oncologie, les pneumologues ou les urologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Les comprimés de ciprofloxacine de 250 mg, 500 mg et 750 mg sont des services assurés habituels pour le régime B.

Critère révisé

Ciprofloxacine
(Cipro suspension orale)

suspension orale de 500 mg / 5 mL 02237514 BAY W (SA) PCF

Pour le traitement des patients chez qui les comprimés oraux ne sont pas une option et qui répondent autrement aux critères d'autorisation spéciale pour les comprimés de ciprofloxacine.

Note pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par les infectiologues, les internistes, les hématologues, les microbiologistes médicaux, les oncologues, les cliniciens adjoints en oncologie, les omnipraticiens en oncologie, les pneumologues ou les urologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.

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
Budésonide (Jorveza)	comprimé de 0,5 mg comprimé de 1 mg	02513854 02493675	AVI	Pour le traitement chez les adultes atteints d'œsophagite à éosinophiles.

Rappel : Politique sur la fréquence d'exécution des ordonnances et le paiement

La politique sur la fréquence d'exécution des ordonnances et le paiement des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick encadre les critères et les exigences relatives au paiement des frais d'exécution d'ordonnance des médicaments pris de façon régulière.

À titre de rappel, la politique a été mise à jour afin de préciser les critères et les exigences en matière de soumission et de justification des demandes de règlement. Les nouveaux formulaires de justification doivent être utilisés depuis le 1^{er} août 2022. Les anciennes versions des formulaires ne sont plus acceptées aux fins de vérification.

À la suite de la publication de la nouvelle Directive professionnelle sur le traitement par agonistes opioïdes de l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick, les médicaments destinés au traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes qui sont assujettis à des exigences de distribution énoncées dans cette directive sont exclus de la politique (p. ex., buprénorphine/naloxone, morphine orale à libération lente).

La politique et les formulaires de justification sont disponibles [en ligne](#).

Bulletin n° 1086

Le 31 août 2022

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 2022, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 21 septembre 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 21 septembre 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 21 septembre 2022. Avant le 21 septembre 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 31 août 2022.
- Produits retirés du formulaire
 - Les produits seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 21 septembre 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
Abiratéronne						
Co.	Orl	500 mg	Abiraterone	02525380	JPC	(SA) 15.3125
Cinacalcet						
Co.	Orl	30 mg	Cinacalcet	02524880	SAS	ADEFGV 2.7418
Desmopressine						
Liq	Inj	4 mcg/mL	DDAVP	00873993	FEI	ADEFGV 11.7667 9.3314
			Bipazen	02513579	KVR	
Drospirénone / Éthinylœstradiol						
Co.	Orl	3 mg / 0,02 mg	Drospirenone and Ethinyl Estradiol	02462060	GLM	DEFGV 0.2950
		3 mg / 0,03 mg	Drospirenone and Ethinyl Estradiol - 21	02421437	GLM	DEFGV 0.2962 0.2221
			Drospirenone and Ethinyl Estradiol - 28	02421445		
Gliclazide						
Co.L.P.	Orl	30 mg	Gliclazide MR	02524856	SAS	ADEFGV 0.0931
		60 mg	Gliclazide MR	02524864	SAS	ADEFGV 0.0632
Létrozole						
Co.	Orl	2,5 mg	Letrozole	02524244	SIV	ADEFV 1.3780
Spironolactone						
Co.	Orl	25 mg	Jamp Spironolactone	02518821	JPC	ADEFGV 0.0405
		100 mg	Jamp Spironolactone	02518848	JPC	ADEFGV 0.0955
Toltérodine						
Co.	Orl	1 mg	Jamp Tolterodine	02496836	JPC	ADEFGV 0.2455
		2 mg	Jamp Tolterodine	02496844	JPC	ADEFGV 0.2455

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Bupropion						
Co.L.L.	Orl	100 mg	Odan Bupropion SR	02275074	ODN	ADEFGV 0.3094
		150 mg	Odan Bupropion SR	02275082	ODN	ADEFGV 0.5394
Cefprozil						
Co.	Orl	500 mg	Auro-Cefprozil	02347253	ARO	ADEFGVW 2.0038
			Taro-Cefprozil	02293536	SUN	

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Dexaméthasone							
Co.	Orl	4 mg	Apo-Dexamethasone pms-Dexamethasone	02250055 01964070	APX PMS	ADEFGVW	0.6112
Drosprénone / Éthinylestradiol							
Co.	Orl	3 mg / 0,02 mg	Mya	02415380	APX	DEFGV	0.2950
		3 mg / 0,03 mg	Zamine (21) Zamine (28)	02410788 02410796	APX	DEFGV	0.2962 0.2221
Flurbiprofène							
Co.	Orl	100 mg	Flurbiprofen	01912038	AAP	ADEFGV	0.5930
Spironolactone							
Co.	Orl	25 mg	Mint-Spironolactone Teva-Spironolactone	02488140 00613215	MNT TEV	ADEFGV	0.0405
		100 mg	Mint-Spironolactone Teva-Spironolactone	02488159 00613223	MNT TEV	ADEFGV	0.0955
Tobramycine							
Liq	Inj	40 mg/mL	Tobramycine	02241210	SDZ	ABDEFGVW	1.2050
Triamcinolone / Néomycine / Nystatine / Gramicidine							
Cr.	Top	mg / 2,5 mg / 100 000 IU / 0,25 mg	Viaderm K-C	00717002	TAR	ADEFGV	0.2359

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
Produit retiré du marché						
Bupropion						
Co.L.L.	Orl	100 mg	Bupropion SR	02391562	SAS	ADEFGV
		150 mg	Bupropion SR	02391570	SAS	ADEFGV

Bulletin n° 1087

Le 26 septembre 2022

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

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 26 septembre 2022.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

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

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

Ajouts aux garanties régulières

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
L'autorisation spéciale n'est plus requise					
Brexpiprazole (Rexulti)	comprimé de 0,25 mg	02461749			
	comprimé de 0,5 mg	02461757			
	comprimé de 1 mg	02461765			
	comprimé de 2 mg	02461773	OTS	ACDEFGV	PCF
	comprimé de 3 mg	02461781			
	comprimé de 4 mg	02461803			

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Fédératinib (Inrebic)	capsule de 100 mg	02502445	CEL	(SA)	PCF

Pour le traitement de la splénomégalie ou des symptômes qui s'y rattachent chez les patients adultes :

- atteints de myélofibrose primitive à risque intermédiaire 2 ou élevé, de myélofibrose consécutive à une polycythémie vraie ou de myélofibrose consécutive à une thrombocythémie essentielle;
- qui présentent une contre-indication ou une intolérance au ruxolitinib.

Critère de renouvellement :

- Confirmation que le patient a répondu au traitement, comme en témoigne la réduction de la taille de la rate ou l'amélioration des symptômes.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être interrompu chez les patients qui présentent une augmentation progressive de la taille de la rate, un retour des symptômes constitutionnels ou l'apparition d'effets indésirables graves.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé à la suite d'un traitement avec ruxolitinib.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

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

Critère révisé

Denosumab (Prolia)	seringues préremplies de 60 mg/mL	02343541	AGA	(SA)	PCF
-----------------------	--------------------------------------	----------	-----	------	-----

Pour le traitement de l'ostéoporose chez les patients qui présentent :

- un risque élevé de fractures;
- une contre-indication, une intolérance gastro-intestinale grave ou un cas réfractaire aux bisphosphonates.

Notes cliniques :

1. Réfractaire se définit par une fracture de fragilisation ou une preuve de diminution de la densité minérale osseuse en dessous du niveau observé avant le traitement, malgré l'observance pendant un an d'un autre traitement offert contre l'ostéoporose.
2. Risque élevé de fractures :
 - risque modéré de fractures sur 10 ans (10 % à 20 %) selon l'outil conçu par l'Association canadienne des radiologistes et Ostéoporose Canada (CAROC) ou l'outil d'évaluation du risque de fracture de l'Organisation mondiale de la Santé (FRAX), avec antécédents de fracture de fragilisation, ou
 - risque élevé de fractures sur 10 ans (≥ 20 %) selon l'outil CAROC ou l'outil FRAX.

Notes pour les demandes de règlement :

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

Critère révisé

Ruxolitinib (Jakavi)	comprimé de 5 mg	02388006	NVR	(SA)	PCF
	comprimé de 10 mg	02434814			
	comprimé de 15 mg	02388014			
	comprimé de 20 mg	02388022			

Myélofibrose

Pour le traitement de la splénomégalie et/ou des symptômes qui y sont associés chez les patients adultes atteints de myélofibrose primitive, de myélofibrose consécutive à une polycythémie vraie ou de myélofibrose consécutive à une thrombocythémie essentielle qui répondent à tous les critères suivants :

- Maladie à risque intermédiaire ou élevé, ou maladie à faible risque avec splénomégalie symptomatique, selon les critères DIPSS Plus
- Patient non traité auparavant ou réfractaire à un autre traitement

Critères de renouvellement :

- Confirmation que le patient a répondu au traitement, comme en témoigne la réduction de la taille de la rate ou l'amélioration des symptômes.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent avoir un indice de performance de l'ECOG de 3 ou moins.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé alors qu'ils suivaient un traitement avec fédératinib.
- Période d'approbation : 6 mois.

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
Macitentan / tadalafil (Opsynvi)	comprimés pelliculés de 10 mg / 40 mg	02521083	JAN	Pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire.

Bulletin n° 1088

Le 29 septembre 2022

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 septembre 2022, 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 20 octobre 2022. Avant le 20 octobre 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 29 septembre 2022.
- Produits retirés du formulaire
 - Les produits seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 20 octobre 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
Acyclovir							
Co.	Orl	200 mg	Mint-Acyclovir	02524708	MNT	ACDEFGV	0.3511
		400 mg	Mint-Acyclovir	02524716	MNT	ACDEFGV	0.8890
		800 mg	Mint-Acyclovir	02524724	MNT	ACDEFGV	1.2673
Alendronate							
Co.	Orl	70 mg	Jamp Alendronate Sodium	02500175	JPC	ACDEFGV	1.7804
Bétahistine							
Co.	Orl	8 mg	M-Betahistine	02519682	MRA	(SA)	0.0637
		16 mg	M-Betahistine	02519690	MRA	ACDEFGV	0.1106
		24 mg	M-Betahistine	02519704	MRA	ACDEFGV	0.1659
Chlorure de potassium							
Liq	Orl	100 mg/mL	Odan Potassium Chloride	80046782	ODN	ACDEFGV	0.0324
Digoxine							
Co.	Orl	0,0625 mg	Jamp Digoxin	02498502	JPC	ACDEFGV	0.1850
		0,125 mg	Jamp Digoxin	02498510	JPC	ACDEFGV	0.1751
Irbesartan							
Co.	Orl	75 mg	M-Irbesartan	02524813	MRA	ACDEFGV	0.2281
		150 mg	M-Irbesartan	02524821	MRA	ACDEFGV	0.2281
		300 mg	M-Irbesartan	02524848	MRA	ACDEFGV	0.2281
Prégabaline							
Caps	Orl	225 mg	Apo-Pregabalin	02394286	APX	ACDEFGVW	0.5757
Témozolomide							
Caps	Orl	5 mg	Jamp Temozolomide	02516799	JPC	ACDEFGV	1.9500
		20 mg	Jamp Temozolomide	02516802	JPC	ACDEFGV	7.8000
		100 mg	Jamp Temozolomide	02516810	JPC	ACDEFGV	39.0015
		140 mg	Jamp Temozolomide	02516829	JPC	ACDEFGV	54.6025
		250 mg	Jamp Temozolomide	02516845	JPC	ACDEFGV	97.5010
Valsartan							
Co.	Orl	40 mg	M-Valsartan	02524511	MRA	ACDEFGV	0.2211
		80 mg	M-Valsartan	02524538	MRA	ACDEFGV	0.2159

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Valsartan							
Co.	Orl	160 mg	M-Valsartan	02524546	MRA	ACDEFGV	0.2159

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Acyclovir							
Co.	Orl	200 mg	Apo-Acyclovir	02207621	APX		
			Mylan-Acyclovir	02242784	MYL	ACDEFGV	0.3511
			Teva-Acyclovir	02285959	TEV		
		400 mg	Apo-Acyclovir	02207648	APX		
			Mylan-Acyclovir	02242463	MYL	ACDEFGV	0.8890
			Teva-Acyclovir	02285967	TEV		
Bétahistine							
Co.	Orl	8 mg	Auro-Betahistine	02449145	ARO	(SA)	0.0637
			Teva-Betahistine	02280183	TEV		
Chlorure de potassium							
Liq	Orl	100 mg/mL	Jamp-Potassium Chloride	80024835	JPC	ACDEFGV	0.0324
Digoxine							
Co.	Orl	0,0625 mg	Toloxin	02335700	PDP	ACDEFGV	0.1850
		0,125 mg	Toloxin	02335719	PDP	ACDEFGV	0.1751
Témozolomide							
Caps	Orl	5 mg	Taro-Témozolomide	02443473	TAR		
			Teva-Témozolomide	02441160	TEV	ACDEFGV	1.9500
		20 mg	Taro-Témozolomide	02443481	TAR		
			Teva-Témozolomide	02395274	TEV	ACDEFGV	7.8000
		100 mg	Taro-Témozolomide	02443511	TAR		
			Teva-Témozolomide	02395282	TEV	ACDEFGV	39.0015
		140 mg	Taro-Témozolomide	02443538	TAR		
			Teva-Témozolomide	02395290	TEV	ACDEFGV	54.6025
		250 mg	Taro-Témozolomide	02443554	TAR		
			Teva-Témozolomide	02395312	TEV	ACDEFGV	97.5010
Ropinirole							
Co.	Orl	5 mg	Ran-Ropinirole	02314088	RAN		
			Teva-Ropinirole	02316870	TEV	ACDEFV	1.7450

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Risperidone							
Liq	Orl	1 mg/mL	Jamp-Risperidone	02454319	JPC	ACDEFGV	0.7080
			pms-Risperidone	02279266	PMS		

Produits retirés du formulaire

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

Produit retiré du marché

Ropinirole						
Co.	Orl	5 mg	Jamp-Ropinirole	02352362	JPC	ACDEFV

Régime médicaments du Nouveau-Brunswick

Modifications de la prime et de la quote-part

Les montants de la prime et de la quote-part maximale du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick seront modifiés le 1^{er} novembre 2022. Le nombre de niveaux de primes (échelles de revenus) et de quotes-parts maximales passera de 6 à 21. Vous trouverez de plus amples renseignements en ligne au www.gnb.ca/regimemedicaments.

En vigueur le 1^{er} novembre 2022

Revenu annuel brut		Primes		Quotes-parts
Individuel	Individuel avec enfant / Couple avec ou sans enfant	Prime mensuelle par adulte	Prime annuelle par adulte	Quote-part de 30 % – Montant maximal par ordonnance
17 144 \$ ou moins	34 290 \$ ou moins	5,50 \$	66 \$	4 \$
De 17 145 \$ à 18 071 \$	De 34 291 \$ à 35 856 \$	11,08 \$	133 \$	5,35 \$
De 18 072 \$ à 18 943 \$	De 35 857 \$ à 37 331 \$	22,17 \$	266 \$	6,70 \$
De 18 944 \$ à 19 869 \$	De 37 332 \$ à 38 898 \$	33,25 \$	399 \$	8,25 \$
De 19 870 \$ à 20 796 \$	De 38 899 \$ à 40 465 \$	44,33 \$	532 \$	11 \$
De 20 797 \$ à 21 722 \$	De 40 466 \$ à 42 032 \$	55,42 \$	665 \$	12,40 \$
De 21 723 \$ à 22 594 \$	De 42 033 \$ à 43 506 \$	66,50 \$	798 \$	13,75 \$
De 22 595 \$ à 23 521 \$	De 43 507 \$ à 45 073 \$	77,58 \$	931 \$	15,15 \$
De 23 522 \$ à 24 447 \$	De 45 074 \$ à 46 640 \$	88,67 \$	1 064 \$	16,50 \$
De 24 448 \$ à 25 374 \$	De 46 641 \$ à 48 207 \$	99,75 \$	1 197 \$	17,90 \$
De 25 375 \$ à 26 246 \$	De 48 208 \$ à 49 682 \$	110,83 \$	1 330 \$	19,25 \$
De 26 247 \$ à 27 172 \$	De 49 683 \$ à 51 249 \$	121,92 \$	1 463 \$	20,65 \$
De 27 173 \$ à 28 099 \$	De 51 250 \$ à 52 816 \$	133 \$	1 596 \$	22 \$
De 28 100 \$ à 29 025 \$	De 52 817 \$ à 54 382 \$	144,08 \$	1 729 \$	23,40 \$
De 29 026 \$ à 38 201 \$	De 54 383 \$ à 69 064 \$	155,17 \$	1 862 \$	24,75 \$
De 38 202 \$ à 47 377 \$	De 69 065 \$ à 83 745 \$	166,25 \$	1 995 \$	26,15 \$
De 47 378 \$ à 56 553 \$	De 83 746 \$ à 98 426 \$	177,33 \$	2 128 \$	27,55 \$
De 56 554 \$ à 65 729 \$	De 98 427 \$ à 113 108 \$	188,42 \$	2 261 \$	28,90 \$
De 65 730 \$ à 74 904 \$	De 113 109 \$ à 127 789 \$	199,50 \$	2 394 \$	30,30 \$
De 74 905 \$ à 84 080 \$	De 127 790 \$ à 142 470 \$	210,58 \$	2 527 \$	31,65 \$
Plus de 84 080 \$	Plus de 142 470 \$	221,67 \$	2 660 \$	33,05 \$

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

Bulletin n° 1090

Le 24 octobre 2022

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

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 24 octobre 2022.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

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

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

Ajouts aux garanties régulières

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Acétate de cyprotérone et d'éthinylestradiol (Diane-35 et marques génériques)	comprimé de 2 mg / 0,035 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		CDEFGV	PAM
L'autorisation spéciale n'est plus requise					
Acamprosate (Campral)	comprimé à libération retardée de 333 mg	02293269	MYL	ACDEFGV	PAM
Naltrexone (Revia et marques génériques)	comprimé de 50 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		ACDEFGV	PAM

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Lévétiracétam (pdp-levetiracetam)	solution orale de 100 mg/mL	02490447	PDP	(SA)	PCF
<p>Pour les patients dont les médicaments doivent être administrés au moyen d'une sonde d'alimentation ou les patients pédiatriques lorsque les comprimés oraux ne sont pas une option.</p> <p><u>Note pour les demandes de règlement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Période d'approbation : 1 an. 					
Satralizumab (Enspryng)	seringue préremplie de 120 mg/mL	02499681	HLR	(SA)	PCF
<p>Pour le traitement du trouble du spectre de la neuromyéélite optique (TSNMO) chez les patients âgés de 12 ans et plus qui répondent à tous les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • sont séropositifs pour des anticorps anti-aquaporine 4; • ont un indice de 6,5 points ou moins sur l'échelle étendue du statut d'invalidité (EDSS); • ont subi au moins une rechute au cours des 12 derniers mois; • ont subi une rechute malgré l'essai adéquat du rituximab ou ont une intolérance au rituximab. <p>Critère de renouvellement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les demandes de renouvellement seront admissibles pour les patients qui maintiennent un indice de moins de 8 points sur l'EDSS. 					

Note clinique :

- Le traitement par le satralizumab ne doit pas être entrepris pendant une rechute du TSNMO.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un neurologue possédant de l'expérience dans le traitement du TSNMO.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Une dose maximale de 120 mg sera approuvée pour les semaines 0, 2 et 4, puis de 120 mg toutes les quatre semaines par la suite.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Nouveau dosage Adalimumab (Hulio)	seringue préremplie de 20 mg / 0,4 mL	02502380	BGP	(SA)	PCF

Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Une quantité maximale de 40 mg toutes les deux semaines sera approuvée.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

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.
- Les approbations seront pour un maximum de 160 mg, suivi de 80 mg deux semaines plus tard, puis de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 8 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Hidradénite suppurée

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue ou un médecin expérimenté dans le traitement de l'hidradénite suppurée.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité maximum de 160 mg, suivie par une quantité de 80 mg deux semaines plus tard, et de 40 mg toutes les semaines, quatre semaines après la dose initiale.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Maladie de Crohn

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin spécialisé en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité maximum de 160 mg, suivie par une quantité de 80 mg deux semaines plus tard, et de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Polyarthrite 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.
- Une quantité maximale de 40 mg toutes les deux semaines sera approuvée.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

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.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Psoriasis en plaques

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 80 mg suivie d'une dose de 40 mg une semaine plus tard, puis 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Spondylarthrite ankylosante

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

Uvéite

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un ophtalmologiste.
 - L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
 - L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 80 mg suivie d'une dose de 40 mg une semaine plus tard, puis 40 mg toutes les deux semaines.
 - Période d'approbation initiale : 6 mois.
 - Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.
-

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
Pemigatinib (Pemazyre)	comprimé de 4,5 mg	02519933	INC	Pour le traitement des patients adultes atteints d'un cholangiocarcinome localement avancé ou métastatique non résécable traité antérieurement et présentant une fusion ou un autre réarrangement du récepteur du facteur de croissance des fibroblastes 2 (FGFR2).
	comprimé de 9 mg	02519941		
	comprimé de 13,5 mg	02519968		
Zanubrutinib (Brukinsa)	capsule de 80 mg	02512963	BGN	Pour le traitement des adultes atteints de lymphome à cellules du manteau (LCM) ayant reçu au moins un traitement antérieur.

Bulletin n° 1091

Le 31 octobre 2022

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 octobre 2022, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 21 novembre 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 21 novembre 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 21 novembre 2022. Avant le 21 novembre 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 31 octobre 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
Apixaban							
Co.	Orl	2,5 mg	ACH-Apixaban	02487713	AHI		
			Jamp Apixaban	02528924	JPC		
			M-Apixaban	02529009	MRA		
			Mar-Apixaban	02492369	MAR	ACDEFGV	0.4084
			Nat-Apixaban	02492814	NAT		
			Sandoz Apixaban	02489228	SDZ		
			Taro-Apixaban	02510464	TAR		
		5 mg	ACH-Apixaban	02487721	AHI		
			Jamp Apixaban	02528932	JPC		
			M-Apixaban	02529017	MRA		
			Mar-Apixaban	02492377	MAR	ACDEFGV	0.4084
			Nat-Apixaban	02492822	NAT		
			Sandoz Apixaban	02489236	SDZ		
			Taro-Apixaban	02510472	TAR		
Atovaquone							
Susp	Orl	750 mg / 5 mL	Mepron	02217422	GSK		3.1713
			GLN-Atovaquone	02528495	GLM	ACDEFGV	2.3785
Chlorure de Potassium							
Liq	Orl	100 mg/mL	pms-Potassium Chloride	02238604	PMS	ACDEFGV	0.0227
Déférasirox							
Co.	Orl	90 mg	pms-Deferasirox (Type J)	02528290	PMS	(SA)	2.6303
		180 mg	pms-Deferasirox (Type J)	02528304	PMS	(SA)	5.2610
		360 mg	pms-Deferasirox (Type J)	02528312	PMS	(SA)	10.5228
Emtricitabine/Ténofovir							
Co.	Orl	200 mg / 300 mg	Mint-Emtricitabine/Tenofovir	02521547	MNT	ACDEFGUV	7.0582
Lévétiracétam							
Co.	Orl	250 mg	M-Levetiracetam	02524562	MRA	ACDEFGV	0.3210
		500 mg	M-Levetiracetam	02524570	MRA	ACDEFGV	0.3911
		750 mg	M-Levetiracetam	02524589	MRA	ACDEFGV	0.5416
Lurasidone							
Co.	Orl	120 mg	Jamp Lurasidone	02516470	JPC	ACDEFGV	1.2250
Montélukast							
Co.C.		4 mg	Jamp Montelukast Chewable	02514877	JPC	ACDEFGV	0.2758
		5 mg	Jamp Montelukast Chewable	02514885	JPC	ACDEFGV	0.3082

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Pazopanib							
Co.	Orl	200 mg	Votrient	02352303	NVR	(SA)	36.4300
			pms-Pazopanib	02525666	PMS		27.3225
Progestérone							
Caps	Orl	100 mg	Progesterone	02516187	SAS	(SA)	0.3762
Sunitinib							
Caps	Orl	25 mg	Sutent	02280809	PFI	(SA)	130.2470
			Taro-Sunitinib	02524066	TAR		97.6853
		50 mg	Sutent	02280817	PFI	(SA)	260.4950
			Taro-Sunitinib	02524082	TAR		195.3713
Topiramate							
Co.	Orl	25 mg	GLN-Topiramate	02287765	GLM	ACDEFGV	0.2433
		100 mg	GLN-Topiramate	02287773	GLM	ACDEFGV	0.4583
		200 mg	GLN-Topiramate	02287781	GLM	ACDEFGV	0.6748
Trétinoïne							
Caps	Orl	10 mg	Vesanoid	02145839	XPI	ACDEFGV	16.3863
			Jamp Tretinoin	02520036	JPC		13.9284
Trientine							
Caps	Orl	250 mg	Mar-Trientine	02504855	MAR	(SA)	20.0000
			Waymade-Trientine	02515067	WMD		
Venlafaxine							
Caps.L.L.	Orl	37,5 mg	pmsc-Venlafaxine XR	02521466	PMS	ACDEFGV	0.0913
		75 mg	pmsc-Venlafaxine XR	02521482	PMS	ACDEFGV	0.1825
		150 mg	pmsc-Venlafaxine XR	02521474	PMS	ACDEFGV	0.1927
Voriconazole							
Co.	Orl	50 mg	Jamp Voriconazole	02525771	JPC	(SA)	3.3909
		200 mg	Jamp Voriconazole	02525798	JPC	(SA)	13.2403

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Apixaban							
Co.	Orl	2,5 mg	Apo-Apixaban	02487381	APX	ACDEFGV	0.4084
		5 mg	Apo-Apixaban	02487403	APX	ACDEFGV	0.4084

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Chlorure de Potassium							
Liq	Orl	100 mg/mL	Jamp-Potassium Chloride	80024835	JPC	ACDEFGV	0.0227
			Odan Potassium Chloride	80046782	ODN		
Colesevelam							
Co.	Orl	625 mg	Apo-Colesevelam	02494051	APX	ACDEFGV	0.5931
Lurasidone							
Co.	Orl	120 mg	pms-Lurasidone	02505916	PMS	ACDEFGV	1.2250
			Taro-Lurasidone	02504537	TAR		
Voriconazole							
Co.	Orl	50 mg	Sandoz Voriconazole	02399245	SDZ	(SA)	3.3909
			Teva-Voriconazole	02396866	TEV		
		200 mg	Sandoz Voriconazole	02399253	SDZ	(SA)	13.2403
			Teva-Voriconazole	02396874	TEV		

Bulletin n° 1092

Le 21 novembre 2022

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

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 21 novembre 2022.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Médicaments évalués et non-inscrits
- Mise à jour de la politique relative au remplacement des médicaments

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
Glucoheptonate de magnésium (Rougier magnésium et marques génériques)	solution de 100 mg/mL	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		ACDEFGV	PAM
Médoroxprogesterone (Depo-Provera)	seringue préremplie de 150 mg/mL	02523493	PFI	CDEFGV	PCF

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Binimétinib (Mektovi)	comprimé pelliculé de 15 mg	02513080	PFI	(SA)	PCF
<p>Pour le traitement des patients présentant un mélanome localement avancé, non résecable ou métastatique, porteur de la mutation BRAF V600, lorsqu'il est utilisé en association avec l'encorafénib.</p> <p>Critère de renouvellement :</p> <ul style="list-style-type: none"> Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé. <p><u>Notes cliniques :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Le patient doit présenter un bon indice de performance. Si des métastases cérébrales sont présentes, les patients devraient être asymptomatiques ou stables. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent. <p><u>Notes pour les demandes de règlement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Le binimétinib ne sera pas remboursé pour les patients dont la maladie a progressé durant un traitement ciblant la protéine BRAF. Les demandes seront admissibles pour les patients qui ont reçu un traitement adjuvant ciblant la protéine BRAF si la progression de la maladie est survenue au moins six mois après la fin du traitement. Période d'approbation initiale : 6 mois. 					
Décitabine / Cédazuridine (Inqovi)	comprimé de 35 mg / 100 mg	02501600	TAI	(SA)	PCF

Pour le traitement des patients adultes atteints d'un syndrome myélodysplasique (SMD), antérieurement traité ou non, qui répondent à tous les critères suivants :

- Novo et secondaire, incluant tous les sous-types hématologiques selon la classification franco-américano-britannique (anémie réfractaire, anémie réfractaire avec sidéroblastes en couronne, anémie réfractaire avec excès de blastes et leucémie myélomonocytaire chronique [LMMC])
- Groupes de risque intermédiaire-1, intermédiaire-2 et élevé définis par l'indice pronostique international (IPSS : International Prognostic Scoring System)
- Le patient n'a pas présenté une progression de la maladie pendant un traitement par un agent hypométhylant

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Note sur la demande de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

Encorafénib
(Braftovi)

capsule de 75 mg

02513099

PFI

(SA)

PCF

Cancer colorectal métastatique

En association avec panitumumab pour le traitement des patients souffrant d'un cancer colorectal métastatique qui répondent aux critères suivants :

- Porteur d'une mutation BRAF V600E
- Progression de la maladie après au moins un autre traitement pour le cancer métastatique
- Aucun traitement antérieur par un inhibiteur de l'EGFR

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- L'encorafénib ne sera pas remboursé pour les patients dont la maladie a progressé durant un traitement ciblant la protéine BRAF.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.

Mélanome métastatique

Pour le traitement des patients atteints d'un mélanome non résecable ou métastatique porteur de la mutation BRAF V600 lorsqu'il est utilisé en association avec le binimétinib.

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

Upadacitinib
(Rinvoq)

comprimé à libération
prolongée de 15 mg

02495155

ABV

(SA)

PCF

Arthrite psoriasique

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 15 mg par jour.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

Polyarthrite rhumatoïde

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

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 15 mg par jour.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Une confirmation de la réponse au traitement est requise.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Critère révisé Lévofoxacine (marques génériques)	comprimé de 250 mg comprimé de 500 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		BVW (SA)	PAM
					<ol style="list-style-type: none">1. Pour compléter le traitement amorcé en milieu hospitalier chez les patients atteints d'une pneumonie nosocomiale, d'une pneumonie extrahospitalière (PEH) ou d'une exacerbation aiguë d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).2. Pour le traitement de l'exacerbation aiguë de la MPOC (EAMPOC) compliquée chez les patients qui :

- ont échoué à un traitement avec au moins un traitement de première intention (doxycycline, bêtalactamine, triméthoprim-sulfaméthoxazole ou macrolide), ou
 - sont intolérants ou qui présentent une contre-indication à au moins deux traitements de première intention.
3. Pour le traitement de la PEH chez les patients ayant une confirmation par radiographie de la pneumonie qui :
 - ont échoué à un traitement avec au moins un traitement de première intention (macrolide, doxycycline, bêtalactamine), ou
 - sont intolérants ou qui présentent une contre-indication à au moins deux traitements de première intention.
 4. Pour le traitement des infections pulmonaires chez les patients atteints de fibrose kystique.
 5. Pour le traitement de la pneumonie grave chez les patients des foyers de soins infirmiers.
 6. Pour le traitement des patients souffrant d'ostéomyélite ou d'infections articulaires compliquées.
 7. Pour le traitement des patients souffrant d'une pyélonéphrite.

Notes cliniques :

1. Si le patient a été traité avec un antibiotique au cours des 3 derniers mois, optez pour un antibiotique d'une autre classe.
2. L'EAMPOC compliquée désigne les patients atteints de MOPC (VEMS/CVF supérieur à 0,7) présentant une purulence accrue des expectorations et une augmentation de la dyspnée ou du volume des expectorations, et l'un des éléments suivants :
 - VEMS1 inférieur à 50 % de la valeur prédite
 - Au moins 4 exacerbations par année
 - Cardiopathie ischémique
 - Administration d'oxygène à domicile
 - Utilisation chronique de stéroïdes oraux

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par les infectiologues, les internistes, les hématologues, les microbiologistes médicaux, les oncologues, les cliniciens adjoints en oncologie, les omnipraticiens en oncologie, ou les pneumologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Lévofoxacine est un service assuré habituel pour les régimes BV.

Tuberculose

Pour le traitement de la tuberculose chez les patients qui ont une résistance aux médicaments, vérifiée en laboratoire, des contre-indications ou une intolérance aux traitements de premiers recours.

Notes pour les demandes de règlement :

- Ce médicament doit être prescrit par un infectiologue, ou en consultation avec un tel médecin.
- Les demandes seront seulement prises en considération en vertu des plans CP.

Critère révisé

Moxifloxacine
(marques génériques)

comprimé de 400 mg

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

BVW (SA)

PAM

1. Pour compléter le traitement amorcé en milieu hospitalier chez les patients atteints d'une pneumonie nosocomiale, d'une pneumonie extrahospitalière (PEH) ou d'une exacerbation aiguë d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).
2. Pour le traitement de l'exacerbation aiguë de la MPOC (EAMPOC) compliquée chez les patients qui :
 - ont échoué à un traitement avec au moins un traitement de première intention (doxycycline, bêtalactamine, triméthoprim-sulfaméthoxazole ou macrolide), ou
 - sont intolérants ou qui présentent une contre-indication à au moins deux traitements de première intention.
3. Pour le traitement de la PEH chez les patients ayant une confirmation par radiographie de la pneumonie qui :
 - ont échoué à un traitement avec au moins un traitement de première intention (macrolide, doxycycline, bêtalactamine), ou
 - sont intolérants ou qui présentent une contre-indication à au moins deux traitements de première intention.
4. Pour le traitement des infections pulmonaires chez les patients atteints de fibrose kystique.
5. Pour le traitement de la pneumonie grave chez les patients des foyers de soins infirmiers.
6. Pour le traitement des patients souffrant d'ostéomyélite ou d'infections articulaires compliquées.

Notes cliniques :

1. Si le patient a été traité avec un antibiotique au cours des 3 derniers mois, optez pour un antibiotique d'une autre classe.
2. L'EAMPOC compliquée désigne les patients atteints de MPOC (VEMS/CVF supérieur à 0,7) présentant une purulence accrue des expectorations et une augmentation de la dyspnée ou du volume des expectorations, et l'un des éléments suivants :
 - VEMS1 inférieur à 50 % de la valeur prédite
 - Au moins 4 exacerbations par année
 - Cardiopathie ischémique
 - Administration d'oxygène à domicile
 - Utilisation chronique de stéroïdes oraux

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par les infectiologues, les internistes, les hématologues, les microbiologistes médicaux, les oncologues, les cliniciens adjoints en oncologie, les omnipraticiens en oncologie, ou les pneumologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Moxifloxacine est un service assuré habituel pour les régimes BV.

Tuberculose

Pour le traitement de la tuberculose chez les patients qui ont une résistance aux médicaments, vérifiée en laboratoire, des contre-indications ou une intolérance aux traitements de premiers recours.

Notes pour les demandes de règlement :

- Ce médicament doit être prescrit par un infectiologue, ou en consultation avec un tel

médecin.

- Les demandes seront seulement prises en considération en vertu des plans CP.

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
Nusinersen (Spinraza)	injection intra-thécale à 2,4 mg/mL	02465663	BIG	Pour le traitement de l'amyotrophie spinale de type 2 ou 3 chez les patients adultes âgés de plus de 18 ans, quel que soit leur statut ambulatoire.

Mise à jour de la politique relative au remplacement des médicaments

La politique relative au remplacement des médicaments des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick décrit les exigences relatives à la documentation et les directives en matière de remboursement pour le remplacement des médicaments perdus, volés, oubliés ou endommagés pour les bénéficiaires des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

La politique a été mise à jour pour clarifier les directives de remboursement pour les bénéficiaires vivant dans des établissements particuliers (y compris les maisons de soins infirmiers, les établissements résidentiels pour adultes autorisés et les établissements correctionnels).

La politique est accessible [en ligne](#).

Bulletin n° 1093

Le 30 novembre 2022

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 2022, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 21 décembre 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 21 décembre 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 21 décembre 2022. Avant le 21 décembre 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 30 novembre 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
Ambrisentan							
Co.	Orl	5 mg	Jamp Ambrisentan Sandoz Ambrisentan	02521938 02526875	JPC SDZ	(SA)	31.2732
		10 mg	Jamp Ambrisentan Sandoz Ambrisentan	02521946 02526883	JPC SDZ	(SA)	31.2732
Cétirizine							
Co.	Orl	20 mg	Mar-Cetirizine M-Cetirizine	02427141 02512025	MAR MRA	(SA)	0.2223
Chlorure de potassium							
Co. L.L.	Orl	600 mg	M-K8 L.A.	80035346	MRA	ACDEFGV	0.0400
Entécavir							
Co.	Orl	0,5 mg	Entecavir	02527154	SAS	ACDEFGV	5.5000
Finastéride							
Co.	Orl	5 mg	M-Finasteride	02522489	MRA	ACDEFGV	0.3506
Mirtazapine							
Co.	Orl	45 mg	Auro-Mirtazapine	02411717	ARO	ACDEFGV	0.2925
Montelukast							
Co.C.	Orl	5 mg	Montelukast	02379325	SAS	ACDEFGV	0.3082
Olanzapine							
Co.D.O.	Orl	5 mg	Olanzapine ODT	02352974	SAS	ACDEFGVW	0.3574
		10 mg	Olanzapine ODT	02352982	SAS	ACDEFGVW	0.7143
Quétiapine							
Co.L.P.	Orl	400 mg	Mint-Quetiapine XR	02522225	MNT	ACDEFGVW	1.3270
Rabéprazole							
Co.Ent	Orl	20 mg	Jamp Rabéprazole	02415291	JPC	ACDEFGV	0.1338
Ranitidine							
Co.	Orl	150 mg	Mint-Ranitidine	02526379	MNT	ACDEFGVW	0.1197
		300 mg	Mint-Ranitidine	02526387	MNT	ACDEFGVW	0.2253
Sitagliptine							
Co.	Orl	25 mg	Januvia Apo-Sitagliptin Malate	02388839 02508656	FRS APX	(SA)	2.8812 1.4407
		50 mg	Januvia Apo-Sitagliptin Malate	02388847 02508664	FRS APX	(SA)	2.8812 1.4407

Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Sitagliptine							
Co.	Orl	100 mg	Januvia	02303922	FRS	(SA)	2.8812
			Apo-Sitagliptin Malate	02508672	APX		1.4407
Sitagliptine / Metformine							
Co.	Orl	50 mg / 500 mg	Janumet	02333856	FRS	(SA)	1.5078
			Apo-Sitagliptin Malate/Metformin HCl	02509415	APX		0.8893
		50 mg / 850 mg	Janumet	02333864	FRS	(SA)	1.5078
			Apo-Sitagliptin Malate/Metformin HCl	02509423	APX		0.8893
		50 mg / 1000 mg	Janumet	02333872	FRS	(SA)	3.0156
			Apo-Sitagliptin Malate/Metformin HCl	02509431	APX		1.7785
Co.L.P.	Orl	50 mg / 500 mg	Janumet XR	02416786	FRS	(SA)	1.5078
			Apo-Sitagliptin/Metformin XR	02506270	APX		0.7539
		50 mg / 1000 mg	Janumet XR	02416794	FRS	(SA)	1.5078
			Apo-Sitagliptin/Metformin XR	02506289	APX		0.7539
		100 mg / 1000 mg	Janumet XR	02416808	FRS	(SA)	1.5078
			Apo-Sitagliptin/Metformin XR	02506297	APX		0.7539

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Ambrisentan							
Co.	Orl	5 mg	Apo-Ambrisentan	02475375	APX	(SA)	31.2732
		10 mg	Apo-Ambrisentan	02475383	APX	(SA)	31.2732
Diclofénac							
Supp.	Rt	50 mg	Sandoz Diclofenac	02261928	SDZ	ACDEFGV	1.2818

Bulletin n° 1094

8 décembre 2022

Nouvelles au sujet des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Horaire des Fêtes 2022

Des représentants des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront présents selon cet horaire pendant la période des Fêtes 2022 :

Date	Heures d'ouverture
Samedi 24 décembre	Fermé
Dimanche 25 décembre	Fermé
Lundi 26 décembre	Fermé
Mardi 27 décembre	8 h à 17 h (heures habituelles)
Mercredi 28 décembre	8 h à 17 h (heures habituelles)
Jeudi 29 décembre	8 h à 17 h (heures habituelles)
Vendredi 30 décembre	8 h à 17 h (heures habituelles)
Samedi 31 décembre	Fermé
Dimanche 1 ^{er} janvier	Fermé
Lundi 2 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° 1095

Le 19 décembre 2022

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

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 19 décembre 2022.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

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
Halobétasol propionate (Bryhali)	lotion topique à 0,01 %	02506262	BSL	ACDEFGV	PCF
Lipase/Amylase/Protéase (Creon Minimicrosphères 35)	capsule de 35 000 U / 35 700 U / 2 240 U	02494639	BGP	ACDEFGV	PCF
Triméprazine (Panectyl)	comprimé de 2,5 mg comprimé de 5 mg	01926306 01926292	SLP	ACDEFGV	PCF

L'autorisation spéciale n'est plus requise

Donépézil (Aricept et marques génériques)	comprimé de 5 mg comprimé de 10 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		ACDEFV	PAM
--	---------------------------------------	---	--	--------	-----

Ajout temporaire d'un médicament admissible

En raison de la rupture de stock d'halopéridol en comprimés de 0,5 mg, 1 mg, 2 mg, 5 mg et 10 mg, la poudre d'halopéridol composée pour usage oral a été temporairement ajoutée à la liste des médicaments admissibles jusqu'à ce que la forme pharmaceutique commerciale soit de nouveau offerte. Veuillez noter que les demandes de règlement pour les préparations extemporanées seront remboursées au prix d'achat réel (PAR) des ingrédients, plus les frais d'exécution d'ordonnance applicables.

Produit	PIN	Régimes	Coût de base
Poudre d'halopéridol composée pour usage oral	00901062	ACDEFGVW	AAC

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Azacitidine (Onureg)	comprimé de 200 mg comprimé de 300 mg	02510197 02510200	CEL	(SA)	PCF

Pour le traitement d'entretien des patients adultes qui ont reçu un diagnostic récent de leucémie myéloïde aiguë (de *novo* ou secondaire suivant un diagnostic antérieur de SMD ou de LMMC) et qui répondent à tous les critères suivants :

- Risque cytogénétique intermédiaire ou faible;
- Rémission complète (RC) ou une rémission complète avec rétablissement hématologique incomplet (RCi) suivant un traitement d'induction, avec ou sans traitement de consolidation, dans les quatre mois précédents;
- N'est pas admissible à recevoir une greffe de cellules souches hématopoïétiques.

Critère de renouvellement :

- Une confirmation écrite que le patient est toujours en rémission complète ou en rémission complète avec rétablissement hématologique incomplet.

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté en cas de rechute de la maladie (c.-à-d. apparition de plus de 5 % de blastes dans la moelle osseuse ou dans le sang périphérique), d'effets toxiques inacceptables ou si le patient devient admissible à une greffe allogénique de moelle osseuse ou de cellules souches.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement par un agent hypométhylant.
- Les approbations seront pour une dose quotidienne maximale de 300 mg pendant 14 jours par cycle de 28 jours.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Budésonide / Glycopyrronium /
Fumarate de formotérol
(Breztri Aerosphere)

suspension pour
inhalation à 182 mcg/
8,2 mcg, 5,8 mcg

02518058

AZE

(SA)

PCF

Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), définie par la spirométrie, chez les patients dont la maladie n'est pas maîtrisée adéquatement malgré un traitement par un bêta2-agoniste à longue durée d'action/anticholinergique à longue durée d'action (BALA/ACLA).

Notes cliniques :

1. La MPOC est définie par une spirométrie indiquant un rapport VEMS/CVF après bronchodilatation inférieur à 0,7. Des rapports de spirométrie de toute date seront acceptés. S'il est impossible d'obtenir une spirométrie, les raisons doivent être clairement expliquées et d'autres données attestant de la gravité de la MPOC doivent être fournies (c.-à-d. score à l'échelle de la dyspnée du CRM).
2. Une maladie qui n'est pas maîtrisée adéquatement malgré un traitement par un BALA/ACLA est définie par la présence de symptômes persistants pendant au moins deux mois ou la manifestation au cours de la dernière année d'au moins deux exacerbations de la MPOC ayant nécessité un traitement par antibiotiques et/ou corticostéroïdes à action générale ou d'au moins une exacerbation de la MPOC ayant nécessité une hospitalisation.
3. Les patients ne devraient pas prendre un BALA, un ACLA et un corticostéroïde en inhalation (trithérapie en inhalation) comme traitement initial.

Note sur la demande de règlement :

- Période d'approbation : long terme.

Bulletin n° 1096

Le 20 décembre 2022

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

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
 - À compter du 20 décembre 2022, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
 - À compter du 10 janvier 2023, les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 10 janvier 2023, 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 10 janvier 2023. Avant le 10 janvier 2023, 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 20 décembre 2022.
- Produits retirés du formulaire
 - Les produits seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 10 janvier 2023.

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
Amoxicilline / Acide Clavulanique							
Pds.	Orl	400 mg / 57 mg / 5 mL	Clavulin 400	02238830	GSK	ABCDEFGVW	0.3181
			M-Amoxi Clav	02530694	MRA		0.2386
Apixaban							
Co.	Orl	2,5 mg	Apixaban	02530708	SIV	ACDEFGV	0.4084
		5 mg	Mint-Apixaban	02495449	MNT	ACDEFGV	0.4084
			Apixaban	02530716	SIV		
Brimonidine / Timolol							
Liq	Oph	0,2% / 0,5%	Combigan	02248347	ABV	ACDEFGV	4.6580
			Apo-Brimonidine-Timop	02375311	APX		3.4935
Fluticasone							
Aém.	Inh	125 mcg	Flovent Metered Dose HFA	02244292	GSK	ACDFEGV	0.4085
			Apo-Fluticasone HFA	02526557	APX		0.1951
			pms-Fluticasone HFA	02503123	PMS		
Linézolide							
Co.	Orl	600 mg	Jamp Linezolid	02520354	JPC	(SA)	19.3041
Ticagrélol							
Co.	Orl	90 mg	M-Ticagrelor	02529769	MRA	(SA)	0.7920

Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Cyanocobalamine							
Liq	Inj	1 000 mcg/mL	Cyanocobalamin	01987003	STR	ACDEFGV	0.3060
			Vitamin B12	00521515	SDZ		
Linézolide							
Co.	Orl	600 mg	Apo-Linezolid	02426552	APX	(SA)	19.3041
			Sandoz Linezolid	02422689	SDZ		
Ticagrélol							
Co.	Orl	90 mg	Taro-Ticagrelor	02492598	TAR	(SA)	0.7920

Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
Produit retiré du marché				
Cyanocobalamine Liq Inj 1 000 mcg/mL	Cyanocobalamin Injection USP Jamp-Cyanocobalamin	00626112 02420147	OMG JPC	ACDEFGV