

Formulaire des régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Septembre 2023

TABLE DES MATIÈRES

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

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

A	Système digestif et métabolisme	1
B	Sang et organes hématopoïétiques	24
C	Système cardiovasculaire	34
D	Dermatologie	85
G	Système génito-urinaire et hormones sexuelles	94
H	Préparations systémiques hormonales, à l'exclusion des hormones sexuelles	105
J	Anti-infectieux usage systémique	112
L	Antinéoplastiques et agents immunomodulants	137
M	Système musculo-squelettique	164
N	Système nerveux	173
P	Produits antiparasitaires, insecticides et répellants	244
R	Système respiratoire	246
S	Organes sensoriels	256
V	Divers	264

Annexes

I-A	Abréviations des formes posologiques.....	A - 1
I-B	Abréviations des voies d'administration.....	A - 4
I-C	Abréviations des unités de mesure.....	A - 6
I-D	Abréviations des noms de fabricants.....	A - 8
II	Préparations extemporanées.....	A - 10
III	Critères visant les médicaments sur autorisation spéciale.....	A - 12
IV	Avantages provisoires.....	A - 129

FORMULAIRE DES RÉGIMES DE MÉDICAMENTS

Introduction

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

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

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

Les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

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

Les détails relatifs aux Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick sont accessibles sur le [site Web](#) du gouvernement du Nouveau-Brunswick.

Exclusions

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

- Les médicaments qui n'ont pas été autorisés au Canada ou qui ne sont pas offerts sur le marché canadien (p. ex. les médicaments obtenus grâce au Programme d'accès spécial de Santé Canada ou expérimentaux)
- Médicaments sans ordonnance¹
- Produits de santé naturels¹ (p. ex. vitamines et minéraux, remèdes à base de plantes, probiotiques, remèdes homéopathiques, remèdes traditionnels)
- Le cannabis ou les produits du cannabis
- Suppléments nutritionnels et produits alimentaires
- Produits d'amaigrissement
- Produits pour le traitement de l'impuissance, de la dysfonction sexuelle ou de l'infertilité
- Médicaments pour la prévention de maladies contractées en voyages
- Produits à des fins esthétiques ou cosmétiques
- Savons, nettoyants, shampooings, antiseptiques ou désinfectants
- Agents diagnostiques et trousse de dépistage
- Fournitures, appareils et équipement médicaux (p. ex. prothèses, trousse de premiers soins, fournitures pour stomisés, bâtonnets diagnostiques et seringues pour le diabète, etc.)
- Vaccins

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

Légende

M01¹ ANTI-INFLAMMATOIRES ET ANTIRHUMATISMAUX

M01A² ANTI-INFLAMMATOIRES ET ANTIRHUMATISMAUX, NON STÉROÏDIENS

M01AE³ DÉRIVÉS DE L'ACIDE PROPIONIQUE

M01AE02⁴ NAPROXÈNE

Co.Ent⁵ Orl⁵ 250mg⁵

⁶	⁷	⁸	⁹
Naproxen EC	02350785	SAS	ADEFGVW
Teva-Naprox EC	02243312	TEV	ADEFGVW

Co.Ent Orl 375mg

Naprosyn E	02162415	MTP	ADEFGVW
Apo-Naproxen EC	02246700	APX	ADEFGVW
Naproxen EC	02350793	SAS	ADEFGVW
Mylan-Naproxen EC	02243432	MYL	ADEFGVW
¹⁰ pms-Naproxen EC (Disc/non disp Mar 4/19)	02294702	PMS	ADEFGVW
Teva-Naprox EC	02243313	TEV	ADEFGVW

¹ Deuxième niveau ATC, thérapeutique sous-classification

² Troisième niveau ATC, pharmacologique sous-classifications

³ Quatrième niveau ATC, sous-classification chimique

⁴ Cinquième niveau ATC, substance chimique

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

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

⁷ Identification numérique de drogue (DIN).

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

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

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

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

A01AC01 TRIAMCINOLONE

Pst Den 0,1%

Oracort 01964054 TAR ACDEFGV

A01AD AUTRES MÉDICAMENTS POUR TRAITEMENT BUCCAL LOCALISÉ

A01AD02 BENZYDAMINE

Liq Buc 0,15%

Odan-Benzylamine 02463105 ODN ACDEFGV

pms-Benzylamine 02239537 PMS ACDEFGV

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

A02AD01 COMPOSES DE SEL ORDINAIRE

ALUMINIUM / MAGNÉSIUM

Susp Orl 45,6 mg / 40 mg

Diovol 01966529 CHU G

A02AH ANTIACIDES AVEC BICARBONATE DE SODIUM

A02AH01 BICARBONATE DE SODIUM

Co. Orl 500 mg

Jamp-Sodium Bicarbonate 80030520 JPC (SA)

Sandoz Sodium Bicarbonate 80022194 SDZ (SA)

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

A02BA01 CIMÉTIDINE

Co. Orl 200 mg

Cimetidine 00584215 AAP ACDEFGV

Co. Orl 300 mg

Cimetidine 00487872 AAP ACDEFGV

A02BA02 RANITIDINE

Co. Orl 150 mg

Apo-Ranitidine 00733059 APX ACDEFGVW

Jamp-Ranitidine 02463717 JPC ACDEFGVW

Mar-Ranitidine 02443708 MAR ACDEFGVW

Mint-Ranitidine 02526379 MNT ACDEFGVW

pms-Ranitidine 02242453 PMS ACDEFGVW

Ranitidine 02353016 SAS ACDEFGVW

A02BA02 RANITIDINE

Co. Orl 300 mg

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

Liq Orl 15 mg/mL

Apo-Ranitidine 02280833 APX CDEFGVW

A02BA03 FAMOTIDINE

Co. Orl 20 mg

Jamp Famotidine 02507749 JPC ACDEFGV
 Teva-Famotidine 02022133 TEV ACDEFGV

Co. Orl 40 mg

Jamp Famotidine 02507757 JPC ACDEFGV
 Teva-Famotidine 02022141 TEV ACDEFGV

A02BB PROSTAGLANDINES

A02BB01 MISOPROSTOL

Co. Orl 100 mcg

Misoprostol 02244022 AAP ACDEFGV

Co. Orl 200 mcg

Misoprostol 02244023 AAP ACDEFGJV

A02BC INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

A02BC01 OMÉPRAZOLE

Caps.L.L. Orl 20 mg

Losec 00846503 AZE ACDEFGV
 Apo-Omeprazole 02245058 APX ACDEFGV
 Omeprazole 02348691 SAS ACDEFGV
 Omeprazole 02411857 SIV ACDEFGV
 pms-Omeprazole 02320851 PMS ACDEFGV
 Sandoz Omeprazole 02296446 SDZ ACDEFGV

Co.L.L. Orl 20 mg

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

A02BC02 PANTOPRAZOLE

PANTOPRAZOLE MAGNÉSIEN

A02BC02 PANTOPRAZOLE
PANTOPRAZOLE MAGNÉSIEN

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

PANTOPRAZOLE SODIQUE

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

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

A02BC03 LANSOPRAZOLE

A02BC03 LANSOPRAZOLE

Caps.L.L. Orl 15 mg

Prevacid	02165503	ABB	(SA)
Apo-Lansoprazole	02293811	APX	(SA)
Lansoprazole	02433001	PMS	(SA)
Lansoprazole	02357682	SAS	(SA)
Lansoprazole	02385767	SIV	(SA)
Mylan-Lansoprazole	02353830	MYL	(SA)
Sandoz Lansoprazole	02385643	SDZ	(SA)
Taro-Lansoprazole	02402610	SUN	(SA)
Teva-Lansoprazole	02280515	TEV	(SA)

Caps.L.L. Orl 30 mg

Prevacid	02165511	ABB	(SA)
Apo-Lansoprazole	02293838	APX	(SA)
Lansoprazole	02433028	PMS	(SA)
Lansoprazole	02357690	SAS	(SA)
Lansoprazole	02410389	SIV	(SA)
Mylan-Lansoprazole	02353849	MYL	(SA)
Sandoz Lansoprazole	02385651	SDZ	(SA)
Taro-Lansoprazole	02402629	SUN	(SA)
Teva-Lansoprazole	02280523	TEV	(SA)

Co.L.L. Orl 15 mg

Prevacid FasTab 02249464 ABB (SA)

Co.L.L. Orl 30 mg

Prevacid FasTab 02249472 ABB (SA)

A02BC04 RABÉPRAZOLE

Co.Ent Orl 10 mg

Pariet	02243796	JAN	ACDEFGV
Jamp Rabeprazole	02415283	JPC	ACDEFGV
pms-Rabeprazole EC	02310805	PMS	ACDEFGV
Rabeprazole	02385449	SIV	ACDEFGV
Rabeprazole EC	02356511	SAS	ACDEFGV
Sandoz Rabeprazole	02314177	SDZ	ACDEFGV
Taro-Rabeprazole	02298074	SUN	ACDEFGV

Co.Ent Orl 20 mg

Pariet	02243797	JAN	ACDEFGV
Jamp Rabeprazole	02415291	JPC	ACDEFGV
pms-Rabeprazole EC	02310813	PMS	ACDEFGV
Rabeprazole	02385457	SIV	ACDEFGV
Rabeprazole EC	02356538	SAS	ACDEFGV
Sandoz Rabeprazole	02314185	SDZ	ACDEFGV
Taro-Rabeprazole	02298082	SUN	ACDEFGV

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

A02BX02 SUCRALFATE

Co.	Orl	1 g	Sulcrate	02100622	AXC	ACDEFGV
			Apo-Sulcralfate	02125250	APX	ACDEFGV
			Teva-Sulcralfate	02045702	TEV	ACDEFGV
Susp	Orl	1 g / 5 mL	Sulcrate Suspension Plus	02103567	AXC	ACDEFGV

A03 MÉDICAMENTS CONTRE LES TROUBLES GASTROINTESTINAUX FONCTIONNELS**A03A MÉDICAMENTS CONTRE LES TROUBLES GASTROINTESTINAUX FONCTIONNELS****A03AA ANTICHOLINERGIQUES SYNTHÉTIQUES A ESTERS AVEC GROUPE AMINO TERTIAIRE**

A03AA05 TRIMÉBUTINE

Co.	Orl	100 mg	Trimebutine	02245663	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	200 mg	Trimebutine	02245664	AAP	ACDEFGV

A03AA07 DICYCLOVERINE (DICYCLOMINE)

Caps	Orl	10 mg	Protylol	00287709	PDL	ACDEFGV
Co.	Orl	20 mg	Jamp-Dicyclomine	02366088	JPC	ACDEFGV

A03AB ANTICHOLINERGIQUES SYNTHÉTIQUES, ESTERS, COMPOSÉS D'AMMONIUM QUATERNAIRE

A03AB02 BROMURE DE GLYCOPYRRONIUM (GLYCOPYRROLATE)

Liq	Inj	0,2 mg/mL	Glycopyrrolate	02039508	SDZ	ACDEFGVW
			Glycopyrrolate Injection USP	02473879	STR	ACDEFGVW
Liq	Inj	0,4 mg / 2 mL	Glycopyrrolate Injection USP	02473895	STR	ACDEFGVW
Liq	Inj	4 mg / 20 mL	Glycopyrrolate Injection USP	02473887	STR	ACDEFGVW

A03AX AUTRES MÉDICAMENTS POUR LES TROUBLES FONCTIONNELS DE L'INTESTIN

A03AX04 PINAVÉRIUM

Co.	Orl	50 mg	Dicetel	01950592	ABB	ACDEFGV
			Pinaverium	02469677	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	100 mg	Dicetel	02230684	ABB	ACDEFGV
			Pinaverium	02469685	AAP	ACDEFGV

A03F PROPULSIFS**A03FA PROPULSIFS**

A03FA01 MÉTOCLOPRAMIDE

A03FA01 MÉTOCLOPRAMIDE

Co.	Orl	5 mg	Mar-Metoclopramide	02517795	MAR	ACDEFGVW
			pms-Metoclopramide	02230431	PMS	ACDEFGVW
Co.	Orl	10 mg	pms-Metoclopramide	02230432	PMS	ACDEFGVW
Liq	Inj	5 mg/mL	Metoclopramide	02185431	SDZ	ACDEFVW
Sir.	Orl	1 mg/mL	pms-Metoclopramide	02230433	PMS	ACDEFGVW

A03FA03 DOMPÉRIDONE

Co.	Orl	10 mg	Apo-Domperidone	02103613	APX	ACDEFGVW
			Domperidone	02350440	SAS	ACDEFGVW
			Domperidone	02238341	SIV	ACDEFGVW
			Jamp-Domperidone	02369206	JPC	ACDEFGVW
			Mar-Domperidone	02403870	MAR	ACDEFGVW
			pms-Domperidone	02236466	PMS	ACDEFGVW
			PRZ-Domperidone	02462834	PRZ	ACDEFGVW
			Ran-Domperidone	02268078	SUN	ACDEFGVW
			Teva-Domperidone	01912070	TEV	ACDEFGVW

A04 ANTIEMÉTIQUES ET ANTINAUSÉUX

A04A ANTIEMÉTIQUES ET ANTINAUSÉUX

A04AA ANTAGONISTES DE LA SÉROTONINE (5HT3)

A04AA01 ONDANSÉTRON

Co.	Orl	4 mg	Zofran	02213567	NVR	W (SA)
			Apo-Ondansetron	02288184	APX	W (SA)
			CCP-Ondansetron	02458810	CCM	W (SA)
			Jamp-Ondansetron	02313685	JPC	W (SA)
			Mar-Ondansetron	02371731	MAR	W (SA)
			Mint-Ondansetron	02305259	MNT	W (SA)
			Mylan-Ondansetron	02297868	MYL	W (SA)
			Nat-Ondansetron	02417839	NAT	W (SA)
			Ondansetron	02421402	SAS	W (SA)
			pms-Ondansetron	02258188	PMS	W (SA)
			Sandoz Ondansetron	02274310	SDZ	W (SA)
			Septa-Ondansetron	02376091	SPT	W (SA)
			Teva-Ondansetron	02296349	TEV	W (SA)

A04AA01 ONDANSÉTRON

Co.	Orl	8 mg	Zofran	02213575	NVR	W (SA)
			Apo-Ondansetron	02288192	APX	W (SA)
			CCP-Ondansetron	02458802	CCM	W (SA)
			Jamp-Ondansetron	02313693	JPC	W (SA)
			Mar-Ondansetron	02371758	MAR	W (SA)
			Mint-Ondansetron	02305267	MNT	W (SA)
			Mylan-Ondansetron	02297876	MYL	W (SA)
			Nat-Ondansetron	02417847	NAT	W (SA)
			Ondansetron	02421410	SAS	W (SA)
			pms-Ondansetron	02258196	PMS	W (SA)
			Sandoz Ondansetron	02274329	SDZ	W (SA)
			Septa-Ondansetron	02376105	SPT	W (SA)
			Teva-Ondansetron	02296357	TEV	W (SA)

Co.D.O.	Slg	4 mg	Zofran ODT	02239372	SDZ	(SA)
			Athena-Ondansetron ODT	02444674	AHC	(SA)
			Auro-Ondansetron ODT	02511282	ARO	(SA)
			Mar-Ondansetron ODT	02514966	MAR	(SA)
			Mint-Ondansetron ODT	02487330	MNT	(SA)
			Ondansetron ODT	02519232	JPC	(SA)
			Ondansetron ODT	02481723	SDZ	(SA)
			Ondissolve	02389983	TAK	(SA)
			pms-Ondansetron ODT	02519445	PMS	(SA)

Co.D.O.	Slg	8 mg	Zofran ODT	02239373	SDZ	(SA)
			Athena-Ondansetron ODT	02444682	AHC	(SA)
			Auro-Ondansetron ODT	02511290	ARO	(SA)
			Mar-Ondansetron ODT	02514974	MAR	(SA)
			Mint-Ondansetron ODT	02487349	MNT	(SA)
			Ondansetron ODT	02519240	JPC	(SA)
			Ondansetron ODT	02481731	SDZ	(SA)
			Ondissolve	02389991	TAK	(SA)
			pms-Ondansetron ODT	02519453	PMS	(SA)

Liq	Inj	2 mg/mL	Ondansetron Hydrochloride Dihydrate	02274418	SDZ	W (SA)
			Ondansetron Injection USP	02279436	SDZ	W (SA)
			Ondansetron Injection USP	02462257	STR	W (SA)
			Ondansetron Injection USP (PF)	02464578	STR	W (SA)

A04AA01	ONDANSÉTRON								
Liq	Orl	4 mg / 5 mL				Zofran	02229639	NVR	(SA)
						Jamp Ondansetron	02490617	JPC	(SA)
						Ondansetron	02291967	APX	(SA)

A04AA55	PALONOSÉTRON, EN COMBINAISON PALONOSÉTRON / NÉTUPITANT								
Caps	Orl	300 mg / 0,5 mg				Akynzeo	02468735	KNI	(SA)

A04AD AUTRES ANTIEMÉTIQUES

A03BB01	BUTYLSCOPOLAMINE								
Co.	Orl	10 mg				Buscopan	00363812	SNC	ACDEFGVW
						Accel-Hyoscine	02512335	ACC	ACDEFGVW
Liq	Inj	20 mg/mL				Buscopan	00363839	SNC	ACDEFGVW
						Hyoscine Butylbromide	02229868	SDZ	ACDEFGVW

A04AD01	SCOPOLAMINE								
Srd	Trd	1,5 mg				Transderm-V	80024336	SDZ	AEFGVW

A04AD11	NABILONE								
Caps	Orl	0,25 mg				Cesamet	02312263	BSL	ACDEFVW
						pms-Nabilone	02380897	PMS	ACDEFVW
						Teva-Nabilone	02392925	TEV	ACDEFVW

Caps	Orl	0,5 mg				Cesamet	02256193	BSL	ACDEFVW
						pms-Nabilone	02380900	PMS	ACDEFVW
						Teva-Nabilone	02384884	TEV	ACDEFVW

Caps	Orl	1 mg				Cesamet	00548375	BSL	ACDEFVW
						pms-Nabilone	02380919	PMS	ACDEFVW
						Teva-Nabilone	02384892	TEV	ACDEFVW

A04AD12	APRÉPITANT								
Caps	Orl	80 mg				Emend	02298791	FRS	(SA)
Caps	Orl	125 mg				Emend	02298805	FRS	(SA)
Tro	Orl	80 mg, 125 mg				Emend-Tri-Pack	02298813	FRS	(SA)

N05CM05	SCOPOLAMINE								
Liq	Inj	0,4 mg/mL				Scopolamine Hydrobromide	02242810	OMG	ACDEFVW

N05CM05 SCOPOLAMINE

Liq Inj 0,6 mg/mL

Scopolamine Hydrobromide 02242811 OMG ACDEFVW

A05 TRAITEMENT DU FOIE ET BILIAIRE

A05A TRAITEMENT BILIAIRE

A05AA PREPARATIONS POUR L'ACIDE BILIAIRE

A05AA02 ACIDE URSODÉOXYCHOLIQUE (URSODIOL)

Co. Orl 250 mg

GLN-Ursodiol 02426900 GLM ACDEFGV

Jamp-Ursodiol 02472392 JPC ACDEFGV

pms-Ursodiol C 02273497 PMS ACDEFGV

Ursodiol C 02515520 SAS ACDEFGV

Co. Orl 500 mg

Urso DS (Disc/non disp Mar 6/24) 02245894 AXC ACDEFGV

GLN-Ursodiol 02426919 GLM ACDEFGV

Jamp-Ursodiol 02472406 JPC ACDEFGV

pms-Ursodiol C 02273500 PMS ACDEFGV

Ursodiol C 02515539 SAS ACDEFGV

A05AA04 ACIDE OBÉTICHOLOQUE

Co. Orl 5 mg

Ocaliva 02463121 ADZ (SA)

Co. Orl 10 mg

Ocaliva 02463148 ADZ (SA)

A06 MÉDICAMENTS POUR LA CONSTIPATION

A06A MÉDICAMENTS POUR LA CONSTIPATION

A06AD LAXATIFS AGISSANT OSMOTIQUEMENT

A06AD11 LACTULOSE

Sir. Orl 667 mg

Jamp-Lactulose 02295881 JPC (SA)

Lactulose 02412268 SAS (SA)

pms-Lactulose 00703486 PMS (SA)

pms-Lactulose-pharma 02469391 PMS (SA)

ratio-Lactulose 00854409 TEV (SA)

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

A07A ANTI-INFECTIEUX INTESTINAUX

A07AA ANTIBIOTIQUES

A07AA02 NYSTATINE

Susp Orl 100 000 IU/mL

Jamp-Nystatin 02433443 JPC ACDEFGVW

pms-Nystatin Suspension 00792667 PMS ACDEFGVW

Teva-Nystatin 02194201 TEV ACDEFGVW

A07AA11	RIFAXIMINE								
Co.	Orl	550 mg		Zaxine	02410702	SAX	(SA)		
A07AA12	FIDAXOMICINE								
Co.	Orl	200 mg		Dificid	02387174	FRS	W (SA)		
A07D	ANTIPROPULSIFS								
A07DA	ANTIPROPULSIFS								
A07DA01	DIPHÉNOXYLATE								
	DIPHÉNOXYLATE / ATROPINE								
Co.	Orl	2,5 mg / 0,025 mg		Lomotil	00036323	PFI	ACDEFGV		
A07DA03	LOPÉRAMIDE								
Co.	Orl	2 mg		pms-Loperamide	02228351	PMS	AEFGV		
				Teva-Loperamide	02132591	TEV	AEFGV		
Liq	Orl	0,2 mg/mL		pms-Loperamide Hydrochloride	02016095	PMS	AEFGV		
A07E	AGENTS ANTI-INFLAMMATOIRES INTESTINAUX								
A07EA	CORTICOSTÉROÏDES AGISSANT LOCALEMENT								
A07EA06	BUDÉSONIDE								
Caps	Orl	3 mg		Entocort	02229293	AZE	ACDEFGV		
Lav.	Rt	2,3 mg		Entocort	02052431	AZE	ACDEFGV		
A07EC	ACIDE AMINOSALICYLIQUE ET AGENTS SEMBLABLES								
A07EC01	SULFASALAZINE								
Co.	Orl	500 mg		Salazopyrin	02064480	PFI	ACDEFGV		
				pms-Sulfasalazine	00598461	PMS	ACDEFGV		
Co.Ent	Orl	500 mg		Salazopyrin EN	02064472	PFI	ACDEFGV		
				pms-Sulfasalazine EC	00598488	PMS	ACDEFGV		
A07EC02	MÉSALAZINE								
Aér.	Rt	1 g		Mezera	02474026	AVI	ACDEFGV		
Co.	Orl	1,2 g		Mezavant	02297558	TAK	ACDEFGV		
Co.Ent	Orl	400 mg		Teva-5-ASA	02171929	TEV	ACDEFGV		
Co.Ent	Orl	500 mg		Salofalk	02112787	ABV	ACDEFGV		

A07EC02	MÉSALAZINE							
Co.L.P.	Orl	500 mg		Pentasa	02099683	FEI	ACDEFGV	
Co.L.P.	Orl	1 000 mg		Pentasa	02399466	FEI	ACDEFGV	
Supp.	Rt	500 mg		Salofalk	02112760	ABV	ACDEFGV	
Supp.	Rt	1 g		Salofalk	02242146	ABV	ACDEFGV	
				Mezera	02474018	AVI	ACDEFGV	
				Pentasa	02153564	FEI	ACDEFGV	
Susp	Rt	1 g / 100 mL		Pentasa	02153521	FEI	ACDEFGV	
Susp	Rt	2 g/60 mL		Salofalk	02112795	ABV	ACDEFGV	
Susp	Rt	4 g / 100 mL		Pentasa	02153556	FEI	ACDEFGV	
Susp	Rt	4 g / 60 mL		Salofalk	02112809	ABV	ACDEFGV	
A07EC03	OLSALAZINE							
Caps	Orl	250 mg		Dipentum	02063808	SLP	ACDEFGV	

A07F MICRO-ORGANISMES ANTIDIARRHÉIQUES

A07FA MICRO-ORGANISMES ANTIDIARRHÉIQUES

A07FA01 ORGANISMES PRODUISANT DE L'ACIDE LACTIQUE

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

A09 AGENTS DIGESTIFS, Y COMPRIS LES ENZYMES

A09A AGENTS DIGESTIFS, Y COMPRIS LES ENZYMES

A09AA PRÉPARATIONS D'ENZYMES

A09AA02 MULTIENZYMES (LIPASE, PROTÉASE, ETC)

Caps	Orl	35 000 U / 10 000 U / 40 000 U		Cotazym	00263818	ORG	ABCDEFGV	
Caps.Ent	Orl	4 200 U / 10 000 U / 17 500 U		Pancrease MT 4	00789445	VVS	ABCDEFGV	
Caps.Ent	Orl	6 000 U / 19 000 U / 30 000 U		Creon 6 Minimicrospheres	02415194	BGP	ABCDEFGV	
Caps.Ent	Orl	10 000 U / 730 U / 11 200 U		Creon 10 Minimicrospheres	02200104	BGP	ABCDEFGV	
Caps.Ent	Orl	10 500 U / 25 000 U / 43 750 U		Pancrease MT 10	00789437	VVS	ABCDEFGV	
Caps.Ent	Orl	10 800 U / 45 000 U / 42 000 U		Cotazym ECS 8	00502790	ORG	ABCDEFGV	

A09AA02 MULTIENZYMES (LIPASE, PROTÉASE, ETC)

Caps.Ent	Orl	16 800 U / 40 000 U / 70 000 U	Pancrease MT 16	00789429	VVS	ABCDEFGV
Caps.Ent	Orl	25 000 U / 1 600 U / 25 500 U	Creon 25 Minimicrospheres	01985205	BGP	ABCDEFGV
Caps.Ent	Orl	25 000 U / 100 000 U / 100 000 U	Cotazym ECS 20	00821373	ORG	ABCDEFGV
Caps.Ent	Orl	35 000 U / 2 240 U / 35 700 U	Creon 35 Minimicrospheres	02494639	BGP	ABCDEFGV
Co.	Orl	10 440 U / 39 150 U / 39 150 U	Viokace	02230019	ARN	ABCDEFGV
Co.	Orl	20 880 U / 78 300 U / 78 300 U	Viokace	02241933	ARN	ABCDEFGV
Gran	Orl	5 000 U / 5 100 U / 320 U	Creon Minimicrospheres Micro	02445158	BGP	ABCDEFGV

A10 MÉDICAMENTS UTILISÉS CHEZ LES DIABÉTIQUES**A10A** INSULINES ET ANALOGUES**A10AB** INSULINES ET ANALOGUES POUR L'INJECTION, À ACTION RAPIDE**A10AB01** INSULINE (HUMAINE)

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

A10AB04 INSULINE LISPRO

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

A10AB05 INSULINE ASPARTE

Liq	Inj	100 U/mL	Kirsty (prefilled pen)	02520974	BGP	ACDEFGV
			NovoRapid	02245397	NNO	ACDEFGV
			Trurapi (cartridge)	02506564	SAV	ACDEFGV
			Trurapi (SoloSTAR)	02506572	SAV	ACDEFGV

A10AB06 INSULINE GLULISINE

Liq	Inj	100 U/mL	Apidra	02279460	SAV	ACDEFGV
			Apidra (cartridge)	02279479	SAV	ACDEFGV
			Apidra Solostar	02294346	SAV	ACDEFGV

A10AC INSULINES ET ANALOGUES POUR INJECTION, ACTION INTERMÉDIAIRE

A10AC01 INSULINE (HUMAINE)

Susp Inj 100 U/mL

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

Susp Inj 500 U/mL

Entuzity (KwikPen) 02466864 LIL ACDEFGV

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

Susp Inj 30 U / 70 U

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

Susp Inj 40 U / 60 U

Novolin GE 40/60 (penfill) (Disc/non disp Mar 31/24) 02024314 NNO ACDEFGV

Susp Inj 50 U / 50 U

Novolin GE 50/50 (penfill) (Disc/non disp Mar 31/24) 02024322 NNO ACDEFGV

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

Liq Inj 100 U/mL

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

A10AE05 INSULINE DÉTÉMIR

Liq Inj 100 U/mL

Levemir FlexTouch	02412829	NNO	(SA)
Levemir Penfill Cartridge	02271842	NNO	(SA)

A10AE06 INSULIN DEGLUDEC

Liq Inj 100 U/mL

Tresiba Flextouch 02467879 NNO ACDEFGV

Liq Inj 200 U/mL

Tresiba Flextouch 02467887 NNO ACDEFGV

A10B MÉDICAMENTS HYPOGLYCÉMIANTS, À L'EXCLUSION DES INSULINES**A10BA BIGUANIDES****A10BA02 METFORMINE**

A10BA02 METFORMINE

Co. Orl 500 mg

Glucophage	02099233	SAV	ACDEFGV
Act Metformin	02257726	TEV	ACDEFGV
Auro-Metformin	02438275	ARO	ACDEFGV
Jamp-Metformin	02380196	JPC	ACDEFGV
Mar-Metformin	02378620	MAR	ACDEFGV
Metformin	02353377	SAS	ACDEFGV
Metformin FC	02385341	SIV	ACDEFGV
pms-Metformin	02223562	PMS	ACDEFGV
pmsc-Metformin	02520303	PMS	ACDEFGV
Pro-Metformin	02314908	PDL	ACDEFGV
PRZ-Metformin	02531895	PRZ	ACDEFGV
Sandoz Metformin FC	02246820	SDZ	ACDEFGV

Co. Orl 850 mg

Glucophage	02162849	SAV	ACDEFGV
Act Metformin	02257734	TEV	ACDEFGV
Auro-Metformin	02438283	ARO	ACDEFGV
Jamp-Metformin	02380218	JPC	ACDEFGV
Mar-Metformin	02378639	MAR	ACDEFGV
Metformin	02353385	SAS	ACDEFGV
Metformin FC	02385368	SIV	ACDEFGV
pms-Metformin	02242589	PMS	ACDEFGV
pmsc-Metformin	02520311	PMS	ACDEFGV
Pro-Metformin	02314894	PDL	ACDEFGV
PRZ-Metformin	02531909	PRZ	ACDEFGV
Sandoz Metformin FC	02246821	SDZ	ACDEFGV

Co. Orl 1000 mg

PRZ-Metformin 02534673 PRZ ACDEFGV

A10BB SULFONAMIDES, DÉRIVÉS DE L'URÉE

A10BB01 GLIBENCLAMIDE (GLYBURIDE)

Co. Orl 2,5 mg

Apo-Glyburide	01913654	APX	ACDEFGV
Glyburide	02350459	SAS	ACDEFGV
Teva-Glyburide	01913670	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 5 mg

Apo-Glyburide	01913662	APX	ACDEFGV
Glyburide	02350467	SAS	ACDEFGV
Teva-Glyburide	01913689	TEV	ACDEFGV

A10BB09 GLICLAZIDE

A10BB09 GLICLAZIDE

Co.	Orl	80 mg	Apo-Gliclazide	02245247	APX	ACDEFGV
			Gliclazide	02287072	SAS	ACDEFGV
			Teva-Gliclazide	02238103	TEV	ACDEFGV
Co.L.P.	Orl	30 mg	Diamicon MR	02242987	SEV	ACDEFGV
			Apo-Gliclazide MR	02297795	APX	ACDEFGV
			Gliclazide MR	02524856	SAS	ACDEFGV
			Jamp-Gliclazide MR	02429764	JPC	ACDEFGV
			Mint-Gliclazide MR	02423286	MNT	ACDEFGV
			Mylan-Gliclazide MR	02438658	MYL	ACDEFGV
			Sandoz Gliclazide MR	02461323	SDZ	ACDEFGV
			Taro-Gliclazide MR	02463571	SUN	ACDEFGV
Co.L.P.	Orl	60 mg	Diamicon MR	02356422	SEV	ACDEFGV
			Apo-Gliclazide MR	02407124	APX	ACDEFGV
			Gliclazide MR	02524864	SAS	ACDEFGV
			Mint-Gliclazide MR	02423294	MNT	ACDEFGV
			Sandoz Gliclazide MR	02461331	SDZ	ACDEFGV
			Taro-Gliclazide MR	02439328	SUN	ACDEFGV

A10BD ASSOCIATIONS DE MEDICAMENTS ORAUX

A10BD07 METFORMINE ET SITAGLIPTINE

Co.	Orl	500 mg / 50 mg	Janumet	02333856	FRS	ACDEFGV
			Apo-Sitagliptin Malate/Metformin HCl	02509415	APX	ACDEFGV
			Sandoz Sitagliptin-Metformin	02503956	SDZ	ACDEFGV
Co.	Orl	850 mg / 50 mg	Janumet	02333864	FRS	ACDEFGV
			Apo-Sitagliptin Malate/Metformin HCl	02509423	APX	ACDEFGV
			Sandoz Sitagliptin-Metformin	02503964	SDZ	ACDEFGV
Co.	Orl	1 000 mg / 50 mg	Janumet	02333872	FRS	ACDEFGV
			Apo-Sitagliptin Malate/Metformin HCl	02509431	APX	ACDEFGV
			Sandoz Sitagliptin-Metformin	02503972	SDZ	ACDEFGV
Co.L.P.	Orl	500 mg / 50 mg	Janumet XR	02416786	FRS	ACDEFGV
			Apo-Sitagliptin/Metformin XR	02506270	APX	ACDEFGV
			Sandoz Sitagliptin-Metformin XR	02529106	SDZ	ACDEFGV

A10BD07		METFORMINE ET SITAGLIPTINE						
Co.L.P.	Orl	1 000 mg / 50 mg		Janumet XR	02416794	FRS	ACDEFGV	
				Apo-Sitagliptin/Metformin XR	02506289	APX	ACDEFGV	
				Sandoz Sitagliptin-Metformin XR	02529114	SDZ	ACDEFGV	
Co.L.P.	Orl	1 000 mg / 100 mg		Janumet XR	02416808	FRS	ACDEFGV	
				Apo-Sitagliptin/Metformin XR	02506297	APX	ACDEFGV	
				Sandoz Sitagliptin-Metformin XR	02529122	SDZ	ACDEFGV	
A10BD10		METFORMINE ET SAXAGLIPTINE						
Co.	Orl	500 mg / 2,5 mg		Komboglyze	02389169	AZE	(SA)	
Co.	Orl	850 mg / 2,5 mg		Komboglyze	02389177	AZE	(SA)	
Co.	Orl	1 000 mg / 2,5 mg		Komboglyze	02389185	AZE	(SA)	
A10BD11		METFORMINE ET LINAGLIPTINE						
Co.	Orl	500 mg / 2,5 mg		Jentaduetto	02403250	BOE	(SA)	
Co.	Orl	850 mg / 2,5 mg		Jentaduetto	02403269	BOE	(SA)	
Co.	Orl	1 000 mg / 2,5 mg		Jentaduetto	02403277	BOE	(SA)	
A10BD15		METFORMINE ET DAPAGLIFLOZINE						
Co.	Orl	850 mg / 5 mg		XigDuo	02449935	AZE	(SA)	
				Auro-Dapagliflozin/Metformin	02533073	ARO	(SA)	
Co.	Orl	1 000 mg / 5 mg		XigDuo	02449943	AZE	(SA)	
				Auro-Dapagliflozin/Metformin	02533081	ARO	(SA)	
A10BD20		METFORMINE ET EMPAGLIFLOZINE						
Co.	Orl	500 mg / 5 mg		Synjardy	02456575	BOE	(SA)	
Co.	Orl	500 mg / 12,5 mg		Synjardy	02456605	BOE	(SA)	
Co.	Orl	850 mg / 5 mg		Synjardy	02456583	BOE	(SA)	
Co.	Orl	850 mg / 12,5 mg		Synjardy	02456613	BOE	(SA)	
Co.	Orl	1000 mg / 5 mg		Synjardy	02456591	BOE	(SA)	
Co.	Orl	1000 mg / 12,5 mg		Synjardy	02456621	BOE	(SA)	

A10BF INHIBITEURS D'ALPHA-GLUCOSIDASE

A10BF01 ACARBOSE

Co. Orl 50 mg

Glucobay (Disc/non disp Apr 18/24) 02190885 BAY ACDEFGV

Acarbose Tablets 02493780 STD ACDEFGV

Mar-Acarbose 02494078 MAR ACDEFGV

Co. Orl 100 mg

Glucobay (Disc/non disp Apr 18/24) 02190893 BAY ACDEFGV

Acarbose Tablets 02493799 STD ACDEFGV

Mar-Acarbose 02494086 MAR ACDEFGV

A10BG THIAZOLINEDIONES

A10BG03 PIOGLITAZONE

Co. Orl 15 mg

Ach-Pioglitazone 02391600 AHI ACDEFGV

Act Pioglitazone 02302861 TEV ACDEFGV

Apo-Pioglitazone 02302942 APX ACDEFGV

Jamp-Pioglitazone 02397307 JPC ACDEFGV

Mint-Pioglitazone 02326477 MNT ACDEFGV

pms-Pioglitazone 02303124 PMS ACDEFGV

Co. Orl 30 mg

Ach-Pioglitazone 02339587 AHI ACDEFGV

Act Pioglitazone 02302888 TEV ACDEFGV

Apo-Pioglitazone 02302950 APX ACDEFGV

Jamp-Pioglitazone 02365529 JPC ACDEFGV

Mint-Pioglitazone 02326485 MNT ACDEFGV

pms-Pioglitazone 02303132 PMS ACDEFGV

Co. Orl 45 mg

Ach-Pioglitazone 02339595 AHI ACDEFGV

Act Pioglitazone 02302896 TEV ACDEFGV

Apo-Pioglitazone 02302977 APX ACDEFGV

Jamp-Pioglitazone 02365537 JPC ACDEFGV

Mint-Pioglitazone 02326493 MNT ACDEFGV

pms-Pioglitazone 02303140 PMS ACDEFGV

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

A10BH01 SITAGLIPTINE

A10BH01 SITAGLIPTINE

Co. Orl 25 mg

Januvia 02388839 FRS ACDEFGV
 ACH-Sitagliptin 02512475 AHI ACDEFGV
 Apo-Sitagliptin Malate 02508656 APX ACDEFGV
 Auro-Sitagliptin 02529866 ARO ACDEFGV
 Jamp Sitagliptin 02534134 JPC ACDEFGV
 Sandoz Sitagliptin 02504049 SDZ ACDEFGV
 Sitagliptin 02529033 SIV ACDEFGV
 Taro-Sitagliptin Fumarate 02531631 TAR ACDEFGV

Co. Orl 50 mg

Januvia 02388847 FRS ACDEFGV
 ACH-Sitagliptin 02512483 AHI ACDEFGV
 Apo-Sitagliptin Malate 02508664 APX ACDEFGV
 Auro-Sitagliptin 02529874 ARO ACDEFGV
 Jamp Sitagliptin 02534142 JPC ACDEFGV
 Sandoz Sitagliptin 02504057 SDZ ACDEFGV
 Sitagliptin 02529041 SIV ACDEFGV
 Taro-Sitagliptin Fumarate 02531658 TAR ACDEFGV

Co. Orl 100 mg

Januvia 02303922 FRS ACDEFGV
 ACH-Sitagliptin 02512491 AHI ACDEFGV
 Apo-Sitagliptin Malate 02508672 APX ACDEFGV
 Auro-Sitagliptin 02529882 ARO ACDEFGV
 Jamp Sitagliptin 02534150 JPC ACDEFGV
 Sandoz Sitagliptin 02504065 SDZ ACDEFGV
 Sitagliptin 02529068 SIV ACDEFGV
 Taro-Sitagliptin Fumarate 02531666 TAR ACDEFGV

A10BH03 SAXAGLIPTINE

Co. Orl 2,5 mg

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

Co. Orl 5 mg

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

A10BH05 LINAGLIPTINE

Co. Orl 5 mg

Trajenta 02370921 BOE ACDEFGV

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

A10BJ03	LIXISÉNATIDE						
Liq	SC	0,05 mg/mL		Adlyxine	02464276	SAV	(SA)
Liq	SC	0,1 mg/mL		Adlyxine	02464284	SAV	(SA)
A10BJ06	SÉMAGLUTIDE						
Liq	SC	2 mg / 1,5 mL		Ozempic (autoinjector)	02471477	NNO	(SA)
Liq	SC	4 mg / 3 mL		Ozempic (autoinjector)	02471469	NNO	(SA)

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

A10BK01	DAPAGLIFLOZINE						
Co.	Orl	5 mg		Forxiga	02435462	AZE	ACDEFGV
				Apo-Dapagliflozin	02527189	APX	ACDEFGV
				Auro-Dapagliflozin	02531402	ARO	ACDEFGV
				GLN-Dapagliflozin	02519852	GLM	ACDEFGV
				Jamp Dapagliflozin	02531364	JPC	ACDEFGV
				M-Dapagliflozin	02535297	MRA	ACDEFGV
				pms-Dapagliflozin	02531550	PMS	ACDEFGV
				Sandoz Dapagliflozin	02518732	SDZ	ACDEFGV
Co.	Orl	10 mg		Forxiga	02435470	AZE	ACDEFGV
				Apo-Dapagliflozin	02527197	APX	ACDEFGV
				Auro-Dapagliflozin	02531410	ARO	ACDEFGV
				GLN-Dapagliflozin	02519860	GLM	ACDEFGV
				Jamp Dapagliflozin	02531372	JPC	ACDEFGV
				M-Dapagliflozin	02535300	MRA	ACDEFGV
				pms-Dapagliflozin	02531569	PMS	ACDEFGV
				Sandoz Dapagliflozin	02518740	SDZ	ACDEFGV
A10BK02	CANAGLIFLOZINE						
Co.	Orl	100 mg		Invokana	02425483	JAN	(SA)
Co.	Orl	300 mg		Invokana	02425491	JAN	(SA)
A10BK03	EMPAGLIFLOZINE						
Co.	Orl	10 mg		Jardiance	02443937	BOE	(SA)
Co.	Orl	25 mg		Jardiance	02443945	BOE	(SA)

A10BX AUTRES MEDICAMENTS HYPOGLYCEMIANTS, EXCL INSULINES

A10BX02	REPAGLINIDE						
---------	-------------	--	--	--	--	--	--

A10BX02 REPAGLINIDE

Co. Orl 0,5 mg

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

Co. Orl 1 mg

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

Co. Orl 2 mg

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

A11 VITAMINES**A11C VITAMINE A ET D, Y COMPRIS LES COMBINAISONS DES DEUX****A11CC VITAMINE D ET ANALOGUES****A11CC01 ERGOCALCIFÉROL**

Caps Orl 50 000 IU

D-Forte 02237450 SDZ ACDEFGV

A11CC03 ALFACALCIDOL

Caps Orl 0,25 mcg

One-Alpha	00474517	XPI	ACDEFGV
Sandoz Alfacalcidol	02533316	SDZ	ACDEFGV

Caps Orl 1 mcg

One-Alpha	00474525	XPI	ACDEFGV
Sandoz Alfacalcidol	02533324	SDZ	ACDEFGV

Liq Orl 2 mcg/mL

One-Alpha 02240329 XPI ACDEFGV

A11CC04 CALCITRIOL

Caps Orl 0,25 mcg

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

A11CC04	CALCITRIOL								
	Caps	Orl	0,5 mcg						
				Rocaltrol	00481815	SLP	ACDEFGV		
				Calcitriol-Odan	02431645	ODN	ACDEFGV		
				pms-Calcitriol	02495902	PMS	ACDEFGV		
				Taro-Calcitriol	02485729	TAR	ACDEFGV		
A11CC05	CHOLÉCALCIFÉROL								
	Co.	Orl	1 000 IU						
				Vitamin D	80000436	JAM	EF-18G		
A11E	VITAMINE B-COMPLEXE, COMPRIS COMBINAISONS								
A11EB	VITAMINE B-COMPLEXE AVEC VITAMINE C								
A11EB99	VITAMINE B-COMPLEXE AVEC VITAMINE C								
	Co.	Orl	100 mg						
				Replavite	80007498	WNP	(SA)		
A11H	AUTRES PRÉPARATIONS VITAMINIQUES ORDINAIRES								
A11HA	AUTRES PRÉPARATIONS VITAMINIQUES ORDINAIRES								
A11HA03	TOCOPHÉROL (VIT E)								
	Caps	Orl	100 IU						
				Vitamin E	00189227	EXZ	BEF-18G		
				Vitamin E Natural	00122823	JAM	BEF-18G		
	Caps	Orl	200 IU						
				Vitamin E	00189235	EXZ	BEF-18G		
				Vitamin E Natural	00122831	JAM	BEF-18G		
	Caps	Orl	400 IU						
				Vitamin E	00266108	CCM	BEF-18G		
				Vitamin E	02040816	CCM	BEF-18G		
				Vitamin E Natural	00122858	JAM	BEF-18G		
				Vitamin E Natural	00201995	WAM	BEF-18G		
				Vitamin E Synthetic	00274259	WAM	BEF-18G		
	Gttes	Orl	50 IU						
				Aquasol E	02162075	CLC	BEF-18G		
A12	SUPPLÉMENTS DE MINÉRAUX								
A12B	POTASSIUM								
A12BA	POTASSIUM								
A12BA01	CHLORURE DE POTASSIUM								
	Caps.L.L.	Orl	600 mg						
				Micro-K	02042304	PAL	ACDEFGV		
				Jamp-Potassium Chloride ER	80062704	JPC	ACDEFGV		
	Co.L.L.	Orl	600 mg						
				Jamp-K8	80013005	JPC	ACDEFGV		
				M-K8 L.A.	80035346	MRA	ACDEFGV		
				Sandoz K 8	02246734	SDZ	ACDEFGV		

A12BA01 CHLORURE DE POTASSIUM

Co.L.L.	Orl	1 500 mg	Jamp-K20	80013007	JPC	ACDEFGV
			Odan K-20	80004415	ODN	ACDEFGV
			Sandoz K 20	02242261	SDZ	ACDEFGV
Liq	Orl	100 mg/mL	Jamp-Potassium Chloride	80024835	JPC	ACDEFGV
			Odan Potassium Chloride	80046782	ODN	ACDEFGV
			pms-Potassium Chloride	02238604	PMS	ACDEFGV

A12BA02 CITRATE DE POTASSIUM

Co.Eff.	Orl	975 mg	K-Lyte	02085992	WLS	ACDEFGV
			Jamp-K Effervescent	80033602	JPC	ACDEFGV
Co.L.P.	Orl	540 mg	Urocit-K	01914022	PAL	ACDEFGV
Co.L.P.	Orl	1 080 mg	Urocit-K	02353997	PAL	ACDEFGV

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

Liq	Orl	100 mg/mL	Rougier Magnesium	00026697	ROG	ACDEFGV
			Jamp Magnesium	80009357	JPC	ACDEFGV

A12CD FLUORURE**A12CD01 FLUORURE DE SODIUM**

Co.	Orl	2,21 mg	Fluor-a-Day	00575569	PDP	EF-18G
Gttes	Orl	5,56 mg/mL	Fluor-a-Day	00610100	PDP	EF-18G

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

Co.	Orl	330 mg	Carnitor	02144328	LBI	(SA)
Liq	Orl	100 mg/mL	Carnitor	02144336	LBI	(SA)
			Odan-Levocarnitine	02492105	ODN	(SA)

A16AA04 MERCAPTAMINE (CYSTÉAMINE)

Caps.L.R.	Orl	25 mg	Procysbi	02464705	HRZ	(SA)
Caps.L.R.	Orl	75 mg	Procysbi	02464713	HRZ	(SA)

A16AB ENZYMES

A16AB07	ALGLUCOSIDASE ALFA								
Pds.	IV	50 mg				Myozyme	02284863	GZM	(SA)
A16AB10	VELAGLUCERASE ALFA								
Pds.	IV	400 units				VPRIV	02357119	PAL	(SA)
A16AB11	TALIGLUCERASE ALFA								
Pds.	IV	200 units/vial				Elelyso	02425637	PFI	(SA)
A16AB12	ÉLOSULFASE ALFA								
Liq	IV	5 mg / 5 mL				Vimizim	02427184	BMR	(SA)
A16AB13	ASFOTASE ALFA								
Liq	SC	18 mg / 0,45 mL				Strensiq	02444615	ALX	(SA)
Liq	SC	28 mg / 0,7 mL				Strensiq	02444623	ALX	(SA)
Liq	SC	40 mg/mL				Strensiq	02444631	ALX	(SA)
Liq	SC	80 mg / 0,8 mL				Strensiq	02444658	ALX	(SA)
A16AB14	SEBELIPASE ALFA								
Liq	IV	2 mg/mL				Kanuma	02469596	ALX	(SA)
A16AB17	CERLIPONASE ALFA								
Liq	IVR	150 mg / 5 mL				Brineura	02484013	BMR	(SA)

A16AX DIVERS PRODUITS LIÉS AU TRACTUS DIGESTIF ET AU MÉTABOLISME

A16AX03	PHÉNYLBUTYRATE SODIQUE								
Gran	Orl	483 mg/g				Pheburane	02436663	MDU	(SA)
A16AX04	NITISINONE								
Caps	Orl	2 mg				Orfadin	02459698	BVT	(SA)
						MDK-Nitisinone	02457717	MDK	(SA)
Caps	Orl	5 mg				Orfadin	02459701	BVT	(SA)
						MDK-Nitisinone	02457725	MDK	(SA)
Caps	Orl	10 mg				Orfadin	02459728	BVT	(SA)
						MDK-Nitisinone	02457733	MDK	(SA)

A16AX04	NITISINONE							
Caps	Orl	20 mg			Orfadin	02459736	BVT	(SA)
					MDK-Nitisinone	02470055	MDK	(SA)
A16AX07	SAPROPTÉRINE							
Co.	Orl	100 mg			Kuvan	02350580	BMR	(SA)
Pds.	Orl	100 mg			Kuvan	02482207	BMR	(SA)
Pds.	Orl	500 mg			Kuvan	02482215	BMR	(SA)
A16AX08	TÉDUGLUTIDE							
Pds.	SC	5 mg			Revestive	02445727	TAK	(SA)
A16AX09	PHÉNYLBUTYRATE DE GLYCÉROL							
Liq	Orl	1,1 g/mL			Ravicti	02453304	HRZ	(SA)
A16AX12	TRIENTINE							
Caps	Orl	250 mg			Mar-Trientine	02504855	MAR	(SA)
					Waymade-Trientine	02515067	WMD	(SA)
A16AX14	MIGALASTAT							
Caps	Orl	123 mg			Galafold	02468042	AMT	(SA)

B SANG ET ORGANES HÉMATOPOÏÉTIQUES

B01 AGENTS ANTITHROMBOTIQUES

B01A AGENTS ANTITHROMBOTIQUES

B01AA ANTAGONISTES DE LA VITAMINE K

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

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

B01AB GROUPE DE L'HÉPARINE

B01AB01		HÉPARINE					
Liq	Inj	100 IU/mL		Heparin	00727520	LEO	ACDEFGVW
B01AB04		DALTÉPARINE					
Liq	Inj	2 500 IU / 0,2 mL		Fragmin (prefilled syringe)	02132621	PFI	W (SA)
Liq	Inj	3 500 IU / 0,28 mL		Fragmin (prefilled syringe)	02430789	PFI	W (SA)
Liq	Inj	5 000 IU / 0,2 mL		Fragmin (prefilled syringe)	02132648	PFI	W (SA)
Liq	Inj	7 500 IU / 0,3 mL		Fragmin (prefilled syringe)	02352648	PFI	W (SA)
Liq	Inj	10 000 IU / 0,4 mL		Fragmin (prefilled syringe)	02352656	PFI	W (SA)
Liq	Inj	10 000 IU/mL		Fragmin (ampoule)	02132664	PFI	W (SA)
Liq	Inj	12 500 IU / 0,5 mL		Fragmin (prefilled syringe)	02352664	PFI	W (SA)
Liq	Inj	15 000 IU / 0,6 mL		Fragmin (prefilled syringe)	02352672	PFI	W (SA)
Liq	Inj	16 500 IU / 0,66 mL		Fragmin (prefilled syringe)	02494582	PFI	W (SA)
Liq	Inj	18 000 IU / 0,72 mL		Fragmin (prefilled syringe)	02352680	PFI	W (SA)
Liq	Inj	25 000 IU/mL		Fragmin (multi-dose vial)	02231171	PFI	W (SA)
B01AB05		ÉNOXAPARINE					

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

B01AB06 NADROPARINE

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

B01AB10 TINZAPARINE

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

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

B01AC04	CLOPIDOGREL						
Co.	Orl	75 mg					
			Plavix	02238682	SAV	ACDEFV	
			Apo-Clopidogrel	02252767	APX	ACDEFV	
			Auro-Clopidogrel	02416387	ARO	ACDEFV	
			Clopidogrel	02394820	PDL	ACDEFV	
			Clopidogrel	02400553	SAS	ACDEFV	
			Clopidogrel	02385813	SIV	ACDEFV	
			Jamp-Clopidogrel	02415550	JPC	ACDEFV	
			M-Clopidogrel	02502283	MRA	ACDEFV	
			Mar-Clopidogrel	02422255	MAR	ACDEFV	
			Mint-Clopidogrel	02408910	MNT	ACDEFV	
			NRA-Clopidogrel	02482037	NRA	ACDEFV	
			pms-Clopidogrel	02348004	PMS	ACDEFV	
			Taro-Clopidogrel	02379813	SUN	ACDEFV	
			Teva-Clopidogrel	02293161	TEV	ACDEFV	
B01AC05	TICLOPIDINE						
Co.	Orl	250 mg					
			Ticlopidine	02237701	AAP	ACDEFV	
B01AC09	ÉPOPROSTÉNOLE						
Pds.	IV	0,5 mg					
			Caripul	02397447	JAN	(SA)	
			Flolan	02230845	GSK	(SA)	
Pds.	IV	1,5 mg					
			Caripul	02397455	JAN	(SA)	
			Flolan	02230848	GSK	(SA)	
B01AC21	TREPROSTINIL						
Liq	SC	1 mg/mL					
			Remodulin	02246552	UTC	(SA)	
Liq	SC	2,5 mg/mL					
			Remodulin	02246553	UTC	(SA)	
Liq	SC	5 mg/mL					
			Remodulin	02246554	UTC	(SA)	
Liq	SC	10 mg/mL					
			Remodulin	02246555	UTC	(SA)	
B01AC22	PRASUGREL						
Co.	Orl	10 mg					
			Jamp Prasugrel	02502429	JPC	(SA)	
B01AC24	TICAGRÉLOR						
Co.	Orl	60 mg					
			Apo-Ticagrelor	02482622	APX	(SA)	
			M-Ticagrelor	02529750	MRA	(SA)	
			Taro-Ticagrelor	02492571	TAR	(SA)	

B01AC24 TICAGRÉLOR

Co. Orl 90 mg

Brilinta	02368544	AZE	(SA)
Apo-Ticagrelor	02482630	APX	(SA)
M-Ticagrelor	02529769	MRA	(SA)
Taro-Ticagrelor	02492598	TAR	(SA)

B01AC27 SÉLEXIPAG

Co. Orl 200 mcg

Uptravi 02451158 JAN (SA)

Co. Orl 400 mcg

Uptravi 02451166 JAN (SA)

Co. Orl 600 mcg

Uptravi 02451174 JAN (SA)

Co. Orl 800 mcg

Uptravi 02451182 JAN (SA)

Co. Orl 1 000 mcg

Uptravi 02451190 JAN (SA)

Co. Orl 1 200 mcg

Uptravi 02451204 JAN (SA)

Co. Orl 1 400 mcg

Uptravi 02451212 JAN (SA)

Co. Orl 1 600 mcg

Uptravi 02451220 JAN (SA)

B01AC30 COMBINAISONS

DIPYRIDAMOLE / ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE

Caps Orl 200 mg / 25 mg

Taro-Dipyridamole/ASA 02471051 TAR (SA)

B01AD ENZYMES**B01AD02 ALTEPLASE**

Pds. Isl 2 mg

Cathflo 02245859 HLR (SA)

B01AE LES INHIBITEURS DIRECTS DE LA THROMBINE**B01AE07 DABIGATRAN ETEXILATE**

Caps Orl 110 mg

Pradaxa	02312441	BOE	(SA)
Apo-Dabigatran	02468905	APX	(SA)

Caps Orl 150 mg

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

B01AF INHIBITEURS DU FACTEUR XA DIRECTE**B01AF01 RIVAROXABAN**

Co. Orl 2,5 mg

Xarelto 02480808 BAY (SA)

B01AF01	RIVAROXABAN					
Co.	Orl	10 mg	Xarelto	02316986	BAY	(SA)
Co.	Orl	15 mg	Xarelto	02378604	BAY	ACDEFGV
Co.	Orl	20 mg	Xarelto	02378612	BAY	ACDEFGV
B01AF02	APIXABAN					
Co.	Orl	2,5 mg	Eliquis	02377233	BRI	ACDEFGV
			ACH-Apixaban	02487713	AHI	ACDEFGV
			Apixaban	02530708	SIV	ACDEFGV
			Apo-Apixaban	02487381	APX	ACDEFGV
			Auro-Apixaban	02486806	ARO	ACDEFGV
			Jamp Apixaban	02528924	JPC	ACDEFGV
			M-Apixaban	02529009	MRA	ACDEFGV
			Mar-Apixaban	02492369	MAR	ACDEFGV
			Mint-Apixaban	02495430	MNT	ACDEFGV
			Nat-Apixaban	02492814	NAT	ACDEFGV
			Sandoz Apixaban	02489228	SDZ	ACDEFGV
			Taro-Apixaban	02510464	SUN	ACDEFGV
Co.	Orl	5 mg	Eliquis	02397714	BRI	ACDEFGV
			ACH-Apixaban	02487721	AHI	ACDEFGV
			Apixaban	02530716	SIV	ACDEFGV
			Apo-Apixaban	02487403	APX	ACDEFGV
			Auro-Apixaban	02486814	ARO	ACDEFGV
			Jamp Apixaban	02528932	JPC	ACDEFGV
			M-Apixaban	02529017	MRA	ACDEFGV
			Mar-Apixaban	02492377	MAR	ACDEFGV
			Mint-Apixaban	02495449	MNT	ACDEFGV
			Nat-Apixaban	02492822	NAT	ACDEFGV
			Sandoz Apixaban	02489236	SDZ	ACDEFGV
			Taro-Apixaban	02510472	SUN	ACDEFGV
B01AF03	ÉDOXABAN					
Co.	Orl	15 mg	Lixiana	02458640	SEV	ACDEFGV
Co.	Orl	30 mg	Lixiana	02458659	SEV	ACDEFGV
Co.	Orl	60 mg	Lixiana	02458667	SEV	ACDEFGV

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

Co. Orl 500 mg

Cyklokapron 02064405 PFI ACDEFGV

GD-Tranexamic Acid 02409097 GMD ACDEFGV

Mar-Tranexamic Acid 02496232 MAR ACDEFGV

Tranexamic Acid 02519194 JPC ACDEFGV

Tranexamic Acid 02401231 STR ACDEFGV

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

Liq IM 1 mg / 0,5 mL

Vitamin K 00781878 SDZ ACDEFGVW

Liq IM 10 mg/mL

Vitamin K 00804312 SDZ ACDEFGVW

B03 PRÉPARATIONS ANTIANÉMIQUES**B03A PRÉPARATIONS DE FER****B03AA FER BIVALENT, PRÉPARATIONS ORALES****B03AA02 FUMARATE FERREUX**

Caps Orl 300 mg

Palafer 01923420 BSH AEEFGV

Jamp-Fer 80024232 JPC AEEFGV

Sandoz-Fer 02237556 SDZ AEEFGV

Co. Orl 300 mg

Ferrous Fumarate 00031089 WAM AEEFGV

Susp Orl 60 mg/mL

Palafer 01923439 BSH AEEFGV

B03AA03 GLUCONATE FERREUX

Co. Orl 300 mg

Ferrous Gluconate 00031097 JPC AEEFGV

Ferrous Gluconate 00582727 VTH AEEFGV

Novo-Ferrogluc 80000435 NUT AEEFGV

B03AA07 SULFATE FERREUX

Co. Orl 300 mg

Ferrous Sulfate 00031100 JPC AEEFGV

Ferrous Sulfate SC 00346918 CCM AEEFGV

pms-Ferrous Sulfate 00586323 PMS AEEFGV

Gttes Orl 125 mg/mL

pms-Ferrous Sulfate 00816035 PMS AEEFGV

B03AA07	SULFATE FERREUX						
Liq	Orl	75 mg/mL	Fer-In-Sol	00762954	MJO	AEFGV	
			Ferodan	02237385	ODN	AEFGV	
			Jamp Ferrous Sulfate	80008309	JPC	AEFGV	
Liq	Orl	150 mg / 5 mL	Jamp-Ferrous Sulfate	80008295	JPC	AEFGV	
Sir.	Orl	150 mg / 5 mL	Fer-In-Sol	00017884	MJO	AEFGV	
			Ferodan	00758469	ODN	AEFGV	
B03AC FER TRIVALENT, PRÉPARATIONS PARENTÉRALES							
B03AC02	SACCHARURE D'OXYDE DE FER						
	SUCROSE FERRIQUE						
Liq	IV	20 mg/mL	Venofer	02243716	FRE	ACDEFGV	
			pms-Iron Sucrose	02502917	PMS	ACDEFGV	
B03AC07	COMPLEXE DE GLUCONATE DE SODIUM FERRIQUE						
Liq	Inj	12,5 mg/mL	Ferlecit	02243333	SAV	(SA)	
B03AC99	DÉRISOMALTOSE FERRIQUE						
Liq	Inj	100 mg/mL	Monoferric	02477777	PFI	(SA)	
B03B VITAMINE B12 ET ACIDE FOLIQUE							
B03BA VITAMINE B12 (CYANOCOBALAMINE ET DÉRIVÉS)							
B03BA01	CYANOCOBALAMINE						
Liq	Inj	1 000 mcg/mL	Cyanocobalamin	01987003	STR	ACDEFGV	
			Vitamin B12	00521515	SDZ	ACDEFGV	
B03BB ACIDE FOLIQUE ET DÉRIVÉS							
B03BB01	ACIDE FOLIQUE						
Co.	Orl	5 mg	Jamp-Folic	02366061	JPC	ACDEFGV	
			Sandoz-Folic	02285673	SDZ	ACDEFGV	
B03X AUTRES PRÉPARATIONS ANTIANÉMIQUES							
B03XA AUTRES PRÉPARATIONS ANTIANÉMIQUES							
B03XA01	ÉRYTHROPOÏÉTINE (ÉPOÉTINE ALFA)						
Liq	Inj	1 000 IU / 0,5 mL	Eprex	02231583	JAN	W (SA)	
Liq	Inj	2 000 IU / 0,5 mL	Eprex	02231584	JAN	W (SA)	
Liq	Inj	3 000 IU / 0,3 mL	Eprex	02231585	JAN	W (SA)	

B03XA01 ÉRYTHROPOÏÉTINE (ÉPOÉTINE ALFA)

Liq	Inj	4 000 IU / 0,4 mL	Eprex	02231586	JAN	W (SA)
Liq	Inj	5 000 IU / 0,5 mL	Eprex	02243400	JAN	W (SA)
Liq	Inj	6 000 IU / 0,6 mL	Eprex	02243401	JAN	W (SA)
Liq	Inj	8 000 IU / 0,8 mL	Eprex	02243403	JAN	W (SA)
Liq	Inj	10 000 IU/mL	Eprex	02231587	JAN	W (SA)
Liq	Inj	20 000 IU / 0,5 mL	Eprex	02243239	JAN	W (SA)
Liq	Inj	30 000 IU / 0,75 mL	Eprex	02288680	JAN	W (SA)
Liq	Inj	40 000 IU/mL	Eprex	02240722	JAN	W (SA)

B03XA02 DARBÉPOÉTINE ALFA

Liq	Inj	10 mcg / 0,4 mL	Aranesp	02392313	AGA	W (SA)
Liq	Inj	20 mcg / 0,5 mL	Aranesp	02392321	AGA	W (SA)
Liq	Inj	30 mcg / 0,3 mL	Aranesp	02392348	AGA	W (SA)
Liq	Inj	40 mcg / 0,4 mL	Aranesp	02391740	AGA	W (SA)
Liq	Inj	50 mcg / 0,5 mL	Aranesp	02391759	AGA	W (SA)
Liq	Inj	60 mcg / 0,3 mL	Aranesp	02392356	AGA	W (SA)
Liq	Inj	80 mcg / 0,4 mL	Aranesp	02391767	AGA	W (SA)
Liq	Inj	100 mcg / 0,5 mL	Aranesp	02391775	AGA	W (SA)
Liq	Inj	130 mcg / 0,65 mL	Aranesp	02391783	AGA	W (SA)
Liq	Inj	150 mcg / 0,3 mL	Aranesp	02391791	AGA	W (SA)
Liq	Inj	200 mcg / 0,4 mL	Aranesp	02391805	AGA	W (SA)
Liq	Inj	300 mcg / 0,6 mL	Aranesp	02391821	AGA	W (SA)
Liq	Inj	500 mcg / 1 mL	Aranesp	02392364	AGA	W (SA)

B03XA06	LUSPATERCEPT							
Pds.	SC	25 mg			Reblozyl	02505541	CEL	(SA)
Pds.	SC	75 mg			Reblozyl	02505568	CEL	(SA)
B06	AUTRES AGENT HEMATOLOGIQUES							
B06A	AUTRES AGENT HEMATOLOGIQUES							
B06AC	MÉDICAMENTS UTILISÉS DANS L'ANGIO-ŒDÈME HÉRÉDITAIRE							
B06AC02	ICATIBANT							
Liq	SC	30 mg / 3 mL			Firazyr	02425696	TAK	(SA)
B06AC05	LANADÉLUMAB							
Liq	SC	300 mg / 2 mL			Takhzyro	02480948	SHI	(SA)
					Takhzyro	02505614	SHI	(SA)
C	SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE							
C01	CARDIOTHÉRAPIE							
C01A	GLUCOSIDES CARDIOTONIQUES							
C01AA	GLUCOSIDES DIGITALIQUE							
C01AA05	DIGOXINE							
Co.	Orl	0,0625 mg			Jamp-Digoxin	02498502	JPC	ACDEFGV
					pms-Digoxin	02335700	PMS	ACDEFGV
Co.	Orl	0,125 mg			Jamp-Digoxin	02498510	JPC	ACDEFGV
					pms-Digoxin	02335719	PMS	ACDEFGV
Liq	Orl	0,05 mg/mL			pms-Digoxin	02242320	PMS	ACDEFGV
C01B	ANTIARHYTHMIQUES, CATÉGORIES I ET III							
C01BA	ANTIARHYTHMIQUES, CATÉGORIE IA							
C01BA03	DISOPYRAMIDE							
Caps	Orl	100 mg			Rythmodan	02224801	XPI	ACDEFGV
C01BB	ANTIARHYTHMIQUES, CATÉGORIE IB							
C01BB02	MEXILÉTINE							
Caps	Orl	100 mg			Teva-Mexiletine	02230359	TEV	ACDEFGV
Caps	Orl	200 mg			Teva-Mexiletine	02230360	TEV	ACDEFGV
C01BC	ANTIARHYTHMIQUES, CATÉGORIE IC							
C01BC03	PROPAFÉNONE							

C01BC03 PROPAFÉNONE

Co. Orl 150 mg

Rythmol	00603708	BGP	ACDEFGV
Apo-Propafenone	02243324	APX	ACDEFGV
Mylan-Propafenone	02457172	MYL	ACDEFGV
Propafenone	02343053	SAS	ACDEFGV

Co. Orl 300 mg

Rythmol	00603716	BGP	ACDEFGV
Apo-Propafenone	02243325	APX	ACDEFGV
Mylan-Propafenone	02457164	MYL	ACDEFGV
Propafenone	02343061	SAS	ACDEFGV

C01BC04 FLÉCAÏNIDE

Co. Orl 50 mg

Apo-Flecainide	02275538	APX	ACDEFGV
Auro-Flecainide	02459957	ARO	ACDEFGV
Jamp-Flecainide	02493705	JPC	ACDEFGV
Mar-Flecainide	02476177	MAR	ACDEFGV

Co. Orl 100 mg

Apo-Flecainide	02275546	APX	ACDEFGV
Auro-Flecainide	02459965	ARO	ACDEFGV
Jamp-Flecainide	02493713	JPC	ACDEFGV
Mar-Flecainide	02476185	MAR	ACDEFGV

C01BD ANTIARHYTHMIQUES, CATÉGORIE III**C01BD01 AMIODARONE**

Co. Orl 100 mg

pms-Amiodarone 02292173 PMS ACDEFGV

Co. Orl 200 mg

Amiodarone	02364336	SAS	ACDEFGV
Amiodarone	02385465	SIV	ACDEFGV
Apo-Amiodarone	02246194	APX	ACDEFGV
Jamp Amiodarone	02531844	JPC	ACDEFGV
pms-Amiodarone	02242472	PMS	ACDEFGV
Sandoz Amiodarone	02243836	SDZ	ACDEFGV
Teva-Amiodarone	02239835	TEV	ACDEFGV

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

Co. Orl 2,5 mg

Apo-Midodrine	02278677	APX	ACDEFGV
Jamp Midodrine	02517701	JPC	ACDEFGV
Mar-Midodrine	02473984	MAR	ACDEFGV
Midodrine	02533200	SAS	ACDEFGV

C01CA17	MIDODRINE							
Co.	Orl	5 mg						
			Apo-Midodrine	02278685	APX	ACDEFGV		
			Jamp Midodrine	02517728	JPC	ACDEFGV		
			Mar-Midodrine	02473992	MAR	ACDEFGV		
			Midodrine	02533219	SAS	ACDEFGV		

C01CA24	ÉPINEPHRINE							
Liq	Inj	0,15 mg						
			Allerject	02382059	KLO	ACDEFGV		
			EpiPen Jr	00578657	PFI	ACDEFGV		
Liq	Inj	0,3 mg						
			Allerject	02382067	KLO	ACDEFGV		
			Emerade	02458446	BSL	ACDEFGV		
			EpiPen	00509558	PFI	ACDEFGV		
Liq	Inj	0,5 mg						
			Emerade	02458454	BSL	ACDEFGV		
Liq	Inj	1 mg/mL						
			Adrenalin	00155357	ERF	ACDEFGV		

C01D VASODILATEURS UTILISÉS POUR LES MALADIES CARDIAQUES

C01DA NITRATES ORGANIQUES

C01DA02	NITROGLYCERINE (TRINITRATE DE GLYCERYLE)							
Aém.	Slg	0,4 mg						
			Nitrolingual	02231441	SAV	ACDEFGV		
			Mylan-Nitro SL	02243588	MYL	ACDEFGV		
			Rho-Nitro	02238998	SDZ	ACDEFGV		
Co.S.L.	Slg	0,3 mg						
			Nitrostat	00037613	UJC	ACDEFGV		
Co.S.L.	Slg	0,6 mg						
			Nitrostat	00037621	UJC	ACDEFGV		
Pth	Trd	0,2 mg/hr						
			Nitro-Dur	01911910	RCH	ACDEFV		
			Trinipatch	02230732	PAL	ACDEFV		
			Mylan-Nitro Patch	02407442	MYL	ACDEFV		
Pth	Trd	0,4 mg/hr						
			Nitro-Dur	01911902	RCH	ACDEFV		
			Trinipatch	02230733	PAL	ACDEFV		
			Mylan-Nitro Patch	02407450	MYL	ACDEFV		
Pth	Trd	0,6 mg/hr						
			Nitro-Dur	01911929	RCH	ACDEFV		
			Trinipatch	02230734	PAL	ACDEFV		
			Mylan-Nitro Patch	02407469	MYL	ACDEFV		

C01DA02 NITROGLYCERINE (TRINITRATE DE GLYCERYLE)

Pth Trd 0,8 mg/hr

Nitro-Dur 02011271 RCH ACDEFV
Mylan-Nitro Patch 02407477 MYL ACDEFV**C01DA08 DINITRATE D'ISOSORBIDE**

Co. Orl 10 mg

ISDN 00441686 AAP ACDEFGV

Co. Orl 30 mg

ISDN 00441694 AAP ACDEFGV

C01DA14 MONONITRATE D'ISOSORBIDE

Co.L.L. Orl 60 mg

Imdur 02126559 JNO ACDEFGV
Apo-ISMN 02272830 APX ACDEFGV
pms-ISMN 02301288 PMS ACDEFGV**C01E AUTRES PREPARATIONS CARDIAQUES****C01EB AUTRES PRODUITS CARDIAQUES****C01EB17 IVABRADINE**

Co. Orl 5 mg

Lancora 02459973 SEV (SA)

Co. Orl 7,5 mg

Lancora 02459981 SEV (SA)

C02 ANTIHYPERTENSEURS**C02A AGENTS ANTIADRÉNERGIQUES, AGISSANT CENTRALEMENT****C02AB MÉTHYLDOPA****C02AB02 MÉTHYLDOPA (RACEMIQUE)**

Co. Orl 125 mg

Methyldopa 00360252 AAP ACDEFGV

Co. Orl 250 mg

Methyldopa 00360260 AAP ACDEFGV

Co. Orl 500 mg

Methyldopa 00426830 AAP ACDEFGV

C02AC AGONISTES DU RÉCEPTEUR IMIDAZOLINE**C02AC01 CLONIDINE**

Co. Orl 0,025 mg

Jamp Clonidine 02528207 JPC ACDEFGV
Mar-Clonidine 02524198 MAR ACDEFGV
Mint-Clonidine 02534738 MNT ACDEFGV
Sandoz Clonidine 02516217 SDZ ACDEFGV
Teva-Clonidine 02304163 TEV ACDEFGV

Co. Orl 0,1 mg

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

C02AC01 CLONIDINE

Co. Orl 0,2 mg

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

C02C AGENTS ANTIADRENERGIQUES, AGISSANT EN PERIPHERIE

C02CA ALPHABLOQUANT DE L'ADRENOCEPTEUR

C02CA01 PRAZOSINE

Co. Orl 1 mg

Teva-Prazin 01934198 TEV ACDEFGV

Co. Orl 2 mg

Teva-Prazin 01934201 TEV ACDEFGV

Co. Orl 5 mg

Teva-Prazin 01934228 TEV ACDEFGV

C02CA04 DOXAZOSINE

Co. Orl 1 mg

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

Co. Orl 2 mg

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

Co. Orl 4 mg

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

C02D MUSCLES LISSES ARTERIOLAIRES, AGENTS AGISSANT SUR LES

C02DB DERIVES DU HYDRAZINOPHTHALAZINE

C02DB02 HYDRALAZINE

Co. Orl 10 mg

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

Co. Orl 25 mg

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

Co. Orl 50 mg

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

C02DC DÉRIVÉS DU PYRIMIDINE

C02DC01 MINOXIDIL

Co. Orl 2,5 mg Loniten 00514497 PFI ACDEFGV

Co. Orl 10 mg Loniten 00514500 PFI ACDEFGV

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

C02KX01 BOSENTAN

Co. Orl 62,5 mg Tracleer 02244981 JAN (SA)

Nat-Bosentan 02467984 NAT (SA)

pms-Bosentan 02383012 PMS (SA)

Taro-Bosentan 02483130 TAR (SA)

Co. Orl 125 mg Tracleer 02244982 JAN (SA)

Nat-Bosentan 02467992 NAT (SA)

pms-Bosentan 02383020 PMS (SA)

Taro-Bosentan 02483149 TAR (SA)

C02KX02 AMBRISENTAN

Co. Orl 5 mg Volibris 02307065 GSK (SA)

Apo-Ambrisentan 02475375 APX (SA)

Jamp Ambrisentan 02521938 JPC (SA)

Sandoz Ambrisentan 02526875 SDZ (SA)

Co. Orl 10 mg Volibris 02307073 GSK (SA)

Apo-Ambrisentan 02475383 APX (SA)

Jamp Ambrisentan 02521946 JPC (SA)

Sandoz Ambrisentan 02526883 SDZ (SA)

C02KX04 MACITENTAN

Co. Orl 10 mg Opsumit 02415690 JAN (SA)

C02KX05 RIOCIGUAT

Co. Orl 0,5 mg Adempas 02412764 BAY (SA)

Co. Orl 1 mg Adempas 02412772 BAY (SA)

Co. Orl 1,5 mg Adempas 02412799 BAY (SA)

Co. Orl 2 mg Adempas 02412802 BAY (SA)

C02KX05 RIOCIQUAT
Co. Orl 2,5 mg Adempas 02412810 BAY (SA)

C02KX99 SILDÉNAFIL
Co. Orl 20 mg Revatio 02279401 UJC (SA)
Jamp Sildenafil R 02469669 JPC (SA)
pms-Sildenafil R 02412179 PMS (SA)
Teva-Sildenafil R 02319500 TEV (SA)

C03 DIURÉTIQUES

C03A DIURÉTIQUES DE PLAFOND BAS, THIAZIDES

C03AA THIAZIDES, ORDINAIRE

C03AA03 HYDROCHLOROTHIAZIDE
Co. Orl 12,5 mg Apo-Hydro 02327856 APX ACDEFGV
Mint-Hydrochlorothiazide 02425947 MNT ACDEFGV
pms-Hydrochlorothiazide 02274086 PMS ACDEFGV
Co. Orl 25 mg Apo-Hydro 00326844 APX ACDEFGV
Hydrochlorothiazide 02360594 SAS ACDEFGV
Mint-Hydrochlorothiazide 02426196 MNT ACDEFGV
pms-Hydrochlorothiazide 02247386 PMS ACDEFGV
Teva-Hydrochlorothiazide 00021474 TEV ACDEFGV
Co. Orl 50 mg Apo-Hydro 00312800 APX ACDEFGV
Hydrochlorothiazide 02360608 SAS ACDEFGV
pms-Hydrochlorothiazide 02247387 PMS ACDEFGV
Teva-Hydrazide 00021482 TEV ACDEFGV

C03B DIURÉTIQUES DE PLAFOND BAS, À L'EXCLUSION DES THIAZIDES

C03BA SULFONAMIDES, ORDINAIRES

C03BA04 CHLORTHALIDONE
Co. Orl 50 mg Chlorthalidone 00360279 AAP ACDEFGV
Jamp Chlorthalidone 02523817 JPC ACDEFGV
C03BA08 MÉTOLAZONE
Co. Orl 2,5 mg Zaroxolyn 00888400 SAV ACDEFGV
C03BA11 INDAPAMIDE
Co. Orl 1,25 mg Apo-Indapamide 02245246 APX ACDEFGV
Mylan-Indapamide 02240067 MYL ACDEFGV

C03BA11 INDAPAMIDE

Co. Orl 2,5 mg

Apo-Indapamide 02223678 APX ACDEFGV

Mylan-Indapamide 02153483 MYL ACDEFGV

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

Co. Orl 20 mg

Apo-Furosemide 00396788 APX ACDEFGVW

Furosemide 02351420 SAS ACDEFGVW

Mint-Furosemide 02466759 MNT ACDEFGVW

Teva-Furosemide 00337730 TEV ACDEFGVW

Co. Orl 40 mg

Apo-Furosemide 00362166 APX ACDEFGVW

Furosemide 02351439 SAS ACDEFGVW

Mint-Furosemide 02466767 MNT ACDEFGVW

Teva-Furosemide 00337749 TEV ACDEFGVW

Co. Orl 80 mg

Apo-Furosemide 00707570 APX ACDEFGVW

Furosemide 02351447 SAS ACDEFGVW

Mint-Furosemide 02466775 MNT ACDEFGVW

Teva-Furosemide 00765953 TEV ACDEFGVW

Co. Orl 500 mg

Lasix Special 02224755 SAV ACDEFGVW

Liq Inj 10 mg/mL

Furosemide 00527033 SDZ ACDEFGVW

Furosemide 02382539 SDZ ACDEFGVW

Furosemide Injection USP 02461404 STR ACDEFGVW

Liq Orl 10 mg/mL

Lasix 02224720 SAV ACDEFGVW

C03CA02 BUMÉTANIDE

Co. Orl 1 mg

Burinex 00728284 KNI ACDEFV

Co. Orl 5 mg

Burinex 00728276 KNI ACDEFV

C03CC DÉRIVÉS DE L'ACIDE ARYLOXYACÉTIQUE**C03CC01 ACIDE ÉTHACRYNIQUE**

Co. Orl 25 mg

Edecrin 02258528 BSL ACDEFGV

C03D MÉDICAMENTS D'ÉPARGNE DE POTASSIUM**C03DA ANTAGONISTES DE L'ALDOSTÉRONE****C03DA01 SPIRONOLACTONE**

C03DA01	SPIRONOLACTONE								
Co.	Orl	25 mg				Aldactone	00028606	PFI	ACDEFGV
						Jamp Spironolactone	02518821	JPC	ACDEFGV
						Mint-Spironolactone	02488140	MNT	ACDEFGV
						Teva-Spironolactone	00613215	TEV	ACDEFGV
Co.	Orl	100 mg				Aldactone	00285455	PFI	ACDEFGV
						Jamp Spironolactone	02518848	JPC	ACDEFGV
						Mint-Spironolactone	02488159	MNT	ACDEFGV
						Teva-Spiroton	00613223	TEV	ACDEFGV
C03DA04	ÉPLÉRÉNONE								
Co.	Orl	25 mg				Inspra	02323052	BGP	(SA)
						Mint-Eplerenone	02471442	MNT	(SA)
Co.	Orl	50 mg				Inspra	02323060	BGP	(SA)
						Mint-Eplerenone	02471450	MNT	(SA)
C03DB	AUTRES MÉDICAMENTS D'ÉPARGNE DE POTASSIUM								
C03DB01	AMILORIDE								
Co.	Orl	5 mg				Midamor	02249510	AAP	ACDEFGV
C03E	DIURÉTIQUES ET MÉDICAMENTS D'ÉPARGNE DE POTASSIUM EN COMBINAISON								
C03EA	DIURÉTIQUES DE PLAFOND BAS ET MÉDICAMENTS D'ÉPARGNE DE POTASSIUM EN COMBINAISON								
C03EA01	HYDROCHLOROTHIAZIDE ET MÉDICAMENTS D'ÉPARGNE DE POTASSIUM								
	HYDROCHLOROTHIAZIDE / AMILORIDE								
Co.	Orl	50 mg / 5 mg				AA-Amilzide	00784400	AAP	ACDEFGV
	HYDROCHLOROTHIAZIDE / SPIRONOLACTONE								
Co.	Orl	25 mg / 25 mg				Teva-Spironolactone HCTZ	00613231	TEV	ACDEFGV
Co.	Orl	50 mg / 50 mg				Teva-Spironolactone HCTZ	00657182	TEV	ACDEFGV
	HYDROCHLOROTHIAZIDE / TRIAMTÉRÈNE								
Co.	Orl	25 mg / 50 mg				Apo-Triazide	00441775	APX	ACDEFGV
						Teva-Triamterene/HCTZ	00532657	TEV	ACDEFGV
C04	VASODILATEURS PÉRIPHÉRIQUES								
C04A	VASODILATEURS PÉRIPHÉRIQUES								
C04AA	DÉRIVÉS DU 2-AMINO-1 PHÉNYLÉTHANOL								
C04AA02	BUPHENINE (NYLIDRINE)								
Co.	Orl	6 mg				Arlidin	01926713	SLP	ACDEFGV

C04AD DÉRIVÉS DE LA PURINE

C04AD03 PENTOXIFYLLINE

Co.L.L. Orl 400 mg

Pentoxifylline SR 02230090 AAP ACDEFGV

C05 VASOPROTECTEURS**C05A AGENTS POUR LE TRAITEMENT DES HÉMORROÏDES ET FISSURES ANALES / USAGE TOPIQUE****C05AA CORTICOSTÉROÏDES**

C05AA01 HYDROCORTISONE

HYDROCORTISONE / CINCHOCAÏNE / FRAMYCÉTINE / ESCULINE

Ont Rt 5 mg / 5 mg / 10 mg /
10 mg

Proctosedyl 02223252 AXC ACDEFGV

Proctol Ointment 02247322 ODN ACDEFGV

Supp. Rt 5 mg / 5 mg / 10 mg /
10 mg

Proctol Suppositories 02247882 ODN ACDEFGV

HYDROCORTISONE / PRAMOXINE

Aér. Rt 1% / 1%

Proctofoam HC 00363014 DUI ACDEFGV

HYDROCORTISONE / ZINC

Ont Rt 0,5% / 0,5%

Anodan HC 02128446 ODN ACDEFGV

Jamp-Zinc-HC 02387239 JPC ACDEFGV

Supp. Rt 0,5% / 0,5%

Anodan HC 02236399 ODN ACDEFGV

C05B TRAITEMENT ANTIVARICES**C05BA HÉPARINES OU HÉPARINOÏDS POUR USAGE TOPIQUE**

C05BA04 POLYSULFATE DE PENTOSANE

Caps Orl 100 mg

Elmiron 02029448 JAN ACDEFGV

C07 BETA-BLOQUANTS**C07A BETA-BLOQUANTS, ORDINAIRES****C07AA BETA-BLOQUANTS, NON SÉLECTIFS**

C07AA03 PINDOLOL

Co. Orl 5 mg

Visken 00417270 XPI ACDEFGV

Apo-Pindol 00755877 APX ACDEFGV

Teva-Pindolol 00869007 TEV ACDEFGV

Co. Orl 10 mg

Visken 00443174 XPI ACDEFGV

Apo-Pindol 00755885 APX ACDEFGV

Teva-Pindolol 00869015 TEV ACDEFGV

C07AA03	PINDOLOL							
Co.	Orl	15 mg				Apo-Pindol	00755893	APX ACDEFGV
						Teva-Pindolol	00869023	TEV ACDEFGV
C07AA05	PROPRANOLOL							
Co.	Orl	10 mg				Teva-Propranolol	00496480	TEV ACDEFGV
Co.	Orl	20 mg				Teva-Propranolol	00740675	TEV ACDEFGV
Co.	Orl	40 mg				Teva-Propranolol	00496499	TEV ACDEFGV
Co.	Orl	80 mg				Teva-Propranolol	00496502	TEV ACDEFGV
Liq	Orl	3,75 mg/mL				Hemangioli	02457857	PFB (SA)
C07AA06	TIMOLOL							
Co.	Orl	5 mg				Timolol	00755842	AAP ACDEFGV
Co.	Orl	10 mg				Timolol	00755850	AAP ACDEFGV
Co.	Orl	20 mg				Timolol	00755869	AAP ACDEFGV
C07AA07	SOTALOL							
Co.	Orl	80 mg				Apo-Sotalol	02210428	APX ACDEFGV
						Jamp-Sotalol	02368617	JPC ACDEFGV
						pms-Sotalol	02238326	PMS ACDEFGV
						Sotalol	02385988	SIV ACDEFGV
Co.	Orl	160 mg				Apo-Sotalol	02167794	APX ACDEFGV
						Jamp-Sotalol	02368625	JPC ACDEFGV
						pms-Sotalol	02238327	PMS ACDEFGV
						Sotalol	02385996	SIV ACDEFGV
C07AA12	NADOLOL							
Co.	Orl	40 mg				Apo-Nadolol	00782505	APX ACDEFGV
						Mint-Nadolol	02496380	MNT ACDEFGV
Co.	Orl	80 mg				Apo-Nadolol	00782467	APX ACDEFGV
						Mint-Nadolol	02496399	MNT ACDEFGV
Co.	Orl	160 mg				Apo-Nadolol	00782475	APX ACDEFGV

C07AB BETA-BLOQUANTS, SÉLECTIFS

C07AB02 MÉTOPROLOL

Co.	Orl	25 mg	Apo-Metoprolol	02246010	APX	ACDEFGV
			Jamp-Metoprolol-L	02356813	JPC	ACDEFGV
			pms-Metoprolol-L	02248855	PMS	ACDEFGV
Co.	Orl	50 mg	Apo-Metoprolol (uncoated)	00618632	APX	ACDEFGV
			Apo-Metoprolol type "L"	00749354	APX	ACDEFGV
			Jamp-Metoprolol-L	02356821	JPC	ACDEFGV
			Metoprolol	02350394	SAS	ACDEFGV
			Metoprolol-L	02442124	SIV	ACDEFGV
			pms-Metoprolol-L	02230803	PMS	ACDEFGV
			Teva-Metoprolol (coated)	00648035	TEV	ACDEFGV
			Teva-Metoprolol (uncoated)	00842648	TEV	ACDEFGV
Co.	Orl	100 mg	Apo-Metoprolol (uncoated)	00618640	APX	ACDEFGV
			Apo-Metoprolol type "L"	00751170	APX	ACDEFGV
			Jamp-Metoprolol-L	02356848	JPC	ACDEFGV
			Metoprolol	02350408	SAS	ACDEFGV
			Metoprolol-L	02442132	SIV	ACDEFGV
			pms-Metoprolol-L	02230804	PMS	ACDEFGV
			Teva-Metoprolol (coated)	00648043	TEV	ACDEFGV
			Teva-Metoprolol (uncoated)	00842656	TEV	ACDEFGV
Co.L.L.	Orl	100 mg	AA-Metoprolol SR	02285169	AAP	ACDEFGV

C07AB03 ATÉNOLOL

Co.	Orl	25 mg	Jamp-Atenolol	02367556	JPC	ACDEFGV
			Mar-Atenolol	02371979	MAR	ACDEFGV
			Mint-Atenolol	02368013	MNT	ACDEFGV
			pms-Atenolol	02246581	PMS	ACDEFGV
			Taro-Atenolol	02373963	SUN	ACDEFGV
			Teva-Atenolol	02266660	TEV	ACDEFGV

C07AB03 ATÉNOLOL

Co. Orl 50 mg

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

Co. Orl 100 mg

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

C07AB04 ACÉBUTOLOL

Co. Orl 100 mg

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

Co. Orl 200 mg

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

Co. Orl 400 mg

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

C07AB07 BISOPROLOL

Co. Orl 5 mg

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

C07AB07 BISOPROLOL

Co. Orl 10 mg

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

C07AG ALPHA-BLOQUANTS ET BETA-BLOQUANTS

C07AG01 LABÉTALOL

Co. Orl 100 mg

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

Co. Orl 200 mg

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

C07AG02 CARVÉDILOL

Co. Orl 3,125 mg

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

Co. Orl 6,25 mg

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

C07AG02 CARVÉDILOL

Co. Orl 12,5 mg

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

Co. Orl 25 mg

Apo-Carvedilol	02247936	APX	ACDEFGV
Auro-Carvedilol	02418525	ARO	ACDEFGV
Carvedilol	02364956	SAS	ACDEFGV
Carvedilol	02248755	SIV	ACDEFGV
Jamp-Carvedilol	02368927	JPC	ACDEFGV
pms-Carvedilol	02245917	PMS	ACDEFGV
ratio-Carvedilol	02252333	TEV	ACDEFGV

C07C BETA-BLOQUANTS ET AUTRES DIURÉTIQUES**C07CA BETA-BLOQUANTS, NON SÉLECTIFS, AUTRES DIURÉTIQUES**

C07CA03 PINDOLOL ET AUTRE DIURÉTIQUES
PINDOLOL / HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co. Orl 10 mg / 25 mg

Viskazide 00568627 XPI ACDEFGV

Co. Orl 10 mg / 50 mg

Viskazide 00568635 XPI ACDEFGV

C07CB BETA-BLOQUANTS, SÉLECTIFS, ET AUTRES DIURÉTIQUES

C07CB03 ATÉNOLOL ET AU DIURÉTIQUES
ATÉNOLOL / CHLOROTHALIDONE

Co. Orl 50 mg / 25 mg

AA-Atenidone 02248763 AAP ACDEFGV

Co. Orl 100 mg / 25 mg

AA-Atenidone 02248764 AAP ACDEFGV

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

C08CA01 AMLODIPINE

C08CA01 AMLODIPINE

Co. Orl 2,5 mg

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

Co. Orl 5 mg

Norvasc	00878928	BGP	ACDEFGV
Act Amlodipine	02297485	ATV	ACDEFGV
Amlodipine	02429217	JPC	ACDEFGV
Amlodipine	02326809	PDL	ACDEFGV
Amlodipine	02331284	SAS	ACDEFGV
Amlodipine	02385791	SIV	ACDEFGV
Amlodipine Besylate	02419564	AHI	ACDEFGV
Apo-Amlodipine	02273373	APX	ACDEFGV
Auro-Amlodipine	02397072	ARO	ACDEFGV
Jamp-Amlodipine	02357194	JPC	ACDEFGV
M-Amlodipine	02468026	MRA	ACDEFGV
Mar-Amlodipine	02371715	MAR	ACDEFGV
Mint-Amlodipine	02362651	MNT	ACDEFGV
Mylan-Amlodipine	02272113	MYL	ACDEFGV
NRA-Amlodipine	02476460	NRA	ACDEFGV
pharma-Amlodipine	02469030	PMS	ACDEFGV
pms-Amlodipine	02284065	PMS	ACDEFGV
PRZ-Amlodipine	02522519	PRZ	ACDEFGV
Ran-Amlodipine	02321858	RAN	ACDEFGV
Sandoz Amlodipine	02284383	SDZ	ACDEFGV
Septa-Amlodipine	02357712	SPT	ACDEFGV

C08CA01 AMLODIPINE

Co. Orl 10 mg

Norvasc	00878936	BGP	ACDEFGV
Act Amlodipine	02297493	ATV	ACDEFGV
Amlodipine	02429225	JPC	ACDEFGV
Amlodipine	02326817	PDL	ACDEFGV
Amlodipine	02331292	SAS	ACDEFGV
Amlodipine	02385805	SIV	ACDEFGV
Amlodipine Besylate	02419572	AHI	ACDEFGV
Apo-Amlodipine	02273381	APX	ACDEFGV
Auro-Amlodipine	02397080	ARO	ACDEFGV
Jamp-Amlodipine	02357208	JPC	ACDEFGV
M-Amlodipine	02468034	MRA	ACDEFGV
Mar-Amlodipine	02371723	MAR	ACDEFGV
Mint-Amlodipine	02362678	MNT	ACDEFGV
Mylan-Amlodipine	02272121	MYL	ACDEFGV
NRA-Amlodipine	02476479	NRA	ACDEFGV
pharma-Amlodipine	02469049	PMS	ACDEFGV
pms-Amlodipine	02284073	PMS	ACDEFGV
PRZ-Amlodipine	02522527	PRZ	ACDEFGV
Ran-Amlodipine	02321866	RAN	ACDEFGV
Sandoz Amlodipine	02284391	SDZ	ACDEFGV
Septa-Amlodipine	02357720	SPT	ACDEFGV
pdp-Amlodipine	02484706	PDP	(SA)

Liq Orl 1 mg/mL

C08CA02 FÉLODIPINE

Co.L.P. Orl 2,5 mg

Plendil	02057778	AZE	ACDEFGV
Apo-Felodipine	02452367	APX	ACDEFGV

Co.L.P. Orl 5 mg

Plendil	00851779	AZE	ACDEFGV
Apo-Felodipine	02452375	APX	ACDEFGV
Sandoz Felodipine	02280264	SDZ	ACDEFGV

Co.L.P. Orl 10 mg

Plendil	00851787	AZE	ACDEFGV
Apo-Felodipine	02452383	APX	ACDEFGV
Sandoz Felodipine	02280272	SDZ	ACDEFGV

C08CA05 NIFÉDIPINE

Caps Orl 5 mg

Nifedipine	00725110	AAP	ACDEFGV
------------	----------	-----	---------

Caps Orl 10 mg

Nifedipine	00755907	AAP	ACDEFGV
------------	----------	-----	---------

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

C08CA06	NIMODIPINE							
Co.	Orl	30 mg		Nimotop	02325926	BAY	ACDEFGV	

C08D ANTAGONISTES DU CALCIUM SÉLECTIFS AVEC EFFETS CARDIAQUES DIRECTS

C08DA DÉRIVÉS DU PHÉNYLALKYLAMINE

C08DA01	VÉRAPAMIL							
Co.	Orl	80 mg		Apo-Verap	00782483	APX	ACDEFGVW	
				Mylan-Verapamil	02237921	MYL	ACDEFGVW	
Co.	Orl	120 mg		Apo-Verap	00782491	APX	ACDEFGVW	
				Mylan-Verapamil	02237922	MYL	ACDEFGVW	
Co.L.L.	Orl	120 mg		Isoptin SR	01907123	BGP	ACDEFGVW	
				Apo-Verapamil SR	02246893	APX	ACDEFGVW	
				Mylan-Verapamil SR	02210347	MYL	ACDEFGVW	
Co.L.L.	Orl	180 mg		Isoptin SR	01934317	BGP	ACDEFGVW	
				Apo-Verap SR	02246894	APX	ACDEFGVW	
				Mylan-Verapamil SR	02450488	MYL	ACDEFGVW	
Co.L.L.	Orl	240 mg		Isoptin SR	00742554	BGP	ACDEFGVW	
				Mylan-Verapamil SR	02450496	MYL	ACDEFGVW	

C08DB DÉRIVÉS DU BENZOTHIAZÉPINE

C08DB01	DILTIAZEM							
Caps.L.C.	Orl	120 mg		Cardizem CD	02097249	BSL	ACDEFGV	
				Act Diltiazem CD	02370611	TEV	ACDEFGV	
				Apo-Diltiaz CD	02230997	APX	ACDEFGV	
				Diltiazem CD	02400421	SAS	ACDEFGV	
				Diltiazem CD	02445999	SIV	ACDEFGV	
				Jamp Diltiazem CD	02528037	JPC	ACDEFGV	
				Mar-Diltiazem CD	02484064	MAR	ACDEFGV	
				Sandoz Diltiazem CD (Disc/non disp Jul 28/24)	02243338	SDZ	ACDEFGV	
				Teva-Diltiazem CD	02242538	TEV	ACDEFGV	

C08DB01 DILTIAZEM

Caps.L.C. Orl 180 mg

Cardizem CD	02097257	BSL	ACDEFGV
Apo-Diltiaz CD	02230998	APX	ACDEFGV
Diltiazem CD	02400448	SAS	ACDEFGV
Diltiazem CD	02446006	SIV	ACDEFGV
Jamp Diltiazem CD	02528045	JPC	ACDEFGV
Mar-Diltiazem CD	02484072	MAR	ACDEFGV
Sandoz Diltiazem CD (Disc/non disp Jul 28/24)	02243339	SDZ	ACDEFGV
Teva-Diltiazem CD	02242539	TEV	ACDEFGV

Caps.L.C. Orl 240 mg

Cardizem CD	02097265	BSL	ACDEFGV
Apo-Diltiaz CD	02230999	APX	ACDEFGV
Diltiazem CD	02400456	SAS	ACDEFGV
Diltiazem CD	02446014	SIV	ACDEFGV
Jamp Diltiazem CD	02528053	JPC	ACDEFGV
Mar-Diltiazem CD	02484080	MAR	ACDEFGV
Sandoz Diltiazem CD (Disc/non disp Jul 28/24)	02243340	SDZ	ACDEFGV
Teva-Diltiazem CD	02242540	TEV	ACDEFGV

Caps.L.C. Orl 300 mg

Cardizem CD	02097273	BSL	ACDEFGV
Act Diltiazem CD	02370654	TEV	ACDEFGV
Apo-Diltiaz CD	02229526	APX	ACDEFGV
Diltiazem CD	02400464	SAS	ACDEFGV
Diltiazem CD	02446022	SIV	ACDEFGV
Jamp Diltiazem CD	02528061	JPC	ACDEFGV
Mar-Diltiazem CD	02484099	MAR	ACDEFGV
Sandoz Diltiazem CD (Disc/non disp Jul 28/24)	02243341	SDZ	ACDEFGV
Teva-Diltiazem CD	02242541	TEV	ACDEFGV

Caps.L.P. Orl 120 mg

Tiazac	02231150	BSL	ACDEFGV
Act Diltiazem T	02370441	TEV	ACDEFGV
Diltiazem T	02516101	SAS	ACDEFGV
Jamp-Diltiazem T	02495376	JPC	ACDEFGV
Mar-Diltiazem T	02465353	MAR	ACDEFGV
Sandoz Diltiazem T (Disc/non disp Jul 28/24)	02245918	SDZ	ACDEFGV
Teva-Diltiazem ER	02271605	BSL	ACDEFGV

C08DB01 DILTIAZEM

Caps.L.P. Orl 180 mg

Tiazac	02231151	BSL	ACDEFGV
Act Diltiazem T	02370492	TEV	ACDEFGV
Diltiazem T	02516128	SAS	ACDEFGV
Jamp-Diltiazem T	02495384	JPC	ACDEFGV
Mar-Diltiazem T	02465361	MAR	ACDEFGV
Sandoz Diltiazem T (Disc/non disp Jul 28/24)	02245919	SDZ	ACDEFGV
Teva-Diltiazem ER	02271613	BSL	ACDEFGV

Caps.L.P. Orl 240 mg

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

Caps.L.P. Orl 300 mg

Tiazac	02231154	BSL	ACDEFGV
Diltiazem T	02516144	SAS	ACDEFGV
Jamp-Diltiazem T	02495406	JPC	ACDEFGV
Mar-Diltiazem T	02465396	MAR	ACDEFGV
Sandoz Diltiazem T (Disc/non disp Jul 28/24)	02245921	SDZ	ACDEFGV
Teva-Diltiazem ER	02271648	BSL	ACDEFGV

Caps.L.P. Orl 360 mg

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

Co. Orl 30 mg

AA-Diltiaz	00771376	AAP	ACDEFGV
Teva-Diltiazem	00862924	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 60 mg

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

Co.L.P. Orl 120 mg

Tiazac XC	02256738	BSL	ACDEFGV
-----------	----------	-----	---------

Co.L.P. Orl 180 mg

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

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

C09 AGENTS AGISSANT SUR LE SYSTÈME RÉNINE-ANGIOTENSINE

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

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

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

C09AA02 ÉNALAPRIL

Co. Orl 10 mg

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

Co. Orl 20 mg

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

C09AA03 LISINOPRIL

Co. Orl 5 mg

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

Co. Orl 10 mg

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

C09AA03 LISINOPRIL

Co. Orl 20 mg

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

C09AA04 PERINDOPRIL

Co. Orl 2 mg

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

Co. Orl 4 mg

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

C09AA04 PERINDOPRIL

Co. Orl 8 mg

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

C09AA05 RAMIPRIL

Caps Orl 1,25 mg

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

Caps Orl 2,5 mg

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

C09AA05 RAMIPRIL

Caps Orl 5 mg

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

Caps Orl 10 mg

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

Caps Orl 15 mg

Altace	02281112	BSL	ACDEFGV
Apo-Ramipril	02325381	APX	ACDEFGV

C09AA06 QUINAPRIL

Co. Orl 5 mg

Accupril	01947664	PFI	ACDEFGV
Apo-Quinapril	02248499	APX	ACDEFGV
pms-Quinapril	02340550	PMS	ACDEFGV

Co. Orl 10 mg

Accupril	01947672	PFI	ACDEFGV
Apo-Quinapril	02248500	APX	ACDEFGV
pms-Quinapril	02340569	PMS	ACDEFGV

C09AA06	QUINAPRIL							
Co.	Orl	20 mg		Accupril	01947680	PFI	ACDEFGV	
				Apo-Quinapril	02248501	APX	ACDEFGV	
				pms-Quinapril	02340577	PMS	ACDEFGV	
Co.	Orl	40 mg		Accupril	01947699	PFI	ACDEFGV	
				Apo-Quinapril	02248502	APX	ACDEFGV	
				pms-Quinapril	02340585	PMS	ACDEFGV	
C09AA07	BÉNAZÉPRIL							
Co.	Orl	5 mg		Benazepril	02290332	AAP	ACDEFGV	
Co.	Orl	10 mg		Benazepril	02290340	AAP	ACDEFGV	
Co.	Orl	20 mg		Benazepril	02273918	AAP	ACDEFGV	
C09AA08	CILAZAPRIL							
Co.	Orl	1 mg		Mylan-Cilazapril	02283778	MYL	ACDEFGV	
Co.	Orl	2,5 mg		Inhibace	01911473	MSD	ACDEFGV	
				Apo-Cilazapril	02291142	APX	ACDEFGV	
				Mylan-Cilazapril	02283786	MYL	ACDEFGV	
Co.	Orl	5 mg		Inhibace	01911481	MSD	ACDEFGV	
				Apo-Cilazapril	02291150	APX	ACDEFGV	
				Mylan-Cilazapril	02283794	MYL	ACDEFGV	
C09AA09	FOSINOPRIL							
Co.	Orl	10 mg		Apo-Fosinopril	02266008	APX	ACDEFGV	
				Fosinopril	02459388	SAS	ACDEFGV	
				Jamp-Fosinopril	02331004	JPC	ACDEFGV	
				Ran-Fosinopril	02294524	RAN	ACDEFGV	
				Teva-Fosinopril	02247802	TEV	ACDEFGV	
Co.	Orl	20 mg		Apo-Fosinopril	02266016	APX	ACDEFGV	
				Fosinopril	02459396	SAS	ACDEFGV	
				Jamp-Fosinopril	02331012	JPC	ACDEFGV	
				Ran-Fosinopril	02294532	RAN	ACDEFGV	
				Teva-Fosinopril	02247803	TEV	ACDEFGV	
C09AA10	TRANDOLAPRIL							

C09AA10 TRANDOLAPRIL

Caps	Orl	0,5 mg	Mavik	02231457	BGP	ACDEFGV
			Auro-Trandolapril	02471868	ARO	ACDEFGV
			pms-Trandolapril	02357755	PMS	ACDEFGV
			Sandoz Trandolapril	02325721	SDZ	ACDEFGV

Caps	Orl	1 mg	Mavik	02231459	BGP	ACDEFGV
			Auro-Trandolapril	02471876	ARO	ACDEFGV
			pms-Trandolapril	02357763	PMS	ACDEFGV
			Sandoz Trandolapril	02325748	SDZ	ACDEFGV
			Trandolapril	02525046	SAS	ACDEFGV
			Trandolapril	02526565	SIV	ACDEFGV

Caps	Orl	2 mg	Mavik	02231460	BGP	ACDEFGV
			Auro-Trandolapril	02471884	ARO	ACDEFGV
			pms-Trandolapril	02357771	PMS	ACDEFGV
			Sandoz Trandolapril	02325756	SDZ	ACDEFGV
			Trandolapril	02525054	SAS	ACDEFGV
			Trandolapril	02526573	SIV	ACDEFGV

Caps	Orl	4 mg	Mavik	02239267	BGP	ACDEFGV
			Auro-Trandolapril	02471892	ARO	ACDEFGV
			pms-Trandolapril	02357798	PMS	ACDEFGV
			Sandoz Trandolapril	02325764	SDZ	ACDEFGV
			Trandolapril	02525070	SAS	ACDEFGV
			Trandolapril	02526581	SIV	ACDEFGV

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

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

C09BA02 ÉNALAPRIL ET DIURÉTIQUES
ÉNALAPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.	Orl	5 mg / 12,5 mg	Enalapril/HCTZ	02352923	AAP	ACDEFGV
-----	-----	----------------	----------------	----------	-----	---------

Co.	Orl	10 mg / 25 mg	Vaseretic	00657298	ORG	ACDEFGV
			Enalapril/HCTZ	02352931	AAP	ACDEFGV

C09BA03 LISINOPRIL ET DIURÉTIQUES
LISINOPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE

C09BA03	LISINOPRIL ET DIURÉTIQUES						
	LISINOPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE						
Co.	Orl	10 mg / 12,5 mg	Zestoretic	02103729	SLP	ACDEFGV	
			Lisinopril HCTZ (Type Z)	02362945	SAS	ACDEFGV	
			Sandoz Lisinopril HCT	02302365	SDZ	ACDEFGV	
			Teva-Lisinopril HCTZ (Type Z)	02301768	TEV	ACDEFGV	
Co.	Orl	20 mg / 12,5 mg	Zestoretic	02045737	SLP	ACDEFGV	
			Lisinopril HCTZ (Type Z)	02362953	SAS	ACDEFGV	
			Sandoz Lisinopril HCT	02302373	SDZ	ACDEFGV	
			Teva-Lisinopril HCTZ (Type Z)	02301776	TEV	ACDEFGV	
Co.	Orl	20 mg / 25 mg	Zestoretic	02045729	SLP	ACDEFGV	
			Lisinopril HCTZ (Type Z)	02362961	SAS	ACDEFGV	
			Sandoz Lisinopril HCT	02302381	SDZ	ACDEFGV	
			Teva-Lisinopril HCTZ (Type P)	02302152	TEV	ACDEFGV	
			Teva-Lisinopril HCTZ (Type Z)	02301784	TEV	ACDEFGV	
C09BA04	PERINDOPRIL ET DIURÉTIQUES						
	PERINDOPRIL / INDAPAMIDE						
Co.	Orl	4 mg / 1,25 mg	Coversyl Plus	02246569	SEV	ACDEFGV	
			Apo-Perindopril-Indapamide	02297574	APX	ACDEFGV	
			Perindopril Erbumine/Indapamide	02479834	SIV	ACDEFGV	
			Perindopril/Indapamide	02519720	SAS	ACDEFGV	
			Sandoz Perindopril/Indapamide	02470438	SDZ	ACDEFGV	
			Teva-Perindopril/Indapamide	02464020	TEV	ACDEFGV	
Co.	Orl	8 mg / 2,5 mg	Coversyl Plus HD	02321653	SEV	ACDEFGV	
			Apo-Perindopril-Indapamide	02453061	APX	ACDEFGV	
			Perindopril Erbumine/Indapamide	02479842	SIV	ACDEFGV	
			Perindopril/Indapamide	02519739	SAS	ACDEFGV	
			Sandoz Perindopril/Indapamide	02470446	SDZ	ACDEFGV	
			Teva-Perindopril/Indapamide	02464039	TEV	ACDEFGV	
C09BA05	RAMIPRIL ET DIURÉTIQUES						
	RAMIPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE						
Co.	Orl	2,5 mg / 12,5 mg	Altace HCT	02283131	BSL	ACDEFGV	
			Taro-Ramipril HCTZ	02449439	SUN	ACDEFGV	
Co.	Orl	5 mg / 12,5 mg	Altace HCT	02283158	BSL	ACDEFGV	
			Taro-Ramipril HCTZ	02449447	SUN	ACDEFGV	

C09BA05	RAMIPRIL ET DIURÉTIQUES					
	RAMIPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE					
Co.	Orl	5 mg / 25 mg	Altace HCT	02283174	BSL	ACDEFGV
			Taro-Ramipril HCTZ	02449463	SUN	ACDEFGV
Co.	Orl	10 mg / 12,5 mg	Altace HCT	02283166	BSL	ACDEFGV
			pms-Ramipril-HCTZ	02342154	PMS	ACDEFGV
			Taro-Ramipril HCTZ	02449455	SUN	ACDEFGV
Co.	Orl	10 mg / 25 mg	Altace HCT	02283182	BSL	ACDEFGV
			pms-Ramipril-HCTZ	02342170	PMS	ACDEFGV
			Taro-Ramipril HCTZ	02449471	SUN	ACDEFGV
C09BA06	QUINAPRIL ET DIURÉTIQUES					
	QUINAPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE					
Co.	Orl	10 mg / 12,5 mg	Accuretic	02237367	PFI	ACDEFGV
			Apo-Quinapril/HCTZ	02408767	APX	ACDEFGV
			Auro-Quinapril HCTZ	02473291	ARO	ACDEFGV
Co.	Orl	20 mg / 12,5 mg	Accuretic	02237368	PFI	ACDEFGV
			Apo-Quinapril/HCTZ	02408775	APX	ACDEFGV
			Auro-Quinapril HCTZ	02473305	ARO	ACDEFGV
Co.	Orl	20 mg / 25 mg	Accuretic	02237369	PFI	ACDEFGV
			Apo-Quinapril/HCTZ	02408783	APX	ACDEFGV
			Auro-Quinapril HCTZ	02473321	ARO	ACDEFGV
C09BA08	CILAZAPRIL ET DIURÉTIQUES					
	CILAZAPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE					
Co.	Orl	5 mg / 12,5 mg	Inhibace Plus	02181479	HLR	ACDEFGV
			Apo-Cilazapril/HCTZ	02284987	APX	ACDEFGV
			Teva-Cilazapril/HCTZ	02313731	TEV	ACDEFGV

C09C ANTAGONISTES DE L'ANGIOTENSINE II, ORDINAIRE

C09CA ANTAGONISTES DE L'ANGIOTENSINE II, ORDINAIRE

C09CA01 LOSARTAN

C09CA01 LOSARTAN

Co. Orl 25 mg

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

Co. Orl 50 mg

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

Co. Orl 100 mg

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

C09CA02 ÉPROSARTAN

Co. Orl 400 mg

Teveten	02240432	BGP	ACDEFGV
---------	----------	-----	---------

Co. Orl 600 mg

Teveten	02243942	BGP	ACDEFGV
---------	----------	-----	---------

C09CA03 VALSARTAN

Co.	Orl	40 mg	Diovan	02270528	NVR	ACDEFGV
			Auro-Valsartan	02414201	ARO	ACDEFGV
			M-Valsartan	02524511	MRA	ACDEFGV
			Sandoz Valsartan	02356740	SDZ	ACDEFGV
			Taro-Valsartan	02363062	SUN	ACDEFGV
			Teva-Valsartan	02356643	TEV	ACDEFGV
			Valsartan	02366940	SAS	ACDEFGV
			Valsartan	02384523	SIV	ACDEFGV

Co.	Orl	80 mg	Diovan	02244781	NVR	ACDEFGV
			Auro-Valsartan	02414228	ARO	ACDEFGV
			M-Valsartan	02524538	MRA	ACDEFGV
			Sandoz Valsartan	02356759	SDZ	ACDEFGV
			Taro-Valsartan	02363100	SUN	ACDEFGV
			Teva-Valsartan	02356651	TEV	ACDEFGV
			Valsartan	02366959	SAS	ACDEFGV
			Valsartan	02384531	SIV	ACDEFGV

Co.	Orl	160 mg	Diovan	02244782	NVR	ACDEFGV
			Auro-Valsartan	02414236	ARO	ACDEFGV
			M-Valsartan	02524546	MRA	ACDEFGV
			Sandoz Valsartan	02356767	SDZ	ACDEFGV
			Taro-Valsartan	02363119	SUN	ACDEFGV
			Teva-Valsartan	02356678	TEV	ACDEFGV
			Valsartan	02366967	SAS	ACDEFGV
			Valsartan	02384558	SIV	ACDEFGV

Co.	Orl	320 mg	Diovan	02289504	NVR	ACDEFGV
			Auro-Valsartan	02414244	ARO	ACDEFGV
			Sandoz Valsartan	02356775	SDZ	ACDEFGV
			Teva-Valsartan	02356686	TEV	ACDEFGV
			Valsartan	02366975	SAS	ACDEFGV
			Valsartan	02384566	SIV	ACDEFGV

C09CA04 IRBESARTAN

C09CA04 IRBESARTAN

Co. Orl 75 mg

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

Co. Orl 150 mg

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

Co. Orl 300 mg

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

C09CA06 CANDÉSARTAN

C09CA06 CANDÉSARTAN

Co. Orl 4 mg

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

Co. Orl 8 mg

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

Co. Orl 16 mg

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

C09CA06 CANDÉSARTAN

Co. Orl 32 mg

Atacand	02311658	AZE	ACDEFGV
Apo-Candesartan	02399105	APX	ACDEFGV
Auro-Candesartan	02445816	ARO	ACDEFGV
Candesartan	02435845	SAS	ACDEFGV
Candesartan	02528266	SIV	ACDEFGV
Candesartan Cilexetil	02379295	AHI	ACDEFGV
Jamp-Candesartan	02386534	JPC	ACDEFGV
pms-Candesartan	02391228	PMS	ACDEFGV
Sandoz Candesartan	02417340	SDZ	ACDEFGV
Taro-Candesartan	02380714	SUN	ACDEFGV
Teva-Candesartan	02366339	TEV	ACDEFGV

C09CA07 TELMISARTAN

Co. Orl 40 mg

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

Co. Orl 80 mg

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

C09CA08 OLMÉSARTAN MÉDOXOMIL

C09CA08 OLMÉSARTAN MÉDOXOMIL

Co. Orl 20 mg

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

Co. Orl 40 mg

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

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

C09DA01 LOSARTAN ET DIURÉTIQUES

LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co. Orl 50 mg / 12,5 mg

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

C09DA01	LOSARTAN ET DIURÉTIQUES					
	LOSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE					
Co.	Orl	100 mg / 12,5 mg	Hyzaar	02297841	ORG	ACDEFGV
			Auro-Losartan HCT	02423650	ARO	ACDEFGV
			Losartan HCT	02388979	SIV	ACDEFGV
			Losartan/HCTZ	02427656	SAS	ACDEFGV
			Mint-Losartan/HCTZ	02389665	MNT	ACDEFGV
			pms-Losartan-HCTZ	02392232	PMS	ACDEFGV
			Sandoz Losartan HCT	02362449	SDZ	ACDEFGV
			Teva-Losartan HCTZ	02377144	TEV	ACDEFGV
Co.	Orl	100 mg / 25 mg	Hyzaar DS	02241007	ORG	ACDEFGV
			Auro-Losartan HCT	02423669	ARO	ACDEFGV
			Losartan HCT	02388987	SIV	ACDEFGV
			Losartan/HCTZ	02427664	SAS	ACDEFGV
			Mint-Losartan/HCTZ DS	02389673	MNT	ACDEFGV
			pms-Losartan-HCTZ	02392240	PMS	ACDEFGV
			Sandoz Losartan HCT	02313383	SDZ	ACDEFGV
			Teva-Losartan HCTZ	02377152	TEV	ACDEFGV
C09DA02	ÉPROSARTAN ET DIURÉTIQUES					
	ÉPROSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE					
Co.	Orl	600 mg / 12,5 mg	Teveten Plus	02253631	BGP	ACDEFGV
C09DA03	VALSARTAN ET DIURÉTIQUES					
	VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE					
Co.	Orl	80 mg / 12,5 mg	Diovan HCT	02241900	NVR	ACDEFGV
			Auro-Valsartan HCT	02408112	ARO	ACDEFGV
			Sandoz Valsartan HCT	02356694	SDZ	ACDEFGV
			Teva-Valsartan/ HCTZ	02356996	TEV	ACDEFGV
			Valsartan HCT	02384736	SIV	ACDEFGV
			Valsartan/HCTZ	02367009	SAS	ACDEFGV
Co.	Orl	160 mg / 12,5 mg	Diovan HCT	02241901	NVR	ACDEFGV
			Auro-Valsartan HCT	02408120	ARO	ACDEFGV
			Sandoz Valsartan HCT	02356708	SDZ	ACDEFGV
			Teva-Valsartan/ HCTZ	02357003	TEV	ACDEFGV
			Valsartan HCT	02384744	SIV	ACDEFGV
			Valsartan/HCTZ	02367017	SAS	ACDEFGV

C09DA03 VALSARTAN ET DIURÉTIQUES
 VALSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE

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

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

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

C09DA04 IRBESARTAN ET DIURÉTIQUES
 IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE

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

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

C09DA04 IRBESARTAN ET DIURÉTIQUES
IRBESARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE

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

C09DA06 CANDÉSARTAN ET DIURÉTIQUES
CANDÉSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE

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

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

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

C09DA07 TELMISARTAN ET DIURÉTIQUES
TELMISARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE

C09DA07 TELMISARTAN ET DIURÉTIQUES
 TELMISARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE

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

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

C09DA08 OLMÉSARTAN ET DIURÉTIQUES
 OLMÉSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE

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

C09DA08 OLMÉSARTAN ET DIURÉTIQUES
OLMÉSARTAN / HYDROCHLOROTHIAZIDE

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

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

C09DB ANTAGONISTES DE L'ANGIOTENSINE II ET ANTAGONISTES DU CALCIUM

C09DB04 TELMISARTAN ET AMLODIPINE

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

C09DX ANTAGONISTES DE L'ANGIOTENSINE II, AUTRE EN COMBINAISON

C09DX04 VALSARTAN ET SACUBITRIL

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

C10 AGENTS RÉDUISANT LES LIPIDES SÉRIQUES

C10A AGENTS RÉDUISANT LES LIPIDES SÉRIQUES, ORDINAIRES

C10AA INHIBITEURS DU HMG COA-REDUCTASE

C10AA01 SIMVASTATINE

Co. Orl 5 mg

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

Co. Orl 10 mg

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

Co. Orl 20 mg

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

C10AA01 SIMVASTATINE

Co. Orl 40 mg

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

Co. Orl 80 mg

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

C10AA02 LOVASTATINE

Co. Orl 20 mg

Act Lovastatin 02248572 TEV ACDEFGV
 Lovastatin 02220172 AAP ACDEFGV

Co. Orl 40 mg

Act Lovastatin 02248573 TEV ACDEFGV
 Lovastatin 02220180 AAP ACDEFGV

C10AA03 PRAVASTATINE

C10AA03 PRAVASTATINE

Co. Orl 10 mg

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

Co. Orl 20 mg

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

C10AA03 PRAVASTATINE

Co. Orl 40 mg

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

C10AA04 FLUVASTATINE

Caps Orl 20 mg

Teva-Fluvastatin 02299224 TEV ACDEFGV

Caps Orl 40 mg

Teva-Fluvastatin 02299232 TEV ACDEFGV

C10AA05 ATORVASTATINE

C10AA05 ATORVASTATINE

Co. Orl 10 mg

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

C10AA05 ATORVASTATINE

Co. Orl 20 mg

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

C10AA05 ATORVASTATINE

Co. Orl 40 mg

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

C10AA05 ATORVASTATINE

Co. Orl 80 mg

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

C10AA07 ROSUVASTATINE

Co. Orl 5 mg

Crestor	02265540	AZE	ACDEFGV
ACH-Rosuvastatin	02438917	AHI	ACDEFGV
Apo-Rosuvastatin	02337975	APX	ACDEFGV
Auro-Rosuvastatin	02442574	ARO	ACDEFGV
Jamp Rosuvastatin Calcium	02498332	JPC	ACDEFGV
Jamp-Rosuvastatin	02391252	JPC	ACDEFGV
M-Rosuvastatin	02496534	MRA	ACDEFGV
NRA-Rosuvastatin	02477483	NRA	ACDEFGV
pms-Rosuvastatin	02378523	PMS	ACDEFGV
PRZ-Rosuvastatin	02505576	PRZ	ACDEFGV
Rosuvastatin	02381176	PDL	ACDEFGV
Rosuvastatin	02405628	SAS	ACDEFGV
Rosuvastatin	02411628	SIV	ACDEFGV
Sandoz Rosuvastatin	02338726	SDZ	ACDEFGV
Taro-Rosuvastatin	02382644	SUN	ACDEFGV
Teva-Rosuvastatin	02354608	TEV	ACDEFGV

C10AA07 ROSUVASTATINE

Co. Orl 10 mg

	Crestor	02247162	AZE	ACDEFGV
	ACH-Rosuvastatin	02438925	AHI	ACDEFGV
	Apo-Rosuvastatin	02337983	APX	ACDEFGV
	Auro-Rosuvastatin	02442582	ARO	ACDEFGV
Jamp	Rosuvastatin Calcium	02498340	JPC	ACDEFGV
	Jamp-Rosuvastatin	02391260	JPC	ACDEFGV
	M-Rosuvastatin	02496542	MRA	ACDEFGV
	NRA-Rosuvastatin	02477491	NRA	ACDEFGV
	pms-Rosuvastatin	02378531	PMS	ACDEFGV
	PRZ-Rosuvastatin	02505584	PRZ	ACDEFGV
	Rosuvastatin	02381184	PDL	ACDEFGV
	Rosuvastatin	02405636	SAS	ACDEFGV
	Rosuvastatin	02411636	SIV	ACDEFGV
Sandoz	Rosuvastatin	02338734	SDZ	ACDEFGV
	Taro-Rosuvastatin	02382652	SUN	ACDEFGV
	Teva-Rosuvastatin	02354616	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 20 mg

	Crestor	02247163	AZE	ACDEFGV
	ACH-Rosuvastatin	02438933	AHI	ACDEFGV
	Apo-Rosuvastatin	02337991	APX	ACDEFGV
	Auro-Rosuvastatin	02442590	ARO	ACDEFGV
Jamp	Rosuvastatin Calcium	02498359	JPC	ACDEFGV
	Jamp-Rosuvastatin	02391279	JPC	ACDEFGV
	M-Rosuvastatin	02496550	MRA	ACDEFGV
	NRA-Rosuvastatin	02477505	NRA	ACDEFGV
	pms-Rosuvastatin	02378558	PMS	ACDEFGV
	PRZ-Rosuvastatin	02505592	PRZ	ACDEFGV
	Rosuvastatin	02381192	PDL	ACDEFGV
	Rosuvastatin	02405644	SAS	ACDEFGV
	Rosuvastatin	02411644	SIV	ACDEFGV
Sandoz	Rosuvastatin	02338742	SDZ	ACDEFGV
	Taro-Rosuvastatin	02382660	SUN	ACDEFGV
	Teva-Rosuvastatin	02354624	TEV	ACDEFGV

C10AA07 ROSUVASTATINE

Co.	Orl	40 mg	Crestor	02247164	AZE	ACDEFGV
			ACH-Rosuvastatin	02438941	AHI	ACDEFGV
			Apo-Rosuvastatin	02338009	APX	ACDEFGV
			Auro-Rosuvastatin	02442604	ARO	ACDEFGV
			Jamp Rosuvastatin Calcium	02498367	JPC	ACDEFGV
			Jamp-Rosuvastatin	02391287	JPC	ACDEFGV
			M-Rosuvastatin	02496569	MRA	ACDEFGV
			NRA-Rosuvastatin	02477513	NRA	ACDEFGV
			pms-Rosuvastatin	02378566	PMS	ACDEFGV
			PRZ-Rosuvastatin	02505606	PRZ	ACDEFGV
			Rosuvastatin	02381206	PDL	ACDEFGV
			Rosuvastatin	02405652	SAS	ACDEFGV
			Rosuvastatin	02411652	SIV	ACDEFGV
			Sandoz Rosuvastatin	02338750	SDZ	ACDEFGV
			Taro-Rosuvastatin	02382679	SUN	ACDEFGV
			Teva-Rosuvastatin	02354632	TEV	ACDEFGV

C10AB FIBRATES

C10AB04 GEMFIBROZIL

Caps	Orl	300 mg	pms-Gemfibrozil	02239951	PMS	ACDEFGV
Co.	Orl	600 mg	Teva-Gemfibrozil	02142074	TEV	ACDEFGV

C10AB05 FÉNOFIBRATE

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

C10AC SEQUESTRANTS DE L'ACIDE BILIAIRE

C10AC01	CHOLESTYRAMINE							
Pds.	Orl	4 g						
					Cholestyramine-Odan	02455609	ODN	ACDEFGV
					Jamp-Cholestyramine	02478595	JPC	ACDEFGV
C10AC02	COLESTIPOL							
Co.	Orl	1 mg			Colestid	02132680	PFI	ACDEFGV
Pds.	Orl	5 g			Colestid	00642975	PFI	ACDEFGV
C10AC04	COLÉSÉVÉLAM							
Co.	Orl	625 mg			Lodalis	02373955	BSL	ACDEFGV
					Apo-Colesevelam	02494051	APX	ACDEFGV
Pds.	Orl	3,75 g			Lodalis	02432463	BSL	ACDEFGV
C10AX	AUTRE AGENTS RÉDUISANT LES LIPIDES SÉRIQUES							
C10AX06	TRIGLYCÉRIDES OMÉGA 3 INCLUANT AUTRES ESTERS ET ACIDES ICOSAPENT ÉTHYL							
Caps	Orl	1 g			Vascepa	02495244	HLS	(SA)
C10AX09	ÉZÉTIMIBE							
Co.	Orl	10 mg			Ezetrol	02247521	ORG	ACDEFGV
					ACH-Ezetimibe	02425610	AHI	ACDEFGV
					Apo-Ezetimibe	02427826	APX	ACDEFGV
					Auro-Ezetimibe	02469286	ARO	ACDEFGV
					Ezetimibe	02422549	PDL	ACDEFGV
					Ezetimibe	02431300	SAS	ACDEFGV
					Ezetimibe	02429659	SIV	ACDEFGV
					GLN-Ezetimibe	02460750	GLM	ACDEFGV
					Jamp-Ezetimibe	02423235	JPC	ACDEFGV
					M-Ezetimibe	02467437	MRA	ACDEFGV
					Mar-Ezetimibe	02422662	MAR	ACDEFGV
					Mint-Ezetimibe	02423243	MNT	ACDEFGV
					NRA-Ezetimibe	02481669	NRA	ACDEFGV
					pms-Ezetimibe	02416409	PMS	ACDEFGV
					Ran-Ezetimibe	02419548	RAN	ACDEFGV
					Sandoz Ezetimibe	02416778	SDZ	ACDEFGV
					Teva-Ezetimibe	02354101	TEV	ACDEFGV
C10AX13	ÉVOLOCUMAB							
Liq	SC	120 mg/mL			Repatha (prefilled mini-doser)	02459779	AGA	(SA)

C10AX13	ÉVOLOCUMAB								
Liq	SC	140 mg/mL						Repatha (autoinjector)	02446057 AGA (SA)
C10AX14	ALIROCUMAB								
Liq	SC	75 mg/mL						Praluent (prefilled pen)	02453819 SAV (SA)
Liq	SC	150 mg/mL						Praluent (prefilled pen)	02453835 SAV (SA)
D	DERMATOLOGIE								
D01	ANTIFONGIQUES À USAGE DERMATOLOGIQUE								
D01A	ANTIFONGIQUES POUR USAGE TOPIQUE								
D01AA	ANTIBIOTIQUES								
D01AA01	NYSTATINE								
Cr.	Top	100 000 IU						Nyaderm	00716871 TAR ACDEFGV
D01AC	DÉRIVÉS DE L'IMIDAZOLE ET TRIAZOLE								
D01AC01	CLOTRIMAZOLE								
Cr.	Top	1%						Canesten	02150867 BAY ACDEFGV
								Clotrimaderm	00812382 TAR ACDEFGV
D01AC02	MICONAZOLE								
Cr.	Top	2%						Micatin	02085852 WLS ACDEFGV
								Monistat Derm	02126567 INP ACDEFGV
D01AC08	KÉTOCONAZOLE								
Cr.	Top	2%						Ketoderm	02245662 TPH ACDEFGV
D01AC20	IMIDAZOLES ET TRIAZOLES EN ASSOCIATION AVEC DES CORTICOSTÉROÏDES CLOTRIMAZOLE / BÉTAMÉTHASONE								
Cr.	Top	1% / 0,05%						Lotriderm	00611174 ORG ACDEFGV
								Taro-Clotrimazole/Betamethasone Dipropionate	02496410 TAR ACDEFGV
D01AE	AUTRES ANTIFONGIQUES POUR USAGE TOPIQUE								
D01AE14	CICLOPIROX								
Cr.	Top	1%						Loprox	02221802 BSL ACDEFGV
Lot	Top	1%						Loprox	02221810 BSL ACDEFGV
D01AE15	TERBINAFINE								
Cr.	Top	1%						Lamisil	02031094 NVR ACDEFGV
VAP	Top	1%						Lamisil	02238703 NVR ACDEFGV

D01B ANTIFONGIQUES, PREPARATIONS SYSTEMIQUES**D01BA ANTIFONGIQUES POUR USAGE SYSTEMIQUE****D01BA02 TERBINAFINE**

Co.	Orl	250 mg	Lamisil	02031116	NVR	ACDEFGV
			Act Terbinafine	02254727	TEV	ACDEFGV
			Apo-Terbinafine	02239893	APX	ACDEFGV
			Auro-Terbinafine	02320134	ARO	ACDEFGV
			pms-Terbinafine	02294273	PMS	ACDEFGV
			Terbinafine	02353121	SAS	ACDEFGV
			Terbinafine	02385279	SIV	ACDEFGV

D04 ANTIPRURIGINEUX, Y COMPRIS LES ANTIHISTAMINIQUES, ANESTHESIQUES, ETC.**D04A ANTIPRURIGINEUX, Y COMPRIS LES ANTIHISTAMINIQUES, ANESTHESIQUES, ETC.****D04AB ANESTHESIQUES POUR USAGE TOPIQUES****D04AB01 LIDOCAÏNE**

Gel	Top	2%	Lidodan Jelly	02143879	ODN	ACDEFGV
			Xylocaine Jelly	00001694	APN	ACDEFGV
			Xylocaine Jelly	00385484	APN	ACDEFGV
Ont	Top	5%	Xylocaine Ointment 5%	00001961	APN	ACDEFGV

D05 TRAITEMENT DU PSORIASIS**D05A TRAITEMENT DU PSORIASIS, POUR USAGE TOPIQUE****D05AA GOUDRONS****D05AA99 GOUDRONS**

Liq	Top	20%	Odans LCD	00358495	ODN	ACDEFGV
-----	-----	-----	-----------	----------	-----	---------

D05AX AUTRES TRAITEMENT DU PSORIASIS, POUR USAGE TOPIQUE**D05AX02 CALCIPOTRIOL**

Ont	Top	50 mcg	Dovonex	01976133	LEO	ACDEFV
-----	-----	--------	---------	----------	-----	--------

D05AX05 TAZAROTÈNE**HALOBETASOL PROPIONATE / TAZAROTENE**

Lot	Top	0,01% / 0,045%	Duobrii	02499967	BSL	ACDEFGV
-----	-----	----------------	---------	----------	-----	---------

Cr.	Top	0,05%	Tazorac Cream (Disc/non disp Mar 6/24)	02243894	ALL	(SA)
-----	-----	-------	----------------------------------------	----------	-----	------

Gel	Top	0,1%	Tazorac Gel (Disc/non disp Mar 6/24)	02230785	ALL	(SA)
-----	-----	------	--------------------------------------	----------	-----	------

Lot	Top	0,045%	Arazlo	02517868	BSL	ACDEFGV
-----	-----	--------	--------	----------	-----	---------

D05AX52	CALCIPOTRIOL, EN COMBINAISON CALCIPOTRIOL / BÉTAMÉTHASONE						
Aér.	Top	50 mcg 0,5 mg	Enstilar	02457393	LEO	ACDEFGV	
Gel	Top	50 mcg / 0,5 mg	Dovobet	02319012	LEO	ACDEFGV	
			Taro-Calcipotriol/Betamethasone Gel	02525178	TAR	ACDEFGV	
Ont	Top	50 mcg / 0,5 mg	Dovobet	02244126	LEO	ACDEFGV	
			Teva-Betamethasone/Calcipotriol	02427419	TEV	ACDEFGV	

D05B TRAITEMENT DU PSORIASIS, POUR USAGE SYSTÉMIQUE

D05BB RÉTINOÏDES POUR LE TRAITEMENT DU PSORIASIS

D05BB02	ACITRÉTINE						
Caps	Orl	10 mg	Soriatane	02070847	ALL	ACDEFGV	
			Mint-Acitrelin	02468840	MNT	ACDEFGV	
			Taro-Acitrelin	02466074	TAR	ACDEFGV	
Caps	Orl	25 mg	Soriatane	02070863	ALL	ACDEFGV	
			Mint-Acitrelin	02468859	MNT	ACDEFGV	
			Taro-Acitrelin	02466082	TAR	ACDEFGV	

D06 ANTIBIOTIQUES ET AGENTS CHIMIOTHÉRAPEUTIQUES ET DERMATOLOGIQUES

D06A ANTIBIOTIQUES POUR USAGE TOPIQUE

D06AX AUTRES ANTIBIOTIQUES POUR USAGE TOPIQUE

D06AX01	ACIDE FUSIDIQUE						
Cr.	Top	2%	Fucidin	00586668	LEO	ACDEFGV	
Ont	Top	2%	Fucidin	00586676	LEO	ACDEFGV	
D06AX09	MUPIROCINE						
Ont	Top	2%	Taro-Mupirocin	02279983	TAR	ACDEFGV	

D06B AGENTS CHIMIOTHÉRAPEUTIQUES POUR USAGE TOPIQUE

D06BA SULFONAMIDES

D06BA01	SULFADIAZINE D'ARGENT						
Cr.	Top	1%	Flamazine	00323098	SNE	ACDEFGVW	

D06BB ANTIVIRAUX

D06BB10	IMIQUIMOD						
Cr.	Top	5%	Aldara P	02239505	BSL	(SA)	
			Taro-Imiquimod Pump	02482983	TAR	(SA)	

D06BX AUTRES AGENTS DE CHIMOTHÉRAPIE**D06BX01 MÉTRONIDAZOLE**

Cr.	Top	1%	Noritate	02156091	BSL	ACDEFGV
Gel	Top	1%	Metrogel	02297809	GAC	ACDEFGV

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

Cr.	Top	0,5%	Cortate	80021088	BAY	AEFGV
			Hydrosone	00564281	TEV	AEFGV
Cr.	Top	1%	Hyderm	00716839	TAR	ACDEFGV
			Jamp-Hydrocortisone	80057189	JPC	ACDEFGV
			Jamp-Hydrocortisone Acetate	80057178	JPC	ACDEFGV
			Sandoz Hydrocortisone	02412926	SDZ	ACDEFGV

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

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

HYDROCORTISONE/D'URÉE

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

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

VALÉRATE D'HYDROCORTISONE

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

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

D07AB CORTICOSTÉROÏDES, MOYENNEMENT PUISSANT (GROUPE II)**D07AB01 CLOBÉTASONE**

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

D07AB08 DÉSONIDE

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

D07AB08	DÉSONIDE							
Ont	Top	0,05%		pdp-Desonide	02229323	PDP	ACDEFGV	
D07AB09	TRIAMCINOLONE							
Cr.	Top	0,1%		Aristocort R	02194058	BSL	ACDEFGV	
Cr.	Top	0,5%		Aristocort C	02194066	BSL	ACDEFGV	
Ont	Top	0,1%		Aristocort R	02194031	BSL	ACDEFGV	
D07AC	CORTICOSTÉROÏDES, PUISSANT (GROUPE III)							
D07AC01	BÉTAMÉTHASONE							
	DIPROPIONATE DE BÉTAMÉTHASONE							
Cr.	Top	0,05%		Diprosone	00323071	ORG	ACDEFGV	
				Teva-Topilene	00849650	TEV	ACDEFGV	
				Teva-Topisone	00804991	TEV	ACDEFGV	
Lot	Top	0,05%		Diprosone	00417246	ORG	ACDEFGV	
				Teva-Topilene	01927914	TEV	ACDEFGV	
				Teva-Topisone	00809187	TEV	ACDEFGV	
Ont	Top	0,05%		Diprolene Glycol	00629367	ORG	ACDEFGV	
				Diprosone	00344923	ORG	ACDEFGV	
				Teva-Topilene Glycol	00849669	TEV	ACDEFGV	
				Teva-Topisone	00805009	TEV	ACDEFGV	
	VALÉRATE DE BÉTAMÉTHASONE							
Cr.	Top	0,05%		Celestoderm V/2	02357860	BSL	ACDEFGV	
				Betaderm	00716618	TAR	ACDEFGV	
				Teva-Ectosone Mild	00535427	TEV	ACDEFGV	
Cr.	Top	0,1%		Betaderm	00716626	TAR	ACDEFGV	
				Celestoderm V	02357844	PMS	ACDEFGV	
				Teva-Ectosone	00535435	TEV	ACDEFGV	
Lot	Top	0,05%		Teva-Ectosone Mild	00653209	TEV	ACDEFGV	
Lot	Top	0,1%		Betaderm	00716634	TAR	ACDEFGV	
				Teva-Ectosone	00750050	TEV	ACDEFGV	
				Teva-Ectosone Scalp	00653217	TEV	ACDEFGV	

D07AC01	BÉTAMÉTHASONE						
	VALÉRATE DE BÉTAMÉTHASONE						
Ont	Top	0,05%	Celestoderm V/2	02357879	BSL	ACDEFGV	
			Betaderm	00716642	TAR	ACDEFGV	
Ont	Top	0,1%	Celestoderm V	02357852	BSL	ACDEFGV	
			Betaderm	00716650	TAR	ACDEFGV	
D07AC03	DÉSOXIMÉTASONE						
Cr.	Top	0,05%	Topicort Mild	02221918	BSL	ACDEFGV	
Cr.	Top	0,25%	Topicort	02221896	BSL	ACDEFGV	
Gel	Top	0,05%	Topicort	02221926	BSL	ACDEFGV	
Ont	Top	0,25%	Topicort	02221934	BSL	ACDEFGV	
D07AC04	FLUOCINOLONE						
Liq	Top	0,01%	Derma-Smoothe	00873292	HLZ	ACDEFGV	
D07AC08	FLUOCINONIDE						
Cr.	Top	0,05%	Lidemol	02163152	BSL	ACDEFGV	
			Lidex	02161923	BSL	ACDEFGV	
			Lyderm	00716863	TPH	ACDEFGV	
Gel	Top	0,05%	Lidex Gel	02161974	BSL	ACDEFGV	
			Lyderm	02236997	TPH	ACDEFGV	
Ont	Top	0,05%	Lidex	02161966	BSL	ACDEFGV	
			Lyderm	02236996	TPH	ACDEFGV	
D07AC11	AMCINONIDE						
Cr.	Top	0,1%	Taro-Amcinonide	02246714	TAR	ACDEFGV	
D07AC13	MOMÉTASONE						
Cr.	Top	0,1%	Elocom	00851744	ORG	ACDEFGV	
			Taro-Mometasone	02367157	TAR	ACDEFGV	
Lot	Top	0,1%	Elocom	00871095	ORG	ACDEFGV	
			Taro-Mometasone	02266385	TAR	ACDEFGV	

D07AC13	MOMÉTASONE								
Ont	Top	0,1%				Elocom	00851736	ORG	ACDEFGV
						Teva-Mometasone	02248130	TEV	ACDEFGV
D07AC21	ULOBETASOL								
Lot	Top	0,01%				Bryhali	02506262	BSL	ACDEFGV
D07AD	CORTICOSTÉROÏDES, TRÈS PUISSANT (GROUPE IV)								
D07AD01	CLOBÉTASOL								
Cr.	Top	0,05%				Dermovate	02213265	TPH	ACDEFGV
						Mylan-Clobetasol	02024187	MYL	ACDEFGV
						ratio-Clobetasol	01910272	TEV	ACDEFGV
						Taro-Clobetasol Cream	02245523	TAR	ACDEFGV
Lot	Top	0,05%				Dermovate	02213281	TPH	ACDEFGV
						Mylan-Clobetasol Propionate	02216213	MYL	ACDEFGV
						ratio-Clobetasol	01910299	TEV	ACDEFGV
						Taro-Clobetasol Topical Sol'n	02245522	TAR	ACDEFGV
Ont	Top	0,05%				Dermovate	02213273	TPH	ACDEFGV
						Mylan-Clobetasol	02026767	MYL	ACDEFGV
						ratio-Clobetasol	01910280	TEV	ACDEFGV
						Taro-Clobetasol Ointment	02245524	TAR	ACDEFGV
D07C	CORTICOSTÉROÏDES, EN COMBINAISON AVEC DES ANTIBIOTIQUES								
D07CA	CORTICOSTÉROÏDES, FAIBLES, EN COMBINAISON AVEC DES ANTIBIOTIQUES								
D07CA01	HYDROCORTISONE ET ANTIBIOTIQUES								
Cr.	Top	1% / 2%				Fucidin H	02238578	LEO	ACDEFGV
Cr.	Top	1% / 3%				Vioform HC	00074500	PAL	ACDEFGV
D07CB	CORTICOSTÉROÏDES, MOYENNEMENT PUISSANTS, EN COMBINAISON AVEC DES ANTIBIOTIQUES								
D07CB01	TRIAMCINOLONE ET ANTIBIOTIQUES								
Cr.	Top	1 mg / 2,5 mg / 100 000 IU / 0,25 mg				Viaderm K-C	00717002	TAR	ACDEFGV
Ont	Top	1 mg / 2,5 mg / 100 000 IU / 0,25 mg				Viaderm K-C	00717029	TAR	ACDEFGV

D07CB05	FLUMETASONE ET ANTIBIOTIQUES FLUMÉTASONE / CLIOQUINOL						
Cr.	Top 0,02% / 3%		Locacorten-Vioform	00074462	PAL	ACDEFGV	
D07CC	CORTICOSTÉROÏDES, PUISSANT, EN COMBINAISON AVEC DES ANTIBIOTIQUES						
D07CC01	BÉTAMETHASONE ET ANTIBIOTIQUES BÉTAMETHASONE / GENTAMICINE						
Cr.	Top 0,1% / 0,1%		Valisone G	00177016	BSL	ACDEFGV	
D07X	CORTICOSTÉROÏDES, AUTRES COMBINAISONS						
D07XA	CORTICOSTÉROÏDES, FAIBLES, AUTRES COMBINAISONS						
D07XA01	HYDROCORTISONE HYDROCORTISONE / PRAMOXINE						
Cr.	Top 1% / 1%		Pramox HC	00770957	DPT	ACDEFGV	
D07XC	CORTICOSTÉROÏDES, PUISSANTS, AUTRES COMBINAISONS						
D07XC01	BÉTAMÉTHASONE BÉTAMÉTHASONE / ACIDE SALICYLIQUE						
Lot	Top 0,5 mg / 20 mg		ratio-Topisalic	02245688	TEV	ACDEFGV	
Ont	Top 0,5 mg / 30 mg		Diprosalic	00578436	ORG	ACDEFGV	
D09	PANSEMENTS MÉDICAMENTEUX						
D09A	PANSEMENTS MÉDICAMENTEUX						
D09AA	PANSEMENTS MÉDICAMENTEUX ET ANTI-INFECTIEUX						
D09AA01	FRAMYCÉTINE						
Dre	Top 1%		Sofra-Tulle (10cm x 10cm)	01988840	ERF	ACDEFGVW	
			Sofra-Tulle (10cm x 30cm)	01987682	ERF	ACDEFGVW	
D10	PRÉPARATIONS CONTRE L'ACNÉ						
D10A	PRÉPARATIONS TOPIQUES CONTRE L'ACNÉ						
D10AD	RÉTINOÏDES POUR USAGE TOPIQUE CONTRE L'ACNÉ						
D10AD01	TRÉTINOÏNE						
Cr.	Top 0,01%		Stieva-A	00657204	GSK	CDEFG	
Cr.	Top 0,025%		Stieva-A	00578576	GSK	CDEFG	
Cr.	Top 0,05%		Retin-A	00443794	BSL	CDEFG	
			Stieva-A	00518182	GSK	CDEFG	
Gel	Top 0,01%		Vitamin A Acid	01926462	BSL	CDEFG	

D10AD01	TRÉTINOÏNE							
Gel	Top	0,025%		Vitamin A Acid	01926470	BSL	CDEFG	
Gel	Top	0,05%		Vitamin A Acid	01926489	BSL	CDEFG	
D10AF	ANTI-INFECTIEUX POUR LE TRAITEMENT DE L'ACNÉE							
D10AF01	CLINDAMYCINE							
Liq	Top	1%	Clindamycin Phosphate Topical Solution	02483769	HIK	ACDEFGV		
			Taro-Clindamycin	02266938	TAR	ACDEFGV		
D10AX	AUTRES PRÉPARATIONS CONTRE L'ACNÉ POUR USAGE TOPIQUE							
D10AX03	ACIDE AZÉLAÏQUE							
Gel	Top	15%		Finacea	02270811	LEO	ACDEFGV	
D10B	PRÉPARATIONS CONTRE L'ACNÉ POUR USAGE SYSTÉMIQUE							
D10BA	RÉTINOÏDES POUR LE TRAITEMENT DE L'ACNÉ							
D10BA01	ISOTRÉTINOÏNE							
Caps	Orl	10 mg		Accutane Roche	00582344	HLR	ACDEFGV	
				Epuris	02396971	CIP	ACDEFGV	
				Clarus	02257955	MYL	ACDEFGV	
Caps	Orl	20 mg		Epuris	02396998	CIP	ACDEFGV	
Caps	Orl	30 mg		Epuris	02397005	CIP	ACDEFGV	
Caps	Orl	40 mg		Accutane Roche	00582352	HLR	ACDEFGV	
				Epuris	02397013	CIP	ACDEFGV	
				Clarus	02257963	MYL	ACDEFGV	
D11	AUTRES PRÉPARATIONS DERMATOLOGIQUES							
D11A	AUTRES PRÉPARATIONS DERMATOLOGIQUES							
D11AH	AUTRES PRÉPARATIONS DERMATOLOGIQUES							
D11AH01	TACROLIMUS							
Ont	Top	0,03%		Protopic	02244149	LEO	(SA)	
Ont	Top	0,1%		Protopic	02244148	LEO	(SA)	
D11AH05	DUPILUMAB							
Liq	SC	200 mg / 1,14 mL		Dupixent	02492504	SAV	(SA)	
				Dupixent (prefilled pen)	02524252	SAV	(SA)	

D11AH05 DUPILUMAB

Liq SC 300 mg / 2 mL

Dupixent (autoinjector) 02510049 SAV (SA)

Dupixent (prefilled syringe) 02470365 SAV (SA)

G SYSTÈME GÉNITO-URINAIRE ET HORMONES SEXUELLES

G01 ANTI-INFECTIEUX ET ANTISEPTIQUES GYNÉCOLOGIQUES

G01A ANTI-INFECTIEUX ET ANTISEPTIQUES, SAUF LES ASSOCIATIONS AVEC DES CORTICOSTÉROÏDES

G01AA ANTIBIOTIQUES

G01AA01 NYSTATINE

Cr. Vag 25 000 IU

Nyaderm 00716901 TAR ACDEFGV

G01AA10 CLINDAMYCIN

Cr. Vag 20 mg/g

Dalacin Vaginal Cream 02060604 PAL ACDEFGV

G01AF DÉRIVÉS DE L'IMIDAZOLE

G01AF01 MÉTRONIDAZOLE

Cr. Vag 10%

Flagyl 01926861 SAV ACDEFGV

Gel Vag 0,75%

Nidagel 02125226 BSL ACDEFGV

G01AF02 CLOTRIMAZOLE

Cr. Vag 1%

Canesten 02150891 BAY ACDEFGV

Cr. Vag 2%

Canesten 3 02150905 BAY ACDEFGV

Cr. Vag 500 mg/1%

Canesten 1 Comfortab 02264102 BAY ACDEFGV

Canesten 3 Comfortab Combi-Pak 02264099 BAY ACDEFGV

G01AF04 MICONAZOLE

Cr. Vag 2%

Monistat 7 02084309 INP ACDEFGV

Micozole Vaginal 2% 02231106 TAR ACDEFGV

Cr. Vag 1 200 mg / 2%

Monistat 3 Dual Pak 02126249 INP ACDEFGV

Supp. Vag 400 mg

Monistat-3 02126605 INP ACDEFGV

G01AG DÉRIVÉS DU TRIAZOLE

G01AG02 TERCONAZOLE

Cr. Vag 0,4%

Taro-Terconazole 02247651 TAR ACDEFGV

G02 AUTRES AGENTS GYNÉCOLOGIQUES

G02B CONTRACEPTIFS TOPIQUES

G02BA CONTRACEPTIFS INTRA-UTÉRINS

G02BA03 DIU EN PLASTIQUE AVEC LA PROGESTÉRONNE
LÉVONORGESTREL

Ins	Vag	19,5 mg	Kyleena	02459523	BAY	CDEFGV
Ins	Vag	52 mg	Mirena	02243005	BAY	ACDEFGV

G02BB CONTRACEPTIFS INTRAVAGINAUX

G02BB01 ANNEAU VAGINAL AVEC PROGESTOGÈNE ET OESTROGÈNE
ÉTHINYLOESTRADIOL / ÉTONOGESTREL

Ins	Vag	2,6 mg / 11,4 mg	NuvaRing	02253186	ORG	CDEFG
			Haloette	02520028	SLP	CDEFG

G02C AUTRES AGENTS GYNÉCOLOGIQUES**G02CB INHIBITEURS DE LA PROLACTINE**

G02CB01 BROMOCRIPTINE

Caps	Orl	5 mg	Bromocriptine	02230454	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	2,5 mg	Bromocriptine	02087324	AAP	ACDEFGV

G02CB03 CABERGOLINE

Co.	Orl	0,5 mg	Dostinex	02242471	PAL	ACDEFGV
			Apo-Cabergoline	02455897	APX	ACDEFGV

G03 HORMONES SEXUELLES ET MODULATEURS DE L'APPAREIL GÉNITAL**G03A CONTRACEPTIFS HORMONAUX, SYSTÉMIQUES****G03AA PROGESTOGÈNES ET OESTROGÈNES, COMBINAISONS FIXES**

G03AA05 NORÉTHISTERONE (NORÉTHINDRONE) ET ÉTHINYLOESTRADIOL

Co.	Orl	0,5 mg / 0,035 mg	Brevicon (21)	02187086	PFI	CDEFGV
			Brevicon (28)	02187094	PFI	CDEFGV
Co.	Orl	1 mg / 0,02 mg	Minestrin 1/20 (21)	00315966	ALL	CDEFGV
			Minestrin 1/20 (28)	00343838	ALL	CDEFGV
Co.	Orl	1 mg / 0,035 mg	Brevicon 1/35 (21)	02189054	PFI	CDEFGV
			Brevicon 1/35 (28)	02189062	PFI	CDEFGV
			Select 1/35 (21)	02197502	PFI	CDEFGV
			Select 1/35 (28)	02199297	PFI	CDEFGV
Co.	Orl	1,5 mg / 0,03 mg	Loestrin 1.5/30 (21)	00297143	WNC	CDEFGV
			Loestrin 1.5/30 (28)	00353027	WNC	CDEFGV

G03AA07 LÉVONORGESTREL ET ÉTHINYLOESTRADIOL

Co.	Orl	0,1 mg / 0,02 mg	Alesse (21)	02236974	PFI	CDEFGV
			Alesse (28)	02236975	PFI	CDEFGV
			Alysen (21)	02387875	APX	CDEFGV
			Alysen (28)	02387883	APX	CDEFGV
			Audrina (21)	02532174	JPC	CDEFGV
			Audrina (28)	02532182	JPC	CDEFGV
			Aviane (21)	02298538	TEV	CDEFGV
			Aviane (28)	02298546	TEV	CDEFGV

Co.	Orl	0,15 mg / 0,03 mg	Min-Ovral (21)	02042320	PFI	CDEFGV
			Min-Ovral (28)	02042339	PFI	CDEFGV
			Ovima (21)	02387085	APX	CDEFGV
			Ovima (28)	02387093	APX	CDEFGV
			Portia (21)	02295946	TEV	CDEFGV
			Portia (28)	02295954	TEV	CDEFGV

G03AA09 DÉSOGESTREL ET ÉTHINYLOESTRADIOL

Co.	Orl	0,1 mg, 0,125 mg, 0,15 mg / 0,025 mg	Linessa (21)	02272903	APN	CDEFGV
			Linessa (28)	02257238	APN	CDEFGV

Co.	Orl	0,15 mg / 0,03 mg	Marvelon (21)	02042487	ORG	CDEFGV
			Marvelon (28)	02042479	ORG	CDEFGV
			Apri (21)	02317192	TEV	CDEFGV
			Apri (28)	02317206	TEV	CDEFGV
			Freya (21)	02396491	MYL	CDEFGV
			Freya (28)	02396610	MYL	CDEFGV
			Mirvala (21)	02410249	APX	CDEFGV
			Mirvala (28)	02410257	APX	CDEFGV

G03AA12 DROSPIRÉNONE ET ÉTHINYLOESTRADIOL

Co.	Orl	3 mg / 0,02 mg	Yaz	02321157	BAY	CDEFGV
			Drospirenone and Ethinyl Estradiol	02462060	GLM	CDEFGV
			Mya	02415380	APX	CDEFGV

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

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

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

G03AB04 NORÉTHISTERONE (NORÉTHINDRONE) ET ÉTHINYLOESTRADIOL

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

G03AB09 NORGÉSTIMATE ET ÉTHINYLOESTRADIOL

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

Co. Orl 0,215 mg,0,18 mg, Tricira LO (21) 02401967 APX CDEFGV
0,025 mg / 0,025 mg Tricira LO (28) 02401975 APX CDEFGV

G03AC PROGESTOGÈNES**G03AC01 NORÉTHISTERONE (NORÉTHINDRONE)**

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

G03AC06 MÉDROXYPROGESTÉRONNE

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

G03AC08 ÉTONOGESTREL

Imp SC 68 mg Nexplanon 02499509 ORG CDEFGV

G03AD CONTRACEPTIFS D'URGENCE**G03AD01 LÉVONORGESTREL**

Co. Orl 1,5 mg Plan B 02293854 PAL CDEFGV
Backup Plan Onestep 02433532 APX CDEFGV
Contingency One 02425009 MYL CDEFGV

G03B ANDROGÈNES**G03BA DÉRIVÉS DU 3-OXOANDROSTÈNE (4)****G03BA03 TESTOSTÉRONNE****UNDÉCANOATE DE TESTOSTÉRONNE**

Caps Orl 40 mg pms-Testosterone 02322498 PMS (SA)
Taro-Testosterone 02421186 TAR (SA)

G03BA03 TESTOSTÉRONE

Gel	Top	1%	Testim	02280248	PAL	(SA)
Gel	Top	25 mg	AndroGel Packets	02245345	BGP	(SA)
			Taro-Testosterone Gel	02463792	TAR	(SA)
Gel	Top	50 mg	AndroGel Packets	02245346	BGP	(SA)
			Taro-Testosterone Gel	02463806	TAR	(SA)
Liq	IM	100 mg/mL	Depo-Testosterone	00030783	PFI	ACDEFGV
			Taro-Testosterone	02496003	TAR	ACDEFGV
Liq	Inj	200 mg/mL	Delatestryl	00029246	BSL	ACDEFGV

G03C OESTROGÈNES**G03CA OESTROGÈNES NATURELS ET SEMI-SYNTHÉTIQUES, ORDINAIRES****G03CA03 ESTRADIOL**

Co.	Orl	0,5 mg	Estrace	02225190	PMS	ACDEFGV
			Lupin-Estradiol	02449048	LUP	ACDEFGV
Co.	Orl	1 mg	Estrace	02148587	PMS	ACDEFGV
			Lupin-Estradiol	02449056	LUP	ACDEFGV
Co.	Orl	2 mg	Estrace	02148595	PMS	ACDEFGV
			Lupin-Estradiol	02449064	LUP	ACDEFGV
Co.	Vag	10 mcg	Vagifem 10	02325462	NNO	ACDEFGV
Gel	Trd	0,06%	Estrogel	02238704	ORG	ACDEFGV
Gel	Trd	0,25 mg	Divigel	02424924	SLP	ACDEFGV
Gel	Trd	0,5 mg	Divigel	02424835	SLP	ACDEFGV
Gel	Trd	1 mg	Divigel	02424843	SLP	ACDEFGV
Ins	Vag	2 mg	Estring	02168898	PAL	ACDEFGV
Pth	Trd	25 mcg	Climara 25	02247499	BAY	ACDEFGV
			Estradot	02245676	SDZ	ACDEFGV
Pth	Trd	37,5 mcg	Estradot	02243999	SDZ	ACDEFGV

G03CA03		ESTRADIOL					
Pth	Trd	50 mcg		Climara 50	02231509	BAY	ACDEFGV
				Estradot	02244000	SDZ	ACDEFGV
				Sandoz Estradiol Derm Srd	02246967	SDZ	ACDEFGV
Pth	Trd	75 mcg		Climara 75	02247500	BAY	ACDEFGV
				Estradot	02244001	SDZ	ACDEFGV
				Sandoz Estradiol Derm Srd	02246968	SDZ	ACDEFGV
Pth	Trd	100 mcg		Estradot	02244002	SDZ	ACDEFGV
				Sandoz Estradiol Derm Srd	02246969	SDZ	ACDEFGV
G03CA07		ESTRONE					
Cr.	Vag	1 mg		Estragyn	00727369	SLP	ACDEFGV
G03CA57		OESTROGÈNES CONJUGUÉS					
Co.	Orl	0,3 mg		Premarin	02414678	PFI	ACDEFGV
Co.	Orl	0,625 mg		Premarin	02414686	PFI	ACDEFGV
Co.	Orl	1,25 mg		Premarin	02414694	PFI	ACDEFGV
Cr.	Vag	0,625 mg		Premarin	02043440	PFI	ACDEFGV
G03D		PROGESTOGÈNES					
G03DA		DÉRIVÉS DU PREGNEN (4)					
G03DA02		MÉDROXYPROGESTÉRONNE					
Co.	Orl	2,5 mg		Provera	00708917	PFI	ACDEFGV
				Apo-Medroxy	02244726	APX	ACDEFGV
				Teva-Medroxyprogesterone	02221284	TEV	ACDEFGV
Co.	Orl	5 mg		Provera	00030937	PFI	ACDEFGV
				Apo-Medroxy	02244727	APX	ACDEFGV
				Teva-Medroxyprogesterone	02221292	TEV	ACDEFGV
Co.	Orl	10 mg		Provera	00729973	PFI	ACDEFGV
				Apo-Medroxy	02277298	APX	ACDEFGV
				Teva-Medroxyprogesterone	02221306	TEV	ACDEFGV
Co.	Orl	100 mg		Apo-Medroxy	02267640	APX	ACDEFGV
G03DA04		PROGESTÉRONNE					

G03DA04 PROGESTÉRONNE

Caps Orl 100 mg

Prometrium	02166704	ORG	ACDEFGV
Auro-Progesterone	02493578	ARO	ACDEFGV
pms-Progesterone	02476576	PMS	ACDEFGV
Progesterone	02516187	SAS	ACDEFGV
Reddy-Progesterone	02463113	RCH	ACDEFGV
Teva-Progesterone	02439913	TEV	ACDEFGV

G03DB DÉRIVATIFS DE LA PREGNADIENE**G03DB08** DIÉNOGEST

Co. Orl 2 mg

Visanne	02374900	BAY	(SA)
Aspen-Dienogest	02493055	APN	(SA)
Jamp Dienogest	02498189	JPC	(SA)

G03DC DÉRIVATIFS DE L'ESTRÈNE**G03DC02** NORÉTHISTERONE (NORÉTHINDRONE)

Co. Orl 5 mg

Norlutate 00023760 SLP (SA)

G03F PROGESTATIFS ET OESTROGÈNES EN COMBINAISONS**G03FA** PROGESTATIFS ET OESTROGÈNES FIXÉ DES COMBINAISONS**G03FA01** NORÉTHISTERONE (NORÉTHINDRONE) ET ESTRADIOL

Gaze Trd 140 mcg / 50 mcg

Estalis 02241835 SDZ ACDEFGV

Gaze Trd 250 mcg / 50 mcg

Estalis 02241837 SDZ ACDEFGV

G03H ANTIANDROGÈNES**G03HA** ANTIANDROGÈNES, ORDINAIRES**G03HA01** CYPROTÉRONNE

Co. Orl 50 mg

Androcur	00704431	PMS	ACDEFV
Med-Cyproterone	02390760	GMP	ACDEFV

G03HB ANTIANDROGENES ET OESTROGENES**G03HB01** CYPROTÉRONNE ET OESTROGÈNE

Co. Orl 2 mg / 0,035 mg

Diane-35	02233542	BAY	CDEFGV
Cléo-35	02436736	ATS	CDEFGV
Cyestra-35	02290308	PAL	CDEFGV
Teva-Cyproterone/Ethinyl Estradiol	02309556	TEV	CDEFGV

G03X AUTRES HORMONES SEXUELLES ET MODULATEURS DE L'APPAREIL GÉNITAL**G03XA** ANTIGONADOTROPHINES ET AGENTS SIMILAIRES**G03XA01** DANAZOL

G03XA01	DANAZOL							
Caps	Orl	50 mg				Cyclomen	02018144	SAV ACDEFV
Caps	Orl	100 mg				Cyclomen	02018152	SAV ACDEFV
Caps	Orl	200 mg				Cyclomen	02018160	SAV ACDEFV
G03XB	MODULATEURS DES RÉCEPTEURS DE LA PROGESTÉRONE							
G03XB51	MIFÉPRISTONE, EN COMBINASON							
	MIFÉPRISTONE / MISOPROSTOL							
Co.	Orl	200 mg / 200 mcg				Mifegymiso	02444038	LIN CJ
G03XC	AUTRES HORMONES SEXUELS							
G03XC01	RALOXIFÈNE							
Co.	Orl	60 mg				Evista	02239028	LIL ACDEFV
						Act Raloxifene	02358840	TEV ACDEFV
						Apo-Raloxifene	02279215	APX ACDEFV
G04	MÉDICAMENTS UROLOGIQUES							
G04B	MÉDICAMENTS UROLOGIQUES							
G04BD	MÉDICAMENTS POUR LA FRÉQUENCE URINAIRE ET INCONTINENCE							
G04BD04	OXYBUTYNINE							
Co.	Orl	5 mg				Apo-Oxybutynin	02163543	APX ACDEFGV
						Novo-Oxybutynin	02230394	TEV ACDEFGV
						Oxybutynin	02350238	SAS ACDEFGV
						pms-Oxybutynin	02240550	PMS ACDEFGV
Sir.	Orl	1 mg				pms-Oxybutynin	02223376	PMS ACDEFGV
G04BD06	PROPIVÉRINE							
Co.	Orl	5 mg				Mictoryl Pediatric	02460289	DUI (SA)
G04BD07	TOLTÉRODINE							
Caps.L.P.	Orl	2 mg				Detrol LA	02244612	BGP ACDEFGV
						Sandoz Tolterodine LA	02413140	SDZ ACDEFGV
						Teva-Tolterodine LA	02412195	TEV ACDEFGV
Caps.L.P.	Orl	4 mg				Detrol LA	02244613	BGP ACDEFGV
						Sandoz Tolterodine LA	02413159	SDZ ACDEFGV
						Teva-Tolterodine LA	02412209	TEV ACDEFGV

G04BD07 TOLTÉRODINE

Co. Orl 1 mg

Detrol	02239064	UJC	ACDEFGV
Jamp Tolterodine	02496836	JPC	ACDEFGV
Mint-Tolterodine	02423308	MNT	ACDEFGV
Teva-Tolterodine	02299593	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 2 mg

Detrol	02239065	UJC	ACDEFGV
Jamp Tolterodine	02496844	JPC	ACDEFGV
Mint-Tolterodine	02423316	MNT	ACDEFGV
Teva-Tolterodine	02299607	TEV	ACDEFGV

G04BD08 SOLIFÉNACINE

Co. Orl 5 mg

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

Co. Orl 10 mg

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

G04BD09 TROSPIUM

Co. Orl 20 mg

Trosec	02275066	SNV	(SA)
Mar-Trospium	02488353	MAR	(SA)

G04BD10 DARIFÉNACINE

G04BD10 DARIFÉNACINE

Co.L.P. Orl 7,5 mg

Enablex 02273217 SLP (SA)

Apo-Darifenacin 02452510 APX (SA)

Jamp Darifenacin 02491869 JPC (SA)

Co.L.P. Orl 15 mg

Enablex 02273225 SLP (SA)

Apo-Darifenacin 02452529 APX (SA)

Jamp Darifenacin 02491877 JPC (SA)

G04BD11 FÉSOTÉRODINE

Co.L.P. Orl 4 mg

Toviaz 02380021 PFI (SA)

Sandoz Fesoterodine Fumarate 02521768 SDZ (SA)

Co.L.P. Orl 8 mg

Toviaz 02380048 PFI (SA)

Sandoz Fesoterodine Fumarate 02521776 SDZ (SA)

G04BD12 MIRABEGRON

Co.L.P. Orl 25 mg

Myrbetriq 02402874 ASL (SA)

Co.L.P. Orl 50 mg

Myrbetriq 02402882 ASL (SA)

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

Liq ITV 500 mg/g

Rimso-50 00493392 MYL ACDEFGV

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

Co.L.P. Orl 10 mg

Xatral 02245565 SAV ACDEFGV

Alfuzosin 02519844 SAS ACDEFGV

Alfuzosin 02447576 SIV ACDEFGV

Apo-Alfuzosin 02315866 APX ACDEFGV

Auro-Alfuzosin 02443201 ARO ACDEFGV

Sandoz Alfuzosin 02304678 SDZ ACDEFGV

G04CA02 TAMSULOSINE

Caps.L.L. Orl 0,4 mg

Sandoz Tamsulosin 02319217 SDZ ACDEFV

G04CA02 TAMSULOSINE

Co.L.P. Orl 0,4 mg

Flomax CR	02270102	BOE	ACDEFV
Apo-Tamsulosin CR	02362406	APX	ACDEFV
Sandoz Tamsulosin CR	02340208	SDZ	ACDEFV
Tamsulosin CR	02427117	SAS	ACDEFV
Tamsulosin CR	02429667	SIV	ACDEFV
Teva-Tamsulosin CR	02368242	TEV	ACDEFV

G04CA03 TÉRAZOSINE

Co. Orl 1 mg

Apo-Terazosin	02234502	APX	ACDEFV
pms-Terazosin	02243518	PMS	ACDEFV

Co. Orl 2 mg

Apo-Terazosin	02234503	APX	ACDEFV
pms-Terazosin	02243519	PMS	ACDEFV

Co. Orl 5 mg

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

Co. Orl 10 mg

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

G04CB INHIBITEURS DE LA TESTOSTÉRONE-5-ALPHA RÉDUCTASE

G04CB01 FINASTÉRIDE

Co. Orl 5 mg

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

G04CB02 DUTASTÉRIDE

G04CB02 DUTASTÉRIDE

Caps Orl 0,5 mg

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

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

H01AC01 SOMATROPINE

Cart Inj 6 mg

Humatrope 02243077 LIL T (SA)

Cart Inj 12 mg

Humatrope 02243078 LIL T (SA)

Cart Inj 24 mg

Humatrope 02243079 LIL T (SA)

Liq Inj 5 mg / 1,5 mL

Norditropin Nordiflex 02334852 NNO T (SA)

Omnitrope 02325063 SDZ T (SA)

Liq Inj 5 mg / 2 mL

Nutropin AQ NuSpin 02399091 HLR T (SA)

Liq Inj 6 mg

Saizen 02350122 EMD T (SA)

Liq Inj 10 mg / 1,5 mL

Norditropin Nordiflex 02334860 NNO T (SA)

Omnitrope 02325071 SDZ T (SA)

Liq Inj 10 mg / 2 mL

Nutropin AQ NuSpin 02376393 HLR T (SA)

Liq Inj 12 mg

Saizen 02350130 EMD T (SA)

Liq Inj 15 mg / 1,5 mL

Norditropin Nordiflex 02334879 NNO T (SA)

Omnitrope 02459647 SDZ T (SA)

H01AC01		SOMATROPINE					
Liq	Inj	20 mg		Saizen	02350149	EMD	T (SA)
Liq	Inj	20 mg / 2 mL		Nutropin AQ NuSpin	02399083	HLR	T (SA)
Pds.	SC	0,6 mg		Genotropin MiniQuick	02401762	PFI	T (SA)
Pds.	SC	0,8 mg		Genotropin MiniQuick	02401770	PFI	T (SA)
Pds.	SC	1 mg		Genotropin MiniQuick	02401789	PFI	T (SA)
Pds.	SC	1,2 mg		Genotropin MiniQuick	02401797	PFI	T (SA)
Pds.	SC	1,4 mg		Genotropin MiniQuick	02401800	PFI	T (SA)
Pds.	SC	1,6 mg		Genotropin MiniQuick	02401819	PFI	T (SA)
Pds.	SC	1,8 mg		Genotropin MiniQuick	02401827	PFI	T (SA)
Pds.	SC	2 mg		Genotropin MiniQuick	02401835	PFI	T (SA)
Pds.	SC	5,3 mg		Genotropin GoQuick	02401703	PFI	T (SA)
Pds.	SC	12 mg		Genotropin GoQuick	02401711	PFI	T (SA)
Pws.	Inj	5 mg		Saizen	02237971	EMD	T (SA)

H01AC03		MECASERMIN					
Liq	SC	10 mg/mL		Increlex	02509733	IPS	(SA)

H01B HORMONES DU LOBE POSTHYPOPHYSIAIRE

H01BA VASOPRESSINE ET ANALOGUES

H01BA02		DESMOPRESSINE					
Aém.	Nas	10 mcg		Desmopressin Spray	02242465	AAP	(SA)
Co.	Orl	0,1 mg		Apo-Desmopressin	02284030	APX	CDEF-18G (SA)
				pms-Desmopressin	02304368	PMS	CDEF-18G (SA)
Co.	Orl	0,2 mg		Apo-Desmopressin	02284049	APX	CDEF-18G (SA)
				pms-Desmopressin	02304376	PMS	CDEF-18G (SA)
Co.D.O.	Slg	60 mcg		DDAVP Melt	02284995	FEI	CDEF-18G (SA)

H01BA02	DESMOPRESSINE						
Co.D.O.	Slg	120 mcg		DDAVP Melt	02285002	FEI	CDEF-18G (SA)
Liq	Inj	4 mcg/mL		DDAVP	00873993	FEI	ACDEFGV
				Bipazen	02513579	KVR	ACDEFGV

H01C HORMONES HYPOTHALAMIQUES

H01CA HORMONES DE LIBÉRATION DES GONADOTROPHINES HYPOPHYSIAIRES

H01CA02	NAFARÉLINE						
Liq	Nas	2 mg/mL		Synarel	02188783	PFI	ACDEFGV

H01CB SOMATOSTATINE ET ANALOGUES

H01CB02	OCTRÉOTIDE						
Liq	Inj	0,05 mg/mL		Sandostatin	00839191	NVR	ACDEFGVW
				Octreotide Acetate Omega	02248639	OMG	ACDEFGVW
Liq	Inj	0,1 mg/mL		Sandostatin	00839205	NVR	ACDEFGVW
				Octreotide Acetate Omega	02248640	OMG	ACDEFGVW
Liq	Inj	0,2 mg/mL		Octreotide Acetate Omega	02248642	OMG	ACDEFGVW
Liq	Inj	0,5 mg/mL		Octreotide Acetate Omega	02248641	OMG	ACDEFGVW
Pds.	Inj	10 mg		Sandostatin LAR	02239323	NVR	ACDEFGVW
				Octreotide for Injectable Suspension	02503751	TEV	ACDEFGVW
Pds.	Inj	20 mg		Sandostatin LAR	02239324	NVR	ACDEFGVW
				Octreotide for Injectable Suspension	02503778	TEV	ACDEFGVW
Pds.	Inj	30 mg		Sandostatin LAR	02239325	NVR	ACDEFGVW
				Octreotide for Injectable Suspension	02503786	TEV	ACDEFGVW
H01CB03	LANRÉOTIDE						
Liq	SC	60 mg / 0,5 mL		Somatuline Autogel (prefilled syringe)	02283395	IPS	ACDEFGV
Liq	SC	90 mg / 0,5 mL		Somatuline Autogel (prefilled syringe)	02283409	IPS	ACDEFGV
Liq	SC	120 mg / 0,5 mL		Somatuline Autogel (prefilled syringe)	02283417	IPS	ACDEFGV

H02 CORTICOSTÉROÏDES SYSTÉMIQUES

H02A CORTICOSTÉROÏDES SYSTÉMIQUES, ORDINAIRES

H02AA MINÉRALOCORTICOÏDES

H02AA02 FLUDROCORTISONE

Co. Orl 0,1 mg Florinef 02086026 PAL ACDEFGV

H02AB GLUCOCORTICOÏDES

H02AB01 BÉTAMÉTHASONE

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

H02AB02 DEXAMÉTHASONE

Co. Orl 0,5 mg Apo-Dexamethasone 02261081 APX ACDEFGVW

pms-Dexamethasone 01964976 PMS ACDEFGVW

Co. Orl 2 mg pms-Dexamethasone 02279363 PMS ACDEFGVW

Co. Orl 4 mg Apo-Dexamethasone 02250055 APX ACDEFGVW

pms-Dexamethasone 01964070 PMS ACDEFGVW

Liq Inj 4 mg/mL Dexamethasone sodium phosphate 00664227 SDZ ACDEFGVW

Dexamethasone sodium phosphate 01977547 STR ACDEFGVW

Dexamethasone-Omega 02204266 OMG ACDEFGVW

H02AB04 MÉTHYLPREDNISOLONE

Co. Orl 4 mg Medrol 00030988 PFI ACDEFGVW

Co. Orl 16 mg Medrol 00036129 PFI ACDEFGVW

Pds. Inj 40 mg Solu-Medrol (Act-O-Vial) 02367947 PFI ACDEFGVW

Pds. Inj 125 mg Solu-Medrol (Act-O-Vial) 02367955 PFI ACDEFGVW

Pds. Inj 500 mg Solu-Medrol 00030678 PFI ACDEFGVW

Solu-Medrol (Act-O-Vial) 02367963 PFI ACDEFGVW

Pds. Inj 1 g Solu-Medrol 00036137 PFI ACDEFGVW

Solu-Medrol (Act-O-Vial) 02367971 PFI ACDEFGVW

Susp Inj 20 mg/mL Depo-Medrol 01934325 PFI ACDEFGVW

Susp Inj 40 mg/mL Depo-Medrol 00030759 PFI ACDEFGVW

Depo-Medrol 01934333 PFI ACDEFGVW

Susp Inj 80 mg/mL Depo-Medrol 00030767 PFI ACDEFGVW

Depo-Medrol 01934341 PFI ACDEFGVW

H02AB06	PREDNISOLONE						
	Liq	Orl	5 mg / 5 mL				
				Pediapred	02230619	SAV	ACDEFGVW
				pms-Prednisolone	02245532	PMS	ACDEFGVW
H02AB07	PREDNISONNE						
	Co.	Orl	1 mg				
				Winpred	00271373	AAP	ACDEFGRVW
	Co.	Orl	5 mg				
				Apo-Prednisone	00312770	APX	ABCDEFGRVW
				Teva-Prednisone	00021695	TEV	ABCDEFGRVW
	Co.	Orl	50 mg				
				Apo-Prednisone	00550957	APX	ACDEFGRVW
				Teva-Prednisone	00232378	TEV	ACDEFGRVW
H02AB08	TRIAMCINOLONE						
	Susp	IA	10 mg/mL				
				Kenalog-10	01999761	BRI	ACDEFGV
	Susp	IA	20 mg/mL				
				Trispan	02470632	MDX	(SA)
	Susp	IA	40 mg/mL				
				Kenalog-40	01999869	BRI	ACDEFGV
				Triamcinolone Acetonide	01977563	STR	ACDEFGV
H02AB09	HYDROCORTISONE						
	Co.	Orl	10 mg				
				Cortef	00030910	PFI	ACDEFGVW
				Auro-Hydrocortisone	02524465	ARO	ACDEFGVW
	Co.	Orl	20 mg				
				Cortef	00030929	PFI	ACDEFGVW
				Auro-Hydrocortisone	02524473	ARO	ACDEFGVW
	Pds.	Inj	100 mg				
				Solu-Cortef (Act-O-Vial)	00030600	PFI	ACDEFGVW
	Pds.	Inj	250 mg				
				Solu-Cortef (Act-O-Vial)	00030619	PFI	ACDEFGVW
	Pds.	Inj	500 mg				
				Solu-Cortef (Act-O-Vial)	00030627	PFI	ACDEFGVW
	Pds.	Inj	1 g				
				Solu-Cortef (Act-O-Vial)	00030635	PFI	ACDEFGVW
H02AB10	CORTISONE						
	Co.	Orl	25 mg				
				Cortisone	00280437	BSL	ACDEFGVW
H02B	CORTICOSTÉROÏDES SYSTÉMIQUES, EN COMBINAISON						
H02BX	CORTICOSTÉROÏDES SYSTEMIQUES, EN COMBINAISON						
H02BX01	MÉTHYLPREDNISOLONE, EN COMBINAISON						
	MÉTHYLPREDNISOLONE / LIDOCAÏNE						

H02BX01 MÉTHYLPREDNISOLONE, EN COMBINAISON
MÉTHYLPREDNISOLONE / LIDOCAÏNE

Susp IA 40 mg / 10 mg

Depo-Medrol with Lidocaine 00260428 PFI ACDEFGVW

H03 TRAITEMENT DE LA THYROÏDE

H03A PRÉPARATIONS POUR LA THYROÏDE

H03AA HORMONES POUR LA THYROÏDE

H03AA01 LÉVOTHYROXINE SODIQUE

Co. Orl 0,025 mg

Synthroid 02172062 BGP ACDEFGV

Co. Orl 0,05 mg

Synthroid 02172070 BGP ACDEFGV

Eltroxin 02213192 APN ACDEFGV

Co. Orl 0,075 mg

Synthroid 02172089 BGP ACDEFGV

Co. Orl 0,088 mg

Synthroid 02172097 BGP ACDEFGV

Co. Orl 0,1 mg

Synthroid 02172100 BGP ACDEFGV

Eltroxin 02213206 APN ACDEFGV

Co. Orl 0,112 mg

Synthroid 02171228 BGP ACDEFGV

Co. Orl 0,125 mg

Synthroid 02172119 BGP ACDEFGV

Co. Orl 0,137 mg

Synthroid 02233852 BGP ACDEFGV

Co. Orl 0,15 mg

Synthroid 02172127 BGP ACDEFGV

Eltroxin 02213214 APN ACDEFGV

Co. Orl 0,175 mg

Synthroid 02172135 BGP ACDEFGV

Co. Orl 0,2 mg

Synthroid 02172143 BGP ACDEFGV

Eltroxin 02213222 APN ACDEFGV

Co. Orl 0,3 mg

Synthroid 02172151 BGP ACDEFGV

H03AA02 LIOTHYRONINE SODIQUE

Co. Orl 5 mcg

Cytomel 01919458 PFI ACDEFGV

Teva-Liothyronine 02494337 TEV ACDEFGV

Co. Orl 25 mcg

Cytomel 01919466 PFI ACDEFGV

Teva-Liothyronine 02494345 TEV ACDEFGV

H03AA05	PRÉPARATIONS POUR LA GLANDE THYROÏDE						
	EXTRAIT THYROÏDIEN LYOPHILISÉ						
Co.	Orl	30 mg	Thyroid	00023949	ERF	ACDEFGV	
Co.	Orl	60 mg	Thyroid	00023957	ERF	ACDEFGV	
Co.	Orl	125 mg	Thyroid	00023965	ERF	ACDEFGV	
H03B	PRÉPARATIONS ANTI-THYROÏDIENNES						
H03BA	THIOURACILES						
H03BA02	PROPYLTHIOURACILE						
Co.	Orl	50 mg	Halycil	02521059	ARN	ACDEFGV	
			Propylthiouracil	02523019	PCI	ACDEFGV	
H03BB	DÉRIVÉS DE L'IMIDAZOLE CONTENANT DU SOUFRE						
H03BB02	THIAMAZOLE (MÉTHIMAZOLE)						
Co.	Orl	5 mg	Tapazole	00015741	PAL	ACDEFGV	
			Jamp Methimazole	02490625	JPC	ACDEFGV	
			Mar-Methimazole	02480107	MAR	ACDEFGV	
Co.	Orl	10 mg	Tapazole	02296039	PAL	ACDEFGV	
			Jamp Methimazole	02490633	JPC	ACDEFGV	
			Mar-Methimazole	02480115	MAR	ACDEFGV	
H04	HORMONES PANCRÉATIQUES						
H04A	HORMONES GLYCOGÉNOLYTIQUES						
H04AA	HORMONES GLYCOGENOLYTIQUES						
H04AA01	GLUCAGON						
Pds.	Inj	1 mg	Glucagen	02333619	PAL	ACDEFGV	
			Glucagen Hypokit	02333627	PAL	ACDEFGV	
			Glucagon	02243297	LIL	ACDEFGV	
Pds.	Nas	3 mg	Baqsimi	02492415	LIL	(SA)	
H05	HOMÉOSTASIE DU CALCIUM						
H05B	AGENTS ANTI-PARATHYROÏDES						
H05BA	PRÉPARATIONS DU CALCITONINE						
H05BA01	CALCITONINE (SAUMON, SYNTHETIQUE)						
Liq	Inj	200 U/mL	Calcimar	01926691	SAV	ACDEFGV	
H05BX	AUTRE AGENTS ANTI-PARATHYROÏDES						
H05BX01	CINACALCET						

H05BX01 CINACALCET

Co. Orl 30 mg

Sensipar 02257130 AGA ACDEFGV
Apo-Cinacalcet 02452693 APX ACDEFGV
Auro-Cinacalcet 02478900 ARO ACDEFGV
Cinacalcet 02524880 SAS ACDEFGV
Jamp Cinacalcet 02500094 JPC ACDEFGV
M-Cinacalcet 02481987 MRA ACDEFGV
Mar-Cinacalcet 02480298 MAR ACDEFGV
pms-Cinacalcet 02517604 PMS ACDEFGV
Teva-Cinacalcet 02441624 TEV ACDEFGV

Co. Orl 60 mg

Sensipar 02257149 AGA ACDEFGV
Apo-Cinacalcet 02452707 APX ACDEFGV
Auro-Cinacalcet 02478919 ARO ACDEFGV
Jamp Cinacalcet 02500108 JPC ACDEFGV
M-Cinacalcet 02481995 MRA ACDEFGV
Mar-Cinacalcet 02480301 MAR ACDEFGV
pms-Cinacalcet 02517612 PMS ACDEFGV
Teva-Cinacalcet 02441632 TEV ACDEFGV

Co. Orl 90 mg

Sensipar 02257157 AGA ACDEFGV
Apo-Cinacalcet 02452715 APX ACDEFGV
Auro-Cinacalcet 02478943 ARO ACDEFGV
Jamp Cinacalcet 02500116 JPC ACDEFGV
M-Cinacalcet 02482002 MRA ACDEFGV
Mar-Cinacalcet 02480328 MAR ACDEFGV
pms-Cinacalcet 02517620 PMS ACDEFGV
Teva-Cinacalcet 02441640 TEV ACDEFGV

J ANTI-INFECTIEUX USAGE SYSTÉMIQUE

J01 ANTIBACTÉRIENS POUR USAGE SYSTÉMIQUE

J01A TÉTRACYCLINES

J01AA TÉTRACYCLINES

J01AA02 DOXYCYCLINE

Caps Orl 100 mg

Apo-Doxy 00740713 APX ABCDEFGVW
Doxycycline 02351234 SAS ABCDEFGVW
Teva-Doxycycline 00725250 TEV ABCDEFGVW

J01AA02	DOXYCYCLINE							
Co.	Orl	100 mg						
			Doxycin	00860751	RIV	ABCDEFGVW		
			Apo-Doxy	00874256	APX	ABCDEFGVW		
			Doxycycline	02351242	SAS	ABCDEFGVW		
			Teva-Doxycycline	02158574	TEV	ABCDEFGVW		

J01AA07	TÉTRACYCLINE							
Caps	Orl	250 mg						
			Tetra	00580929	AAP	ACDEFGVW		

J01AA08	MINOCYCLINE							
Caps	Orl	50 mg						
			Minocycline	02084090	AAP	ACDEFGV		
Caps	Orl	100 mg						
			Minocycline	02084104	AAP	ACDEFGV		

J01AA12	TIGÉCYCLINE							
Pds.	IV	50 mg						
			Tygacil	02285401	PFI	W (SA)		

J01C ANTIBACTÉRIEN BETA-LACTAME, PÉNICILLINES

J01CA PÉNICILLINE AVEC SPECTRUMS ÉTENDUS

J01CA01	AMPICILLINE							
Caps	Orl	250 mg						
			Teva-Ampicillin	00020877	TEV	ACDEFGVW		
Caps	Orl	500 mg						
			Teva-Ampicillin	00020885	TEV	ACDEFGVW		
Pds.	Inj	500 mg						
			Ampicillin Sodium	00872652	TEV	ACDEFGVW		
Pds.	Inj	1 g						
			Ampicillin Sodium	01933345	TEV	ACDEFGVW		
Pds.	Inj	2 g						
			Ampicillin Sodium	01933353	TEV	ACDEFGVW		

J01CA04	AMOXICILLINE							
Caps	Orl	250 mg						
			Amoxicillin (Disc/non disp Nov 4/23)	02352710	SAS	ABCDEFGVW		
			Amoxicillin Capsules BP	02525348	SAS	ABCDEFGVW		
			Apo-Amoxi	00628115	APX	ABCDEFGVW		
			Auro-Amoxicillin	02388073	ARO	ABCDEFGVW		
			Jamp-Amoxicillin	02433060	JPC	ABCDEFGVW		
			Novamoxin	00406724	TEV	ABCDEFGVW		

J01CA04 AMOXICILLINE

Caps	Orl	500 mg	Amoxicillin	02401509	SIV	ABCDEFGVW
			Amoxicillin (Disc/non disp Nov 4/23)	02352729	SAS	ABCDEFGVW
			Amoxicillin Capsules BP	02525356	SAS	ABCDEFGVW
			Apo-Amoxi	00628123	APX	ABCDEFGVW
			Auro-Amoxicillin	02388081	ARO	ABCDEFGVW
			Jamp-Amoxicillin	02433079	JPC	ABCDEFGVW
			Novamoxin	00406716	TEV	ABCDEFGVW
Co.C.	Orl	250 mg	Novamoxin chew	02036355	TEV	ABCDEFGVW
Pds.	Orl	25 mg	Apo-Amoxi	00628131	APX	ABCDEFGVW
			Jamp-Amoxicillin	02535793	JPC	ABCDEFGVW
Pds.	Orl	50 mg	Amoxicillin	02352753	SAS	ABCDEFGVW
			Amoxicillin	02401541	SIV	ABCDEFGVW
			Amoxicillin (sugar-reduced)	02352788	SAS	ABCDEFGVW
			Apo-Amoxi	00628158	APX	ABCDEFGVW
			Jamp-Amoxicillin	02535815	JPC	ABCDEFGVW
			Moxilen (Temporary Benefit)	09858237	JNO	ABCDEFGVW
			Novamoxin	00452130	TEV	ABCDEFGVW
			Novamoxin 125 (sugar-reduced)	01934163	TEV	ABCDEFGVW

J01CE PÉNICILLINES SENSIBLES AUX BETA-LACTAMASES

J01CE02 PHENOXYMETHYLPÉNICILLINE (PÉNICILLINE V)

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

J01CE08 BENZATHINE BENZYLPÉNICILLINE (PÉNICILLINE G BENZATHINE)

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

J01CF PÉNICILLINES RÉSIDANT AUX BETA-LACTAMASE

J01CF02 CLOXACILLINE

Caps	Orl	250 mg	Jamp Cloxacillin	02510731	JPC	ACDEFGVW
			Teva-Cloxacillin	00337765	TEV	ACDEFGVW
Caps	Orl	500 mg	Jamp Cloxacillin	02510758	JPC	ACDEFGVW
			Teva-Cloxacillin	00337773	TEV	ACDEFGVW
Pds.	Inj	2 g	Cloxacillin	02367424	STR	ACDEFGVW
Pds.	Orl	25 mg	Teva-Cloxacillin	00337757	TEV	ACDEFGVW

J01CR COMBINAISON DE PÉNICILLINES, Y COMPRIS LES INHIBITEURS DE BETA-LACTAMASE**J01CR02 AMOXICILLINE ET INHIBITEURS D'ENZYMES****AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE**

Co.	Orl	250 mg / 125 mg	Apo-Amoxi Clav	02243350	APX	ABCDEFGVW
			Auro-Amoxi Clav	02471671	ARO	ABCDEFGVW
			Jamp Amoxi Clav	02508249	JPC	ABCDEFGVW
Co.	Orl	500 mg / 125 mg	Clavulin-500 F	01916858	GSK	ABCDEFGVW
			Apo-Amoxi Clav	02243351	APX	ABCDEFGVW
			Auro-Amoxi Clav	02471698	ARO	ABCDEFGVW
			Jamp Amoxi Clav	02508257	JPC	ABCDEFGVW
			Sandoz Amoxi-Clav	02482576	SDZ	ABCDEFGVW
Co.	Orl	875 mg / 125 mg	Clavulin	02238829	GSK	ABCDEFGVW
			Apo-Amoxi Clav	02245623	APX	ABCDEFGVW
			Auro-Amoxi Clav	02471701	ARO	ABCDEFGVW
			Jamp Amoxi Clav	02508265	JPC	ABCDEFGVW
			Sandoz Amoxi-Clav	02482584	SDZ	ABCDEFGVW
Pds.	Orl	125 mg / 31,25 mg / 5 mL	Clavulin	01916882	GSK	ABCDEFGVW
Pds.	Orl	200 mg / 28,5 mg / 5 mL	Clavulin 200	02238831	GSK	ABCDEFGVW
Pds.	Orl	250 mg / 62,5 mg / 5 mL	Clavulin-250 F	01916874	GSK	ABCDEFGVW
Pds.	Orl	400 mg / 57 mg / 5 mL	Clavulin 400	02238830	GSK	ABCDEFGVW
			M-Amoxi Clav	02530694	MRA	ABCDEFGVW

J01CR05 PIPÉRACILLINE ET INHIBITEURS D'ENZYMES**PIPÉRACILLINE / TAZOBACTAM**

Pds.	Inj	2 g / 0,25 g	Piperacillin and Tazobactam	02308444	APX	ACDEFGVW
			Piperacillin and Tazobactam	02401312	HIK	ACDEFGVW
			Piperacillin and Tazobactam	02299623	SDZ	ACDEFGVW
			Piperacillin and Tazobactam	02362619	STR	ACDEFGVW
Pds.	Inj	3 g / 0,375 g	Piperacillin and Tazobactam	02308452	APX	ACDEFGVW
			Piperacillin and Tazobactam	02401320	HIK	ACDEFGVW
			Piperacillin and Tazobactam	02299631	SDZ	ACDEFGVW
			Piperacillin and Tazobactam	02362627	STR	ACDEFGVW
			Piperacillin/Tazobactam	02370166	TEV	ACDEFGVW

J01CR05 PIPÉRACILLINE ET INHIBITEURS D'ENZYMES
PIPÉRACILLINE / TAZOBACTAM

Pds.	Inj	4 g / 0,5 g	Piperacillin and Tazobactam	02308460	APX	ACDEFGVW
			Piperacillin and Tazobactam	02401339	HIK	ACDEFGVW
			Piperacillin and Tazobactam	02299658	SDZ	ACDEFGVW
			Piperacillin and Tazobactam	02362635	STR	ACDEFGVW
			Piperacillin/Tazobactam	02370174	TEV	ACDEFGVW
Pds.	Inj	12 g / 1,5 g	Piperacillin and Tazobactam	02330547	SDZ	ACDEFGVW
			Piperacillin and Tazobactam	02377748	STR	ACDEFGVW

J01D AUTRES ANTIBACTERIEN BETA-LACTAM

J01DB CÉPHALOSPORINES DE PREMIÈRE GÉNÉRATION

J01DB01 CÉPHALEXINE

Caps	Orl	250 mg	Teva-Cephalexin	00342084	TEV	ABCDEFGHIJ
Caps	Orl	500 mg	Teva-Cephalexin	00342114	TEV	ABCDEFGHIJ
Co.	Orl	250 mg	Apo-Cephalex	00768723	APX	ABCDEFGHIJ
			Auro-Cephalexin	02470578	ARO	ABCDEFGHIJ
			Cephalexin	02521253	SAS	ABCDEFGHIJ
			Jamp Cephalexin	02494698	JPC	ABCDEFGHIJ
			Teva-Cephalexin	00583413	TEV	ABCDEFGHIJ
Co.	Orl	500 mg	Apo-Cephalex	00768715	APX	ABCDEFGHIJ
			Auro-Cephalexin	02470586	ARO	ABCDEFGHIJ
			Cephalexin	02521261	SAS	ABCDEFGHIJ
			Cephalexin	02495651	SIV	ABCDEFGHIJ
			Jamp Cephalexin	02494701	JPC	ABCDEFGHIJ
			Teva-Cephalexin	00583421	TEV	ABCDEFGHIJ
Pds.	Orl	25 mg	Teva-Cephalexin	00342106	TEV	ABCDEFGHIJ
Pds.	Orl	50 mg	Teva-Cephalexin	00342092	TEV	ABCDEFGHIJ

J01DB04 CÉFAZOLINE

Pds.	Inj	500 mg	Cefazolin for Injection	02108119	TEV	ACDEFGVW
			Cefazolin Sodium	02308932	SDZ	ACDEFGVW
Pds.	Inj	1 g	Cefazolin for Injection	02108127	TEV	ACDEFGVW
			Cefazolin Sodium	02308959	SDZ	ACDEFGVW

J01DB04	CÉFAZOLINE							
Pds.	Inj	10 g				Cefazolin for Injection	02437120	HIK ACDEFGVW
						Cefazolin for Injection	02108135	TEV ACDEFGVW
						Cefazolin for Injection USP	02465477	STR ACDEFGVW

J01DB05	CÉFADROXIL							
Caps	Orl	500 mg				Apo-Cefadroxil	02240774	APX ACDEFGVW
						Teva-Cefadroxil	02235134	TEV ACDEFGVW

J01DC CÉPHALOSPORINES DE DEUXIÈME GÉNÉRATION

J01DC01	CÉFOXITINE							
Pds.	Inj	1 g				Cefoxitin Sodium	02128187	TEV ACDEFGVW
Pds.	Inj	2 g				Cefoxitin Sodium	02128195	TEV ACDEFGVW

J01DC02	CÉFUROXIME							
Co.	Orl	250 mg				Apo-Cefuroxime	02244393	APX ABCDEFGVW
						Auro-Cefuroxime	02344823	ARO ABCDEFGVW
Co.	Orl	500 mg				Apo-Cefuroxime	02244394	APX ABCDEFGVW
						Auro-Cefuroxime	02344831	ARO ABCDEFGVW

	Liq	Orl	125 mg/mL			Ceftin	02212307	SDZ ABCDEFGVW
Pds.	Inj	750 mg				Cefuroxime	02241638	FKB ACDEFGVW
Pds.	Inj	1,5 g				Cefuroxime	02241639	FKB ACDEFGVW

J01DC10	CEFPROZIL							
Co.	Orl	250 mg				Taro-Cefprozil	02293528	SUN ACDEFGVW
Co.	Orl	500 mg				Auro-Cefprozil	02347253	ARO ACDEFGVW
						Taro-Cefprozil	02293536	SUN ACDEFGVW
Pds.	Orl	25 mg				Taro-Cefprozil	02329204	SUN ACDEFGVW
Pds.	Orl	50 mg				Taro-Cefprozil	02293579	SUN ACDEFGVW

J01DD CÉPHALOSPORINES DE TROISIÈME GÉNÉRATION

J01DD01	CÉFOTAXIME							
Pds.	Inj	1 g				Cefotaxime Sodium	02434091	STR ACDEFGVW
Pds.	Inj	2 g				Cefotaxime Sodium	02434105	STR ACDEFGVW

J01DD02	CEFTAZIDIME								
Pds.	Inj	1 g		Ceftazidime	00886971	FKB	ACDEFGVW		
Pds.	Inj	2 g		Ceftazidime	00886955	FKB	ACDEFGVW		
Pds.	Inj	6 g		Ceftazidime for Injection	02437864	STR	ACDEFGVW		
J01DD04	CEFTRIAZONE								
Pds.	Inj	250 mg		Ceftriaxone Sodium	02325594	STR	ACDEFGVW		
Pds.	Inj	1 g		Ceftriaxone Sodium	02325616	STR	ACDEFGVW		
				Ceftriaxone Sodium	02287633	TEV	ACDEFGVW		
				Ceftriaxone Sodium for Injection	02292270	SDZ	ACDEFGVW		
Pds.	Inj	2 g		Ceftriaxone Sodium	02325624	STR	ACDEFGVW		
				Ceftriaxone Sodium for Injection	02292289	SDZ	ACDEFGVW		
Pds.	Inj	10 g		Ceftriaxone Sodium for Injection	02292297	SDZ	ACDEFGVW		
				Ceftriaxone Sodium for Injection	02325632	STR	ACDEFGVW		
J01DD08	CÉFIXIME								
Co.	Orl	400 mg		Suprax	00868981	ODN	ACDEFGVW		
				Auro-Cefixime	02432773	ARO	ACDEFGVW		
Pds.	Orl	20 mg		Suprax	00868965	ODN	ACDEFGVW		
				Auro-Cefixime	02468689	ARO	ACDEFGVW		
J01DE	CÉPHALOSPORINES DE QUATRIÈME GÉNÉRATION								
J01DE01	CÉFEPIME								
Pds.	Inj	1 g		Apo-Cefepime	02467496	APX	ACDEFGVW		
Pds.	Inj	2 g		Apo-Cefepime	02467518	APX	ACDEFGVW		
J01DF	MONOBACTAMS								
J01DF01	AZTRÉONAM								
Pd.	Inh	75 mg		Cayston	02329840	GIL	(SA)		
J01DH	CARBAPENEMS								
J01DH02	MÉROPÉNEM								
Pds.	Inj	500 mg		Meropenem	02378787	SDZ	ACDEFGVW		
				Meropenem for Injection	02493330	STR	ACDEFGVW		
				Taro-Meropenem	02421518	SUN	ACDEFGVW		

J01DH02	MÉROPÉNEM								
Pds.	Inj	1 g		Meropenem for Injection	02378795	SDZ	ACDEFGVW		
				Meropenem for Injection	02493349	STR	ACDEFGVW		
				Taro-Meropenem	02421526	SUN	ACDEFGVW		
J01DH03	ERTAPÉNEM								
Pds.	Inj	1 g		Invanz	02247437	FRS	ACDEFGVW		
J01DH51	IMIPENEM ET INHIBITEURS D'ENZYMES								
Pds.	Inj	250 mg / 250 mg		Taro-Imipenem-Cilastatin	02351692	SUN	ACDEFGVW		
Pds.	Inj	500 mg / 500 mg		Taro-Imipenem-Cilastatin	02351706	SUN	ACDEFGVW		
J01DI	AUTRES CÉPHALOSPORINES ET PÉNEMS								
J01DI54	CEFTOLOZANE AND BETA-LACTAMASE INHIBITOR								
	CEFTOLOZANE / TAZOBACTAM								
Pds.	IV	1 g / 0,5 g		Zerbaxa	02446901	FRS	W (SA)		
J01E	SULFONAMIDES ET TRIMÉTHOPRIME								
J01EA	TRIMÉTHOPRIME ET DÉRIVÉS								
J01EA01	TRIMÉTHOPRIME								
Co.	Orl	100 mg		Trimethoprim	02243116	AAP	ACDEFGV		
Co.	Orl	200 mg		Trimethoprim	02243117	AAP	ACDEFGV		
J01EE	COMBINAISON DE SULFONAMIDES ET DE TRIMÉTHOPRIME, INCLUANT LES DÉRIVÉS								
J01EE01	SULFAMÉTHOXASOLE ET TRIMÉTHOPRIME								
Co.	Orl	100 mg / 20 mg		Sulfatrim	00445266	AAP	ABCDEFGVW		
Co.	Orl	400 mg / 80 mg		Sulfatrim	00445274	AAP	ABCDEFGVW		
				Teva-Trimel	00510637	TEV	ABCDEFGVW		
Co.	Orl	800 mg / 160 mg		Sulfatrim DS	00445282	AAP	ABCDEFGVW		
Susp	Orl	40 mg / 8 mg		Teva-Trimel	00726540	TEV	ABCDEFGVW		
J01F	MACROLIDES, LINCOSAMIDES ET STREPTOGRAMINES								
J01FA	MACROLIDES								
J01FA01	ÉRYTHROMYCINE								
Caps.Ent	Orl	333 mg		Eryc (Disc/non disp Apr 27/24)	00873454	PFI	ACDEFGVW		

J01FA01	ÉRYTHROMYCINE						
Co.	Orl	250 mg	Erythro	00682020	AAP	ACDEFGVW	
J01FA02	SPIRAMYCINE						
Caps	Orl	750 000 IU	Rovamycine 250	01927825	ODN	ACDEFGVW	
Caps	Orl	1 500 000 IU	Rovamycine 500	01927817	ODN	ACDEFGVW	
J01FA09	CLARITHROMYCINE						
Co.	Orl	250 mg	Biaxin BID	01984853	ABB	ACDEFGVW	
			Apo-Clarithromycin	02274744	APX	ACDEFGVW	
			Clarithromycin	02466120	SAS	ACDEFGVW	
			Clarithromycin	02442469	SIV	ACDEFGVW	
			M-Clarithromycin	02471388	MRA	ACDEFGVW	
			pms-Clarithromycin	02247573	PMS	ACDEFGVW	
			Sandoz Clarithromycin	02266539	SDZ	ACDEFGVW	
			Taro-Clarithromycin	02361426	SUN	ACDEFGVW	
Co.	Orl	500 mg	Biaxin BID	02126710	ABB	ACDEFGVW	
			Apo-Clarithromycin	02274752	APX	ACDEFGVW	
			Clarithromycin	02466139	SAS	ACDEFGVW	
			Clarithromycin	02442485	SIV	ACDEFGVW	
			M-Clarithromycin	02471396	MRA	ACDEFGVW	
			pms-Clarithromycin	02247574	PMS	ACDEFGVW	
			Sandoz Clarithromycin	02266547	SDZ	ACDEFGVW	
			Taro-Clarithromycin	02361434	SUN	ACDEFGVW	
Co.L.P.	Orl	500 mg	Act Clarithromycin XL	02403196	TEV	ACDEFGVW	
			Apo-Clarithromycin XL	02413345	APX	ACDEFGVW	
Pds.	Orl	125 mg / 5 mL	Biaxin	02146908	ABB	ACDEFGVW	
			Clarithromycin	02408988	SAS	ACDEFGVW	
			Taro-Clarithromycin	02390442	TAR	ACDEFGVW	
Pds.	Orl	250 mg / 5 mL	Biaxin	02244641	ABB	ACDEFGVW	
			Clarithromycin	02408996	SAS	ACDEFGVW	
			Taro-Clarithromycin	02390450	TAR	ACDEFGVW	
J01FA10	AZITHROMYCINE						

J01FA10 AZITHROMYCINE

Co. Orl 250 mg

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

Co. Orl 600 mg

pms-Azithromycin 02261642 PMS (SA)

Pds. Inj 500 mg

Zithromax 02239952 PFI ACDEFGVW

Pds. Orl 100 mg / 5 mL

Zithromax 02223716 PFI ABCDEFGVW
 Auro-Azithromycin 02482363 ARO ABCDEFGVW
 Sandoz Azithromycin 02332388 SDZ ABCDEFGVW

Pds. Orl 200 mg / 5 mL

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

J01FF LINCOSAMIDES

J01FF01 CLINDAMYCINE

Caps Orl 150 mg

Dalacin C 00030570 PFI ACDEFGVW
 Auro-Clindamycin 02436906 ARO ACDEFGVW
 Clindamycin 02400529 SAS ACDEFGVW
 Jamp-Clindamycin 02483734 JPC ACDEFGVW
 M-Clindamycin 02479923 MRA ACDEFGVW
 Med-Clindamycin 02462656 GMP ACDEFGVW
 NRA-Clindamycin 02493748 NRA ACDEFGVW
 Riva-Clindamycin 02468476 RIV ACDEFGVW
 Teva-Clindamycin 02241709 TEV ACDEFGVW

J01FF01 CLINDAMYCINE

Caps Orl 300 mg

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

Liq Inj 150 mg/mL

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

Pds. Orl 75 mg / 5 mL

Dalacin C	00225851	PFI	ACDEFGVW
-----------	----------	-----	----------

J01G ANTIBACTÉRIENS AMINOGLYCOSIDES**J01GB AUTRES AMINOGLYCOSIDES****J01GB01 TOBRAMYCINE**

Liq Inh 300 mg / 5 mL

Tobi	02239630	BGP	ABCDEFVW
Teva-Tobramycin	02389622	TEV	ABCDEFVW

Liq Inj 40 mg/mL

Tobramycin (PF)	02241210	SDZ	ABCDEFGVW
-----------------	----------	-----	-----------

Pd. Inh 28 mg

Tobi Podhaler	02365154	BGP	(SA)
---------------	----------	-----	------

J01GB03 GENTAMICINE

Liq Inj 40 mg/mL

Gentamicin	02242652	SDZ	ACDEFGVW
------------	----------	-----	----------

J01GB06 AMIKACINE

Liq Inj 250 mg/mL

Amikacin	02242971	SDZ	ACDEFGPVW
----------	----------	-----	-----------

J01M ANTIBACTÉRIENS QUINOLONES**J01MA FLUOROQUINOLONES****J01MA02 CIPROFLOXACINE**

J01MA02 CIPROFLOXACINE

Co.	Orl	250 mg		Act Ciprofloxacin	02247339	TEV	BW (SA)
				Auro-Ciprofloxacin	02381907	ARO	BW (SA)
				Ciprofloxacin	02353318	SAS	BW (SA)
				Ciprofloxacin	02386119	SIV	BW (SA)
				Jamp-Ciprofloxacin	02380358	JPC	BW (SA)
				Mar-Ciprofloxacin	02379686	MAR	BW (SA)
				pms-Ciprofloxacin	02248437	PMS	BW (SA)
				Sandoz Ciprofloxacin	02248756	SDZ	BW (SA)
				Taro-Ciproflox	02303728	SUN	BW (SA)

Co.	Orl	500 mg		Act Ciprofloxacin	02247340	TEV	BW (SA)
				Auro-Ciprofloxacin	02381923	ARO	BW (SA)
				Ciprofloxacin	02353326	SAS	BW (SA)
				Ciprofloxacin	02386127	SIV	BW (SA)
				Jamp-Ciprofloxacin	02380366	JPC	BW (SA)
				Mar-Ciprofloxacin	02379694	MAR	BW (SA)
				NRA-Ciprofloxacin	02492008	NRA	BW (SA)
				pms-Ciprofloxacin	02248438	PMS	BW (SA)
				Sandoz Ciprofloxacin	02248757	SDZ	BW (SA)
				Taro-Ciproflox	02303736	SUN	BW (SA)

Co.	Orl	750 mg		Act Ciprofloxacin	02247341	TEV	BW (SA)
				Jamp-Ciprofloxacin	02380374	JPC	BW (SA)
				Mar-Ciprofloxacin	02379708	MAR	BW (SA)
				pms-Ciprofloxacin	02248439	PMS	BW (SA)
				Sandoz Ciprofloxacin	02248758	SDZ	BW (SA)
				Taro-Ciproflox	02303744	SUN	BW (SA)

Liq	IV	2 mg/mL		Ciprofloxacin Intravenous Infusion BP	02304759	SDZ	ACDEFGVW
-----	----	---------	--	---------------------------------------	----------	-----	----------

Liq	Orl	500 mg / 5 mL		Cipro Oral Suspension	02237514	BAY	W (SA)
-----	-----	---------------	--	-----------------------	----------	-----	--------

J01MA06 NORFLOXACINE

Co.	Orl	400 mg		Norfloxacin	02229524	AAP	ACDEFGVW
-----	-----	--------	--	-------------	----------	-----	----------

J01MA12 LÉVOFLOXACINE

Co.	Orl	250 mg		Act Levofloxacin	02315424	TEV	BVW (SA)
				Apo-Levofloxacin	02284707	APX	BVW (SA)
				Mint-Levofloxacin	02505797	MNT	BVW (SA)
				Sandoz Levofloxacin	02298635	SDZ	BVW (SA)

J01MA12 LÉVOFLOXACINE

Co.	Orl	500 mg	Act Levofloxacin	02315432	TEV	BVW (SA)
			Apo-Levofloxacin	02284715	APX	BVW (SA)
			Mint-Levofloxacin	02505819	MNT	BVW (SA)
			Sandoz Levofloxacin	02298643	SDZ	BVW (SA)
Co.	Orl	750 mg	Apo-Levofloxacin	02325942	APX	BVW (SA)
			Sandoz Levofloxacin	02298651	SDZ	BVW (SA)
Liq	Inh	240 mg / 2,4 mL	Quinsair	02442302	HRZ	(SA)
Liq	Inj	5 mg/mL	Levofloxacin	02314932	PFI	W

J01MA14 MOXIFLOXACINE

Co.	Orl	400 mg	Apo-Moxifloxacin	02404923	APX	BVW (SA)
			Auro-Moxifloxacin	02432242	ARO	BVW (SA)
			Jamp-Moxifloxacin	02443929	JPC	BVW (SA)
			Jamp-Moxifloxacin	02447061	JPC	BVW (SA)
			M-Moxifloxacin	02472791	MRA	BVW (SA)
			Mar-Moxifloxacin	02447053	MAR	BVW (SA)
			Med-Moxifloxacin	02457814	GMP	BVW (SA)
			Moxifloxacin	02520710	SAS	BVW (SA)
			Sandoz Moxifloxacin	02383381	SDZ	BVW (SA)
			Teva-Moxifloxacin	02375702	TEV	BVW (SA)

J01X AUTRES ANTIBACTÉRIENS

J01XA ANTIBACTÉRIENS GLYCOPEPTIDES

J01XA01 VANCOMYCINE

Caps	Orl	125 mg	Vancocin	00800430	SLP	ACDEFGVW
			Jamp-Vancomycin	02407744	JPC	ACDEFGVW
Pds.	Inj	500 mg	Sterile Vancomycin	02230191	PFI	ABCDEFGHIW
			Vancomycin Hydrochloride	02502593	JPC	ABCDEFGHIW
			Vancomycin Hydrochloride USP	02342855	STR	ABCDEFGHIW
			Vancomycin	02394626	SDZ	ABCDEFGHIW
Pds.	Inj	1 g	Jamp-Vancomycin (Disc/non disp Nov 16/23)	02420309	JPC	ABCDEFGHIW
			Vancomycin	02394634	SDZ	ABCDEFGHIW
			Vancomycin	02342863	STR	ABCDEFGHIW
			Vancomycin Hydrochloride	02502607	JPC	ABCDEFGHIW

J01XA01	VANCOMYCINE						
Pds.	Inj	5g	Vancomycin Hydrochloride	02394642	SDZ	ABCDEFGVW	
			Vancomycin Hydrochloride	02405822	STR	ABCDEFGVW	
J01XB	POLYMYXINES						
J01XB01	COLISTIN						
Pds.	IM	150 mg	Coly-Mycin M Parenteral	00476420	ERF	ACDEFGV	
J01XD	DÉRIVÉS DE L'IMIDAZOLE						
J01XD01	MÉTRONIDAZOLE						
Co.	Orl	250 mg	Metronidazole	00545066	AAP	ACDEFGVW	
			Metronidazole	00870420	BAX	ACDEFGVW	
			Metronidazole	00649074	PFI	ACDEFGVW	
J01XE	DÉRIVÉS DU NITROFURANE						
J01XE01	NITROFURANTOÏNE						
Caps	Orl	50 mg	Teva-Nitrofurantoin	02231015	TEV	ACDEFGV	
			pms-Nitrofurantoin	02455676	PMS	ACDEFGV	
Caps	Orl	100 mg	Nitrofurantoin	00319511	AAP	ACDEFGV	
Co.	Orl	50 mg	Nitrofurantoin	00312738	AAP	ACDEFGV	
Co.	Orl	100 mg					
J01XX	AUTRES ANTIBACTÉRIENS						
J01XX01	FOSFOMYCINE						
Pds.	Orl	3 g	Monurol	02240335	PAL	(SA)	
			Jamp-Fosfomycin	02473801	JPC	(SA)	
J01XX05	MÉTHÉNAMINE						
Co.	Orl	500 mg	Mandelamine	00499013	SLP	ACDEFGV	
J01XX08	LINÉZOLIDE						
Co.	Orl	600 mg	Apo-Linezolid	02426552	APX	(SA)	
			Jamp Linezolid	02520354	JPC	(SA)	
			Sandoz Linezolid	02422689	SDZ	(SA)	
J01XX09	DAPTOMYCINE						
Pwd.	IV	500 mg / 10 mL	Cubicin RF	02465493	CBP	W (SA)	
J02	ANTIMYCOTIQUES POUR USAGE SYSTÉMIQUE						

J02A ANTIMYCOTIQUES POUR USAGE SYSTÉMIQUE**J02AA ANTIBIOTIQUES**

J02AA01 AMPHOTÉRICINE B

Pds. Inj 50 mg

AmBisome 02241630 ASL ACDEFGVW

Fungizone 00029149 XPI ACDEFGVW

J02AB DÉRIVÉS DE L'IMIDAZOLE

J02AB02 KÉTOCONAZOLE

Co. Orl 200 mg

Apo-Ketoconazole 02237235 APX ACDEFGVW

Teva-Ketoconazole 02231061 TEV ACDEFGVW

J02AC DÉRIVÉS DE TRIAZOLE

J02AC01 FLUCONAZOLE

Caps Orl 150 mg

Diflucan 02141442 CHC ACDEFGVW

Apo-Fluconazole 02241895 APX ACDEFGVW

Fluconazole-150 02521229 SAS ACDEFGVW

Jamp Fluconazole 02432471 JPC ACDEFGVW

Mar-Fluconazole-150 02428792 MAR ACDEFGVW

Co. Orl 50 mg

Act Fluconazole 02281260 TEV ACDEFGVW

Apo-Fluconazole 02237370 APX ACDEFGVW

Fluconazole 02517396 SAS ACDEFGVW

Mylan-Fluconazole 02245292 MYL ACDEFGVW

Novo-Fluconazole 02236978 TEV ACDEFGVW

pms-Fluconazole 02245643 PMS ACDEFGVW

Co. Orl 100 mg

Act Fluconazole 02281279 TEV ACDEFGVW

Apo-Fluconazole 02237371 APX ACDEFGVW

Fluconazole 02517418 SAS ACDEFGVW

Mylan-Fluconazole 02245293 MYL ACDEFGVW

Novo-Fluconazole 02236979 TEV ACDEFGVW

pms-Fluconazole 02245644 PMS ACDEFGVW

Liq Inj 2 mg/mL

Diflucan 00891835 PFI ACDEFGVW

Pds. Orl 50 mg / 5 mL

Diflucan 02024152 PFI (SA)

J02AC02 ITRACONAZOLE

Caps Orl 100 mg

Sporanox 02047454 JAN ACDEFGV

Mint-Itraconazole 02462559 MNT ACDEFGV

J02AC02 ITRACONAZOLE
 Liq Orl 10 mg/mL
 Sporanox 02231347 JAN (SA)
 Jamp-Itraconazole 02484315 JPC (SA)
 Odan-Itraconazole 02495988 ODN (SA)

J02AC03 VORICONAZOLE
 Co. Orl 50 mg
 Vfend 02256460 PFI (SA)
 Jamp Voriconazole 02525771 JPC (SA)
 Sandoz Voriconazole 02399245 SDZ (SA)
 Teva-Voriconazole 02396866 TEV (SA)

Co. Orl 200 mg
 Vfend 02256479 PFI (SA)
 Jamp Voriconazole 02525798 JPC (SA)
 Sandoz Voriconazole 02399253 SDZ (SA)
 Teva-Voriconazole 02396874 TEV (SA)

Pds. Inj 200 mg
 Voriconazole for Injection 02381966 SDZ ACDEFGV

J02AC05 ISAVUCONAZOLE
 Caps Orl 100 mg
 Cresemba 02483971 AVI (SA)
 Pds. IV 200 mg
 Cresemba 02483998 AVI (SA)

J02AX ANTIMYCOTIQUES POUR USAGE SYSTÉMIQUE

J02AX04 CASPOFUNGIN
 Pws. Inj 50 mg
 Cancidas IV 02244265 FRS ACDEFGVW
 Caspofungin for Injection 02460947 JNO ACDEFGVW

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

J02AX05 MICAFUNGIN
 Pds. IV 50 mg
 Mycamine 02294222 ASL ACDEFGVW
 Pds. IV 100 mg
 Mycamine 02311054 ASL ACDEFGVW

J04 ANTIFONGIQUES BACTÉRIENS

J04A MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

J04AB ANTIBIOTIQUES

J04AB02 RIFAMPICINE
 Caps Orl 150 mg
 Rofact 00393444 BSL ACDEFGPVW

J04AB02	RIFAMPICINE							
Caps	Orl	300 mg		Rofact	00343617	BSL	ACDEFGPVW	
J04AB04	RIFABUTINE							
Caps	Orl	150 mg		Mycobutin	02063786	PFI	P (SA)	
J04AC	HYDRAZIDES							
J04AC01	ISONIAZIDE							
Co.	Orl	100 mg		pdp-Isoniazid	00577790	PMS	P	
Co.	Orl	300 mg		pdp-Isoniazid	00577804	PMS	P	
Sir.	Orl	10 mg/mL		pdp-Isoniazid	00577812	PMS	P	
J04AK	AUTRE MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE							
J04AK01	PYRAZINAMIDE							
Co.	Orl	500 mg		pdp-Pyrazinamide	00618810	PMS	P	
J04AK02	ÉTHAMBUTOL							
Co.	Orl	100 mg		Etibi	00247960	BSL	ACDEFGPV	
Co.	Orl	400 mg		Etibi	00247979	BSL	ACDEFGPV	
J04B	MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DE LA LÈPRE							
J04BA	MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DE LA LEPRE							
J04BA02	DAPSONE							
Co.	Orl	100 mg		Dapsone	02041510	JCB	ACDEFGV	
				Mar-Dapsone	02481227	MAR	ACDEFGV	
				Riva-Dapsone	02489058	RIV	ACDEFGV	
J05	ANTIVIRAUX SYSTÉMIQUES							
J05A	AGENTS AGISSANT DIRECTEMENT SUR LE VIRUS							
J05AB	NUCLÉOSIDES ET NUCLÉOTIDES, À L'EXCLUSION DES INHIBITEURS LA TRANSCRIPTASE INVERSÉE							
J05AB01	ACYCLOVIR							
Co.	Orl	200 mg		Apo-Acyclovir	02207621	APX	ACDEFGV	
				Mint-Acyclovir	02524708	MNT	ACDEFGV	
				Mylan-Acyclovir	02242784	MYL	ACDEFGV	
				Teva-Acyclovir	02285959	TEV	ACDEFGV	

J05AB01	ACYCLOVIR								
Co.	Orl	400 mg				Apo-Acyclovir	02207648	APX	ACDEFGV
						Mint-Acyclovir	02524716	MNT	ACDEFGV
						Mylan-Acyclovir	02242463	MYL	ACDEFGV
						Teva-Acyclovir	02285967	TEV	ACDEFGV
Co.	Orl	800 mg				Apo-Acyclovir	02207656	APX	ACDEFGV
						Mint-Acyclovir	02524724	MNT	ACDEFGV
						Mylan-Acyclovir	02242464	MYL	ACDEFGV
						Teva-Acyclovir	02285975	TEV	ACDEFGV
Liq	Inj	25 mg/mL				Acyclovir Sodium	02236916	PFI	ACDEFGW
Liq	Inj	50 mg/mL				Acyclovir Sodium	02236926	FKB	ACDEFGW
Susp	Orl	200 mg / 5 mL				Zovirax	00886157	GSK	ACDEFGV
J05AB06	GANCICLOVIR								
Pds.	Inj	500 mg				Cytovene	02162695	MCK	ACDEFGV
J05AB09	FAMCICLOVIR								
Co.	Orl	125 mg				Famvir	02229110	NVR	ACDEFGV
						Act Famciclovir	02305682	TEV	ACDEFGV
						Apo-Famciclovir	02292025	APX	ACDEFGV
						pms-Famciclovir	02278081	PMS	ACDEFGV
						Sandoz Famciclovir	02278634	SDZ	ACDEFGV
Co.	Orl	250 mg				Famvir	02229129	NVR	ACDEFGV
						Act Famciclovir	02305690	TEV	ACDEFGV
						Apo-Famciclovir	02292041	APX	ACDEFGV
						pms-Famciclovir	02278103	PMS	ACDEFGV
						Sandoz Famciclovir	02278642	SDZ	ACDEFGV
Co.	Orl	500 mg				Famvir	02177102	NVR	ACDEFGV
						Act Famciclovir	02305704	TEV	ACDEFGV
						Apo-Famciclovir	02292068	APX	ACDEFGV
						Sandoz Famciclovir	02278650	SDZ	ACDEFGV
J05AB11	VALACYCLOVIR								

J05AB11 VALACYCLOVIR

Co. Orl 500 mg

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

Co. Orl 1 000 mg

Valtrex 02246559 GSK ACDEFGV
 Apo-Valacyclovir 02354705 APX ACDEFGV
 Auro-Valacyclovir 02405059 ARO ACDEFGV
 Mylan-Valacyclovir 02351560 MYL ACDEFGV
 pms-Valacyclovir 02381230 PMS ACDEFGV
 Valacyclovir 02519585 SAS ACDEFGV
 Valacyclovir 02442019 SIV ACDEFGV

J05AB14 VALGANCICLOVIR

Co. Orl 450 mg

Valcyte 02245777 XPI ACDEFGV
 Auro-Valganciclovir 02435179 ARO ACDEFGV
 Mint-Valganciclovir 02495457 MNT ACDEFGV
 Teva-Valganciclovir 02413825 TEV ACDEFGV

Pds. Orl 50 mg/mL

Valcyte 02306085 XPI (SA)

J05AE INHIBITEURS DE PROTÉASE

J05AE03 RITONAVIR

Co. Orl 100 mg

Norvir 02357593 ABV ACDEFGUV

J05AE07 FOSAMPRÉNAVIR

Co. Orl 700 mg

Telzir 02261545 VIV ACDEFGUV

Susp Orl 50 mg/mL

Telzir 02261553 VIV ACDEFGUV

J05AE08 ATAZANAVIR

J05AE08	ATAZANAVIR					
Caps	Orl	150 mg	Jamp Atazanavir	02513102	JPC	ACDEFGUV
			Mylan-Atazanavir	02456877	MYL	ACDEFGUV
			Teva-Atazanavir	02443791	TEV	ACDEFGUV
Caps	Orl	200 mg	Reyataz	02248611	BRI	ACDEFGUV
			Jamp Atazanavir	02513110	JPC	ACDEFGUV
			Mylan-Atazanavir	02456885	MYL	ACDEFGUV
			Teva-Atazanavir	02443813	TEV	ACDEFGUV
Caps	Orl	300 mg	Reyataz	02294176	BRI	ACDEFGUV
			Jamp Atazanavir	02513129	JPC	ACDEFGUV
			Mylan-Atazanavir	02456893	MYL	ACDEFGUV
			Teva-Atazanavir	02443821	TEV	ACDEFGUV
J05AE09	TIPRANAVIR					
Caps	Orl	250 mg	Aptivus	02273322	BOE	(SA)
J05AE10	DARUNAVIR					
Co.	Orl	75 mg	Prezista	02338432	JAN	ACDEFGUV
Co.	Orl	150 mg	Prezista	02369753	JAN	ACDEFGUV
Co.	Orl	600 mg	Prezista	02324024	JAN	ACDEFGUV
			Apo-Darunavir	02487241	APX	ACDEFGUV
			Auro-Darunavir	02486121	ARO	ACDEFGUV
			Darunavir	02521342	JPC	ACDEFGUV
			M-Darunavir (Disc/non disp Jun 20/24)	02522284	MRA	ACDEFGUV
Co.	Orl	800 mg	Prezista	02393050	JAN	ACDEFGUV
			Apo-Darunavir	02487268	APX	ACDEFGUV
			Auro-Darunavir	02486148	ARO	ACDEFGUV
			Darunavir	02521350	JPC	ACDEFGUV
			M-Darunavir (Disc/non disp Jul 5/24)	02522292	MRA	ACDEFGUV
J05AF	INHIBITEURS NUCLÉOSIDIQUES ET NUCLÉOTIDIQUES DE LA TRANSCRIPTASE					
J05AF01	ZIDOVUDINE					
Caps	Orl	100 mg	Apo-Zidovudine	01946323	APX	ACDEFGUV
Liq	Inj	10 mg/mL	Retrovir	01902644	VIV	ACDEFGUV
Sir.	Orl	50 mg / 5 mL	Retrovir	01902652	VIV	ACDEFGUV

J05AF05	LAMIVUDINE						
Co.	Orl	100 mg	Apo-Lamivudine HBV	02393239	APX	(SA)	
			Jamp-Lamivudine HBV	02512467	JPC	(SA)	
Co.	Orl	150 mg		3TC	02192683	VIV	ACDEFGUV
			Apo-Lamivudine	02369052	APX		ACDEFGUV
			Jamp Lamivudine	02507110	JPC		ACDEFGUV
Co.	Orl	300 mg		3TC	02247825	VIV	ACDEFGUV
			Apo-Lamivudine	02369060	APX		ACDEFGUV
			Jamp Lamivudine	02507129	JPC		ACDEFGUV
Liq	Orl	10 mg/mL		3TC	02192691	VIV	ACDEFGUV
J05AF06	ABACAVIR						
Co.	Orl	300 mg	Ziagen	02240357	VIV		ACDEFGUV
			Apo-Abacavir	02396769	APX		ACDEFGUV
			Mint-Abacavir	02480956	MNT		ACDEFGUV
Liq	Orl	20 mg/mL	Ziagen	02240358	VIV		ACDEFGUV
J05AF07	TÉNOFOVIR DISOPROXIL						
Co.	Orl	300 mg	Viread	02247128	GIL		ACDEFGUV
			Apo-Tenofovir	02451980	APX		ACDEFGUV
			Auro-Tenofovir	02460173	ARO		ACDEFGUV
			Jamp-Tenofovir	02479087	JPC		ACDEFGUV
			Mint-Tenofovir	02512939	MNT		ACDEFGUV
			Mylan-Tenofovir Disoproxil	02452634	MYL		ACDEFGUV
			Nat-Tenofovir	02472511	NAT		ACDEFGUV
			pms-Tenofovir	02453940	PMS		ACDEFGUV
			Tenofovir	02523922	SIV		ACDEFGUV
			Tenofovir Disoproxil Fumarate	02512327	SAS		ACDEFGUV
			Teva-Tenofovir	02403889	TEV		ACDEFGUV
J05AF10	ENTÉCAVIR						

J05AF10 ENTÉCAVIR

Co. Orl 0,5 mg

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

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

Co. Orl 200 mg

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

J05AG03 ÉFAVIRENZ

Caps Orl 50 mg

Sustiva (Disc/non disp Mar 31/24) 02239886 BRI ACDEFGUV

Caps Orl 200 mg

Sustiva (Disc/non disp Mar 31/24) 02239888 BRI ACDEFGUV

Co. Orl 600 mg

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

J05AG04 ÉTRAVIRINE

Co. Orl 100 mg

Intelence 02306778 JAN (SA)

Co. Orl 200 mg

Intelence 02375931 JAN (SA)

J05AG05 RILPIVIRINE

Co. Orl 25 mg

Eduvant 02370603 JAN ACDEFGUV

J05AG06 DORAVIRINE

Co. Orl 100 mg

Pifeltro 02481545 FRS U (SA)

J05AH INHIBITEURS DE LA NEURAMINIDASE**J05AH01 ZANAMIVIR**

Pd. Inh 5 mg

Relenza 02240863 GSK (SA)

J05AH02 OSELTAMIVIR

J05AH02 OSELTAMIVIR

Caps Orl 30 mg

Tamiflu 02304848 HLR (SA)
 Jamp-Oseltamivir 02497409 JPC (SA)
 Mar-Oseltamivir 02497352 MAR (SA)
 Mint-Oseltamivir 02497441 MNT (SA)
 Nat-Oseltamivir 02472635 NAT (SA)
 Oseltamivir 02504006 STD (SA)

Caps Orl 45 mg

Tamiflu 02304856 HLR (SA)
 Mar-Oseltamivir 02497360 MAR (SA)
 Nat-Oseltamivir 02472643 NAT (SA)
 Oseltamivir 02504014 STD (SA)

Caps Orl 75 mg

Tamiflu 02241472 HLR (SA)
 Jamp-Oseltamivir 02497425 JPC (SA)
 Mar-Oseltamivir 02497379 MAR (SA)
 Mint-Oseltamivir 02497476 MNT (SA)
 Nat-Oseltamivir 02457989 NAT (SA)
 Oseltamivir 02504022 STD (SA)

Pds. Orl 6 mg/mL

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

J05AJ INHIBITEURS INTÉGRÉS**J05AJ01 RALTÉGRAVIR**

Co. Orl 400 mg

Isentress 02301881 FRS ACDEFGUV

J05AJ03 DOLUTÉGRAVIR

Co. Orl 50 mg

Tivicay 02414945 VIV ACDEFGUV

J05AJ04 CABOTEGRAVIR

Co. Orl 30 mg

Vocabria 02497204 VIV U (SA)

J05AP ANTIVIRAUX POUR LE TRAITEMENT DES INFECTIONS AU VIH**J05AP01 RIBAVARINE**

Co. Orl 200 mg

Ibavyr (Disc/non disp Dec 31/23) 02439212 PDP (SA)

J05AP08 SOFOSBUVIR

Co. Orl 400 mg

Sovaldi 02418355 GIL (SA)

J05AP51 SOFOSBUVIR ET LÉDIPASVIR

Co. Orl 400 mg / 90 mg

Harvoni 02432226 GIL (SA)

J05AP55	SOFOSBUVIR ET VELPATASVIR						
Co.	Orl	400 mg / 100 mg		Epclusa	02456370	GIL	(SA)
J05AP56	SOFOSBUVIR, VELPATASVIR ET VOXILAPRÉVIR						
Co.	Orl	400 mg /100 mg / 100mg		Vosevi	02467542	GIL	(SA)
J05AP57	GLÉCAPRÉVIR ET PIBRENTASVIR						
Co.	Orl	100 mg / 40 mg		Maviret	02467550	ABV	(SA)

J05AR ANTIVIRAUX POUR LE TRAITEMENT DES INFECTIONS AU VIH, COMBINAISONS

J05AR01	ZIDOVDINE ET LAMIVUDINE						
Co.	Orl	300 mg / 150 mg		Combivir	02239213	VIV	ACDEFGUV
				Apo-Lamivudine/Zidovudine	02375540	APX	ACDEFGUV
				Auro-Lamivudine/Zidovudine	02414414	ARO	ACDEFGUV
				Jamp-Lamivudine/Zidovudine	02502801	JPC	ACDEFGUV
J05AR02	LAMIVUDINE ET ABACAVIR						
Co.	Orl	300 mg / 600 mg		Kivexa	02269341	VIV	ACDEFGUV
				Apo-Abacavir-Lamivudine	02399539	APX	ACDEFGUV
				Auro-Abacavir/Lamivudine	02454513	ARO	ACDEFGUV
				Jamp Abacavir/Lamivudine	02497654	JPC	ACDEFGUV
				Mylan-Abacarvir/Lamivudine	02450682	MYL	ACDEFGUV
				pms-Abacavir-Lamivudine	02458381	PMS	ACDEFGUV
				Teva-Abacavir/Lamivudine	02416662	TEV	ACDEFGUV
J05AR03	TÉNOFOVIR DISOPROXIL ET EMTRICITABINE						
Co.	Orl	300 mg / 200 mg		Truvada	02274906	GIL	ACDEFGUV
				Apo- Emtricitabine-Tenofovir	02452006	APX	ACDEFGUV
				Auro-Emtricitabine/Tenofovir	02490684	ARO	ACDEFGUV
				Jamp-Emtricitabine-Tenofovir Disoproxil Fumarate	02487012	JPC	ACDEFGUV
				Mint-Emtricitabine/Tenofovir	02521547	MNT	ACDEFGUV
				Mylan-Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil	02443902	MYL	ACDEFGUV
				pms-Emtricitabine-Tenofovir	02461110	PMS	ACDEFGUV
				Teva-Emtricitabine/Tenofovir	02399059	TEV	ACDEFGUV
J05AR04	ZIDOVDINE, LAMIVUDINE ET ABACAVIR						
Co.	Orl	300 mg / 150 mg / 300 mg		Apo-Abacavir-Lamivudine-Zidovudine	02416255	APX	ACDEFGUV
J05AR06	EMTRICITABINE, TÉNOFOVIR DISOPROXIL ET ÉFAVIRENZ						

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

J05AR25	LAMIVUDINE ET DOLUTÉGRAVIR							
Co.	Orl	50 mg / 300 mg			Dovato	02491753	VIV	U (SA)
J05AR99	CABOTEGRAVIR ET RILPIRIVINE							
Susp	IM	600 mg / 2 mL, 900 mg / 3mL			Cabenuva	02497220	VIV	U (SA)
					Cabenuva	02497247	VIV	U (SA)
J05AX	AUTRES ANTIVIRAUX							
J05AX09	MARAVIROC							
Co.	Orl	150 mg			Celsentri	02299844	VIV	(SA)
Co.	Orl	300 mg			Celsentri	02299852	VIV	(SA)
J05AX18	LÉTERMOVIR							
Co.	Orl	240 mg			Prevymis	02469375	FRS	(SA)
Co.	Orl	480 mg			Prevymis	02469383	FRS	(SA)
Liq	IV	240 mg / 12 mL			Prevymis	02469367	FRS	(SA)
Liq	IV	480 mg / 24 mL			Prevymis	02469405	FRS	(SA)
L	ANTINÉOPLASTIQUES ET AGENTS IMMUNOMODULANTS							
L01	AGENTS ANTINÉOPLASIQUES							
L01A	AGENTS ALKYLANTS							
L01AA	ANALOGUES, MOUTARDE AZOTÉE							
L01AA01	CYCLOPHOSPHAMIDE							
Co.	Orl	25 mg			Procytox	02241795	BAX	ACDEFGV
Co.	Orl	50 mg			Procytox	02241796	BAX	ACDEFGV
L01AA02	CHLORAMBUCIL							
Co.	Orl	2 mg			Leukeran	00004626	APN	ACDEFGV
L01AA03	MELPHALAN							
Co.	Orl	2 mg			Alkeran	00004715	APN	ACDEFGV
L01AB	SULFONATES D'ALKYLE							
L01AB01	BUSULFAN							
Co.	Orl	2 mg			Myleran	00004618	APN	ACDEFGV
L01AD	NITROSURÉES							

L01AD02 LOMUSTINE

Caps Orl 10 mg CeeNU 00360430 BRI ACDEFGV

Caps Orl 40 mg CeeNU 00360422 BRI ACDEFGV

L01AX AUTRES AGENTS ALKYLANTS

L01AX03 TÉMOZOLOMIDE

Caps Orl 5 mg Temodal 02241093 FRS ACDEFGV

Jamp Temozolomide 02516799 JPC ACDEFGV

Taro-Temozolomide 02443473 TAR ACDEFGV

Teva-Temozolomide 02441160 TEV ACDEFGV

Caps Orl 20 mg Temodal 02241094 FRS ACDEFGV

Jamp Temozolomide 02516802 JPC ACDEFGV

Taro-Temozolomide 02443481 TAR ACDEFGV

Teva-Temozolomide 02395274 TEV ACDEFGV

Caps Orl 100 mg Temodal 02241095 FRS ACDEFGV

Jamp Temozolomide 02516810 JPC ACDEFGV

Taro-Temozolomide 02443511 TAR ACDEFGV

Teva-Temozolomide 02395282 TEV ACDEFGV

Caps Orl 140 mg Temodal 02312794 FRS ACDEFGV

Jamp Temozolomide 02516829 JPC ACDEFGV

Taro-Temozolomide 02443538 TAR ACDEFGV

Teva-Temozolomide 02395290 TEV ACDEFGV

Caps Orl 250 mg Temodal 02241096 FRS ACDEFGV

Jamp Temozolomide 02516845 JPC ACDEFGV

Taro-Temozolomide 02443554 TAR ACDEFGV

Teva-Temozolomide 02395312 TEV ACDEFGV

L01B ANTIMÉTABOLITES

L01BA ANALOGUES DE L'ACIDE FOLIQUE

L01BA01 MÉTHOTREXATE

Co. Orl 2,5 mg ACH-Methotrexate 02509067 AHI ACDEFGV

Apo-Methotrexate 02182963 APX ACDEFGV

Auro-Methotrexate 02524023 ARO ACDEFGV

pms-Methotrexate 02170698 PMS ACDEFGV

Co. Orl 10 mg Methotrexate 02182750 PFI ACDEFGV

L01BA01	MÉTHOTREXATE					
Liq	IM	7,5 mg / 0,3 mL	Methotrexate Inj BP	02422166	PMS	ACDEFGV
Liq	IM	10 mg / 0,4 mL	Methotrexate Inj BP	02422174	PMS	ACDEFGV
Liq	IM	15 mg / 0,6 mL	Methotrexate Inj BP	02422182	PMS	ACDEFGV
Liq	IM	20 mg / 0,8 mL	Methotrexate Inj BP	02422190	PMS	ACDEFGV
Liq	IM	25 mg/mL	Methotrexate Inj BP	02422204	PMS	ACDEFGV
Liq	Inj	10 mg/mL	Methotrexate Inj USP	02182947	PFI	ACDEFGV
Liq	Inj	25 mg/mL	Methotrexate Inj USP	02182777	PFI	ACDEFGV
			Methotrexate Inj USP (PF)	02182955	PFI	ACDEFGV
			Methotrexate Injection BP	02464365	AHI	ACDEFGV
			Methotrexate Inj USP (PF)	02099705	TEV	ACDEFGV
Liq	SC	10 mg / 0,2 mL	Metोजect Subcutaneous	02454831	MDX	ACDEFGV
Liq	SC	12,5 mg / 0,25 mL	Metोजect Subcutaneous	02454750	MDX	ACDEFGV
Liq	SC	15 mg / 0,3 mL	Metोजect Subcutaneous	02454858	MDX	ACDEFGV
			Methotrexate Subcutaneous	02491311	AHI	ACDEFGV
Liq	SC	17,5 mg / 0,35 mL	Metोजect Subcutaneous	02454769	MDX	ACDEFGV
			Methotrexate Subcutaneous	02491338	AHI	ACDEFGV
Liq	SC	20 mg / 0,4 mL	Metोजect Subcutaneous	02454866	MDX	ACDEFGV
			Methotrexate Subcutaneous	02491346	AHI	ACDEFGV
Liq	SC	22,5 mg / 0,45 mL	Metोजect Subcutaneous	02454777	MDX	ACDEFGV
			Methotrexate Subcutaneous	02491354	AHI	ACDEFGV
Liq	SC	25 mg / 0,5 mL	Metोजect Subcutaneous	02454874	MDX	ACDEFGV
			Methotrexate Subcutaneous	02491362	AHI	ACDEFGV

L01BB ANALOGUES PURINE

L01BB02	MERCAPTOPURINE					
Co.	Orl	50 mg	Purinethol	00004723	TEV	ACDEFGV
			Mercaptopurine	02415275	STR	ACDEFGV

L01BB03 TIIOGUANINE

L01BB03 TIOGUANINE
Co. Orl 40 mg Lanvis 00282081 APN ACDEFGV

L01BB05 FLUDARABINE
Co. Orl 10 mg Fludara 02246226 SAV (SA)

L01BC ANALOGUES PYRIMIDIQUES

L01BC02 FLUOROURACILE
Cr. Top 5% Efudex 00330582 BSL ACDEFGV

L01BC06 CAPÉCITABINE
Co. Orl 150 mg
Xeloda (Disc/non disp Dec 7/23) 02238453 XPI ACDEFGV
Ach-Capecitabine 02426757 AHI ACDEFGV
Capecitabine 02519879 JPC ACDEFGV
Capecitabine 02514982 SAS ACDEFGV
Sandoz Capecitabine 02421917 SDZ ACDEFGV
Taro-Capecitabine 02457490 TAR ACDEFGV

Co. Orl 500 mg
Xeloda (Disc/non disp Dec 7/23) 02238454 XPI ACDEFGV
Ach-Capecitabine 02426765 AHI ACDEFGV
Capecitabine 02519887 JPC ACDEFGV
Capecitabine 02514990 SAS ACDEFGV
Mint-Capecitabine 02508028 MNT ACDEFGV
Sandoz Capecitabine 02421925 SDZ ACDEFGV
Taro-Capecitabine 02457504 TAR ACDEFGV

L01BC07 AZACITIDINE
Co. Orl 200 mg Onureg 02510197 CEL (SA)

Co. Orl 300 mg Onureg 02510200 CEL (SA)

L01BC08 DECITABINE
DECITABINE / CEDAZURIDINE
Co. Orl 35 mg / 100 mg Inqovi 02501600 OTS (SA)

L01BC52 FLUOROURACILE, EN COMBINAISON
FLUOROURACILE / ACIDE SALICYLIQUE
Liq Top 0,5% / 10% Actikerall 02428946 CIP ACDEFGV

L01BC59 TRIFLURIDINE, EN COMBINAISON
TRIFLURIDINE / TIPIRACIL
Co. Orl 15 mg / 6,14 mg Lonsurf 02472104 TAI (SA)

L01BC59 TRIFLURIDINE, EN COMBINAISON
TRIFLURIDINE / TIPIRACIL

Co. Orl 20 mg / 8,19 mg

Lonsurf 02472112 TAI (SA)

L01C ALCALOIDES DE PLANTES ET AUTRES PRODUITS NATURELS

L01CB DÉRIVÉS DE LA PODOPHYLLOTOXINE

L01CB01 ÉTOPOSIDE

Caps Orl 50 mg

Vepesid 00616192 XPI ACDEFGV

L01E INHIBITEURS DE PROTÉINE KINASE

L01EA INHIBITEURS DE TYROSINE KINASE BCR-ABL

L01EA01 IMATINIB

Co. Orl 100 mg

Gleevec 02253275 NVR ACDEFGV

ACH-Imatinib 02490986 AHI ACDEFGV

Apo-Imatinib 02355337 APX ACDEFGV

Imatinib 02504596 SAS ACDEFGV

Jamp Imatinib 02495066 JPC ACDEFGV

Mint-Imatinib 02492334 MNT ACDEFGV

Nat-Imatinib 02397285 NAT ACDEFGV

pms-Imatinib 02431114 PMS ACDEFGV

Teva-Imatinib 02399806 TEV ACDEFGV

Co. Orl 400 mg

Gleevec 02253283 NVR ACDEFGV

ACH-Imatinib 02490994 AHI ACDEFGV

Apo-Imatinib 02355345 APX ACDEFGV

Imatinib 02504618 SAS ACDEFGV

Jamp Imatinib 02495074 JPC ACDEFGV

Mint-Imatinib 02492342 MNT ACDEFGV

Nat-Imatinib 02397293 NAT ACDEFGV

pms-Imatinib 02431122 PMS ACDEFGV

Teva-Imatinib 02399814 TEV ACDEFGV

L01EA02 DASATINIB

Co. Orl 20 mg

Sprycel 02293129 BRI (SA)

Apo-Dasatinib 02470705 APX (SA)

Reddy-Dasatinib 02514737 RCH (SA)

Taro-Dasatinib 02499282 TAR (SA)

Teva-Dasatinib 02478307 TEV (SA)

L01EA02	DASATINIB					
Co.	Orl	50 mg		Sprycel	02293137	BRI (SA)
				Apo-Dasatinib	02470713	APX (SA)
				Reddy-Dasatinib	02514745	RCH (SA)
				Taro-Dasatinib	02499304	TAR (SA)
				Teva-Dasatinib	02478315	TEV (SA)
Co.	Orl	70 mg		Sprycel	02293145	BRI (SA)
				Apo-Dasatinib	02481499	APX (SA)
				Reddy-Dasatinib	02514753	RCH (SA)
				Taro-Dasatinib	02499312	TAR (SA)
				Teva-Dasatinib	02478323	TEV (SA)
Co.	Orl	80 mg		Sprycel	02360810	BRI (SA)
				Apo-Dasatinib	02481502	APX (SA)
				Reddy-Dasatinib	02514761	RCH (SA)
				Taro-Dasatinib	02499320	TAR (SA)
				Teva-Dasatinib	02478331	TEV (SA)
Co.	Orl	100 mg		Sprycel	02320193	BRI (SA)
				Apo-Dasatinib	02470721	APX (SA)
				Reddy-Dasatinib	02514788	RCH (SA)
				Taro-Dasatinib	02499339	TAR (SA)
				Teva-Dasatinib	02478358	TEV (SA)
Co.	Orl	140 mg		Sprycel	02360829	BRI (SA)
				Reddy-Dasatinib	02514796	RCH (SA)
				Taro-Dasatinib	02499347	TAR (SA)
L01EA03	NILETINIB					
Caps	Orl	150 mg		Tasigna	02368250	NVR (SA)
Caps	Orl	200 mg		Tasigna	02315874	NVR (SA)
L01EA04	BOSUTINIB					
Co.	Orl	100 mg		Bosulif	02419149	PFI (SA)
Co.	Orl	500 mg		Bosulif	02419157	PFI (SA)
L01EA05	PONATINIB					
Co.	Orl	15 mg		Iclusig	02437333	TAK (SA)

L01EA05	PONATINIB							
Co.	Orl	45 mg		Iclusig	02437341	TAK	(SA)	
L01EA06	ASCIMINIB							
Co.	Orl	20 mg		Scemblix	02528320	NVR	(SA)	
Co.	Orl	40 mg		Scemblix	02528339	NVR	(SA)	
L01EB	INHIBITEURS DE TYROSINE KINASE DU RÉCEPTEUR DU FACTEUR DE CROISSANCE ÉPIDERMIQUE (EGFR)							
L01EB02	ERLOTINIB							
Co.	Orl	25 mg		Tarceva	02269007	HLR	ACDEFGV	
				Apo-Erlotinib	02461862	APX	ACDEFGV	
				Nat-Erlotinib	02483912	NAT	ACDEFGV	
				Teva-Erlotinib	02377691	TEV	ACDEFGV	
Co.	Orl	100 mg		Tarceva	02269015	HLR	ACDEFGV	
				Apo-Erlotinib	02461870	APX	ACDEFGV	
				Nat-Erlotinib	02483920	NAT	ACDEFGV	
				Teva-Erlotinib	02377705	TEV	ACDEFGV	
Co.	Orl	150 mg		Tarceva	02269023	HLR	ACDEFGV	
				Apo-Erlotinib	02461889	APX	ACDEFGV	
				Nat-Erlotinib	02483939	NAT	ACDEFGV	
				Teva-Erlotinib	02377713	TEV	ACDEFGV	
L01EB03	AFATINIB							
Co.	Orl	20 mg		Giotrif	02415666	BOE	(SA)	
Co.	Orl	30 mg		Giotrif	02415674	BOE	(SA)	
Co.	Orl	40 mg		Giotrif	02415682	BOE	(SA)	
L01EB04	OSIMERTINIB							
Co.	Orl	40 mg		Tagrisso	02456214	AZE	(SA)	
Co.	Orl	80 mg		Tagrisso	02456222	AZE	(SA)	
L01EC	INHIBITEURS DE THRÉONINE KINASE DE LA B-RAF SÉRINE							
L01EC01	VÉMURAFENIB							
Co.	Orl	240 mg		Zelboraf	02380242	HLR	(SA)	
L01EC02	DABRAFÉNIB							

L01EC02	DABRAFÉNIB							
	Caps	Orl	50 mg			Tafinlar	02409607	NVR (SA)
	Caps	Orl	75 mg			Tafinlar	02409615	NVR (SA)
L01EC03	ENCORAFENIB							
	Caps	Orl	75 mg			Braftovi	02513099	PFI (SA)
L01ED	INHIBITEURS DE KINASE DU LYMPHOME ANAPLASIQUE (ALK)							
L01ED01	CRIZOTINIB							
	Caps	Orl	200 mg			Xalkori	02384256	PFI (SA)
	Caps	Orl	250 mg			Xalkori	02384264	PFI (SA)
L01ED02	CERITINIB							
	Caps	Orl	150 mg			Zykadia	02436779	NVR (SA)
L01ED03	ALECTINIB							
	Caps	Orl	150 mg			Alecensaro	02458136	HLR (SA)
L01ED04	BRIGATINIB							
	Co.	Orl	30 mg			Alunbrig	02479206	TAK (SA)
	Co.	Orl	90 mg			Alunbrig	02479214	TAK (SA)
						Alunbrig (initiation pack)	02479230	TAK (SA)
	Co.	Orl	180 mg			Alunbrig	02479222	TAK (SA)
L01EE	INHIBITEURS DE PROTÉINE KINASE ACTIVÉE PAR LES MITOGÈNES (MEK)							
L01EE01	TRAMÉTINIB							
	Co.	Orl	0,5 mg			Mekinist	02409623	NVR (SA)
	Co.	Orl	2 mg			Mekinist	02409658	NVR (SA)
L01EE02	COBIMÉTINIB							
	Co.	Orl	20 mg			Cotellic	02452340	HLR (SA)
L01EE03	BINIMETINIB							
	Co.	Orl	15 mg			Mektovi	02513080	PFI (SA)
L01EF	INHIBITEURS DE KINASE DÉPENDANTE DES CYCLINES (CDK)							
L01EF01	PALBOCICLIB							
	Caps	Orl	75 mg			Ibrance	02453150	PFI (SA)

L01EF01	PALBOCICLIB					
Caps	Orl	100 mg	Ibrance	02453169	PFI	(SA)
Caps	Orl	125 mg	Ibrance	02453177	PFI	(SA)
Co.	Orl	75 mg	Ibrance	02493535	PFI	(SA)
Co.	Orl	100 mg	Ibrance	02493543	PFI	(SA)
Co.	Orl	125 mg	Ibrance	02493551	PFI	(SA)
L01EF02	RIBOCICLIB					
Co.	Orl	200 mg	Kisqali	02473569	NVR	(SA)

L01EG INHIBITEURS DE LA CIBLE MAMMALIENNE DE RAPAMYCINE (MTOR)

L01EG02	ÉVÉROLIMUS					
Co.	Orl	2,5 mg	Afinitor	02369257	NVR	(SA)
			Nat-Everolimus	02530090	NAT	(SA)
			pms-Everolimus	02504677	PMS	(SA)
			Sandoz Everolimus	02492911	SDZ	(SA)
			Teva-Everolimus	02463229	TEV	(SA)
Co.	Orl	5 mg	Afinitor	02339501	NVR	(SA)
			Nat-Everolimus	02530104	NAT	(SA)
			pms-Everolimus	02504685	PMS	(SA)
			Sandoz Everolimus	02492938	SDZ	(SA)
			Teva-Everolimus	02463237	TEV	(SA)
Co.	Orl	10 mg	Afinitor	02339528	NVR	(SA)
			Nat-Everolimus	02530120	NAT	(SA)
			pms-Everolimus	02504693	PMS	(SA)
			Sandoz Everolimus	02492946	SDZ	(SA)
			Teva-Everolimus	02463253	TEV	(SA)

L01EH INHIBITEURS DE TYROSINE KINASE DU RÉCEPTEUR 2 DU FACTEUR DE CROISSANCE ÉPIDERMIQUE HUMAIN (HER2)

L01EH01	LAPATINIB					
Co.	Orl	250 mg	Tykerb	02326442	NVR	(SA)
L01EH03	TUCATINIB					
Co.	Orl	50 mg	Tukysa	02499827	SGC	(SA)
Co.	Orl	150 mg	Tukysa	02499835	SGC	(SA)

L01EJ INHIBITEURS DE JANUS KINASES (JAK)

L01EJ01 RUXOLITINIB

Co. Orl 5 mg Jakavi 02388006 NVR (SA)

Co. Orl 10 mg Jakavi 02434814 NVR (SA)

Co. Orl 15 mg Jakavi 02388014 NVR (SA)

Co. Orl 20 mg Jakavi 02388022 NVR (SA)

L01EJ02 FEDRATINIB

Co. Orl 100 mg Inrebic 02502445 CEL (SA)

L01EK INHIBITEURS DE LA TYROSINE KINASE DU RÉCEPTEUR DU FACTEUR DE CROISSANCE DE L'ENDOTHÉLIUM VASCULAIRE (VEGFR)

L01EK01 AXITINIB

Co. Orl 1 mg Inlyta 02389630 PFI (SA)

Co. Orl 5 mg Inlyta 02389649 PFI (SA)

L01EL INHIBITEURS DE LA TYROSINE KINASE DE BRUTON (BTK)

L01EL01 IBRUTINIB

Caps Orl 140 mg Imbruvica 02434407 JAN (SA)

L01EL02 ACALABRUTINIB

Caps Orl 100 mg Calquence 02491788 AZE (SA)

L01EL03 ZANUBRUTINIB

Caps Orl 80 mg Brukinsa 02512963 BGN (SA)

L01EM INHIBITEURS DE PHOSPHOINOSITIDE 3-KINASE (PI3K)

L01EM01 IDÉLALISIB

Co. Orl 100 mg Zydelig 02438798 GIL (SA)

Co. Orl 150 mg Zydelig 02438801 GIL (SA)

L01EX AUTRES INHIBITEURS DE PROTÉINE KINASE

L01EX01 SUNITINIB

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

Sandoz Sunitinib 02532840 SDZ (SA)

Taro-Sunitinib 02524058 TAR (SA)

L01EX01	SUNITINIB							
Caps	Orl	25 mg				Sutent	02280809	PFI (SA)
						Sandoz Sunitinib	02532867	SDZ (SA)
						Taro-Sunitinib	02524066	TAR (SA)
Caps	Orl	50 mg				Sutent	02280817	PFI (SA)
						Sandoz Sunitinib	02532883	SDZ (SA)
						Taro-Sunitinib	02524082	TAR (SA)
L01EX02	SORAFENIB							
Co.	Orl	200 mg				Nexavar	02284227	BAY (SA)
L01EX03	PAZOPANIB							
Co.	Orl	200 mg				Votrient	02352303	NVR (SA)
						pms-Pazopanib	02525666	PMS (SA)
L01EX04	VANDÉTANIB							
Co.	Orl	100 mg				Caprelsa	02378582	GZM (SA)
Co.	Orl	300 mg				Caprelsa	02378590	GZM (SA)
L01EX05	RÉGORAFENIB							
Co.	Orl	40 mg				Stivarga	02403390	BAY (SA)
L01EX07	CABOZANTINIB							
Co.	Orl	20 mg				Cabometyx	02480824	IPS (SA)
Co.	Orl	40 mg				Cabometyx	02480832	IPS (SA)
Co.	Orl	60 mg				Cabometyx	02480840	IPS (SA)
L01EX08	LENVATINIB							
Caps	Orl	4 mg/dose				Lenvima	02484056	EIS (SA)
Caps	Orl	8 mg/dose				Lenvima	02468220	EIS (SA)
Caps	Orl	10 mg/dose				Lenvima	02450321	EIS (SA)
Caps	Orl	12 mg/dose				Lenvima	02484129	EIS (SA)
Caps	Orl	14 mg/dose				Lenvima	02450313	EIS (SA)
Caps	Orl	20 mg/dose				Lenvima	02450305	EIS (SA)

L01EX08	LENVATINIB								
	Caps	Orl	24 mg/dose			Lenvima	02450291	EIS	(SA)
L01EX09	NINTÉDANIB								
	Caps	Orl	100 mg			Ofev	02443066	BOE	(SA)
	Caps	Orl	150 mg			Ofev	02443074	BOE	(SA)
L01EX10	MIDOSTAURIN								
	Caps	Orl	25 mg			Rydapt	02466236	NVR	(SA)
L01EX12	LAROTRECTINIB								
	Caps	Orl	MIDOSTAURIN 25 mg			Vitakvi	02490315	BAY	(SA)
	Caps	Orl	100 mg			Vitakvi	02490323	BAY	(SA)
	Liq	Orl	20 mg/mL			Vitakvi	02490331	BAY	(SA)
L01F	ANTICORPS MONOCLONAUX ET CONJUGUÉS ANTICORPS-MÉDICAMENTS								
L01FA	INHIBITEURS DE CD20 (MARQUEURS DE DIFFÉRENCIATION 20)								
L01FA01	RITUXIMAB								
	Liq	IV	10 mg/mL			Riximyo	02498316	SDZ	(SA)
						Ruxience	02495724	PFI	(SA)
						Truxima (10 mL)	02478382	TMP	(SA)
						Truxima (50 mL)	02478390	TMP	(SA)
L01X	AUTRES AGENTS ANTINÉOPLASIQUES								
L01XB	MÉTHYLHYDRAZINES								
L01XB01	PROCARBAZINE								
	Caps	Orl	50 mg			Matulane	00012750	LDN	ACDEFGV
L01XE	INHIBITEURS DE PROTÉINE KINASE								
L01XE54	GILTERITINIB								
	Co.	Orl	40 mg			Xospata	02495058	ASL	(SA)
L01XE56	ENTRECTINIB								
	Caps	Orl	100 mg			Rozlytrek	02495007	HLR	(SA)
	Caps	Orl	200 mg			Rozlytrek	02495015	HLR	(SA)
L01XF	RÉTINOÏDES POUR LE TRAITEMENT DU CANCER								
L01XF01	TRÉTINOÏNE								

L01XF01	TRÉTINOÏNE						
Caps	Orl	10 mg				Vesanoid 02145839	XPI ACDEFGV
						Jamp Tretinoin 02520036	JPC ACDEFGV
L01XJ	INHIBITEURS DE LA VOIE HEDGEHOG						
L01XJ01	VISMODEGIB						
Caps	Orl	150 mg				Erivedge 02409267	HLR (SA)
L01XK	INHIBITEURS DE LA POLY(ADP-RIBOSE) POLYMÉRISE (PARP)						
L01XK01	OLAPARIB						
Co.	Orl	100 mg				Lynparza 02475200	AZE (SA)
Co.	Orl	150 mg				Lynparza 02475219	AZE (SA)
L01XK02	NIRAPARIB						
Caps	Orl	100 mg				Zejula 02489783	GSK (SA)
L01XX	AUTRES AGENTS ANTINÉOPLASIQUES						
L01XX05	HYDROXYCARBAMIDE (HYDROXYURÉE)						
Caps	Orl	500 mg				Hydrea 00465283	XPI ACDEFGV
						Apo-Hydroxyurea 02247937	APX ACDEFGV
						Mylan-Hydroxyurea 02242920	MYL ACDEFGV
L01XX35	ANAGRÉLIDE						
Caps	Orl	0,5 mg				Agrylin 02236859	TAK ACDEFGV
						pms-Anagrelide 02274949	PMS ACDEFGV
L01XX52	VÉNÉTOCLAX						
Co.	Orl	10 mg				Venclexta 02458039	ABV (SA)
Co.	Orl	50 mg				Venclexta 02458047	ABV (SA)
Co.	Orl	100 mg				Venclexta 02458055	ABV (SA)
Tro	Orl	10 mg, 50 mg, 100 mg				Venclexta Starter Kit 02458063	ABV (SA)
L02	TRAITEMENT ENDOCRINIEN						
L02A	HORMONES ET AGENTS APPARENTÉS						
L02AB	PROGESTOGÈNES						
L02AB01	MÉGESTROL						
Co.	Orl	40 mg				Megestrol 02195917	AAP ACDEFGVW

L02AB01 MÉGESTROL

Co. Orl 160 mg

Megestrol 02195925 AAP ACDEFGVW

L02AE ANALOGUES DE L'HORMONE LIBÉRANT DE LA GONADOTROPHINE

L02AE01 BUSÉRÉLINE

Imp Inj 6,3 mg

Suprefact Depot 02228955 XPI ACDEFV

Imp Inj 9,45 mg

Suprefact Depot 02240749 XPI ACDEFV

L02AE02 LEUPRORÉLINE (LEUPROLIDE)

Pds. Inj 3,75 mg

Lupron Depot 00884502 ABV ACDEFGV

Zeulide Depot 02429977 VRT ACDEFV

Pds. Inj 7,5 mg

Lupron Depot 00836273 ABV ACDEFGV

Pds. Inj 11,25 mg

Lupron Depot 02239834 ABV ACDEFGV

Pds. Inj 22,5 mg

Lupron Depot 02230248 ABV ACDEFGV

Zeulide Depot 02462699 VRT ACDEFV

Pds. Inj 30 mg

Lupron Depot 02239833 ABV ACDEFGV

Susp Inj 7,5 mg

Eligard 02248239 TOL ACDEFV

Susp Inj 22,5 mg

Eligard 02248240 TOL ACDEFV

Susp Inj 30 mg

Eligard 02248999 TOL ACDEFV

Susp Inj 45 mg

Eligard 02268892 TOL ACDEFV

L02AE03 GOSÉRÉLINE

Imp Inj 3,6 mg

Zoladex 02049325 AZE ACDEFV

Imp Inj 10,8 mg

Zoladex LA 02225905 AZE ACDEFV

L02AE04 TRIPTORÉLINE

Pds. Inj 3,75 mg

Trelstar 02240000 KNI ACDEFV

Pds. Inj 11,25 mg

Trelstar 02243856 KNI ACDEFV

Pds. Inj 22,5 mg

Trelstar 02412322 KNI ACDEFV

L02B ANTAGONISTES D'HORMONES ET AGENTS CONNEXES

L02BA ANTI-OESTROGÈNES

L02BA01 TAMOXIFÈNE

Co. Orl 10 mg

Apo-Tamox 00812404 APX ACDEFGV

Teva-Tamoxifen 00851965 TEV ACDEFGV

Co. Orl 20 mg

Nolvadex-d (Disc/non disp Mar 22/24) 02048485 AZE ACDEFGV

Apo-Tamox 00812390 APX ACDEFGV

Teva-Tamoxifen 00851973 TEV ACDEFGV

L02BA03 FULVESTRANT

Liq IM 50 mg/mL

Fulvestrant Injection 02483610 SDZ ACDEFGV

Teva-Fulvestrant 02460130 TEV ACDEFGV

L02BB ANTI-ANDROGÈNES

L02BB01 FLUTAMIDE

Co. Orl 250 mg

Flutamide 02238560 AAP ACDEFV

L02BB02 NILUTAMIDE

Co. Orl 50 mg

Anandron 02221861 XPI ACDEFV

L02BB03 BICALUTAMIDE

Co. Orl 50 mg

Casodex 02184478 AZE ACDEFV

Apo-Bicalutamide 02296063 APX ACDEFV

Bicalutamide 02325985 AHI ACDEFV

Bicalutamide 02519178 SAS ACDEFV

Jamp-Bicalutamide 02357216 JPC ACDEFV

pms-Bicalutamide 02275589 PMS ACDEFV

Teva-Bicalutamide 02270226 TEV ACDEFV

L02BB04 ENZALUTAMIDE

Caps Orl 40 mg

Xtandi 02407329 ASL (SA)

L02BB05 APALUTAMIDE

Co. Orl 60 mg

Erleada 02478374 JAN (SA)

L02BB06 DAROLUTAMIDE

Co. Orl 300 mg

Nubeqa 02496348 BAY (SA)

L02BG INHIBITEURS AROMATASES

L02BG03 ANASTROZOLE

L02BG03 ANASTROZOLE

Co. Orl 1 mg

Arimidex	02224135	AZE	ACDEFV
Act Anastrozole	02394898	TEV	ACDEFV
Anastrozole	02351218	AHI	ACDEFV
Anastrozole	02442736	SAS	ACDEFV
Anastrozole	02529904	SIV	ACDEFV
Apo-Anastrozole	02374420	APX	ACDEFV
CCP-Anastrozole	02458799	CCM	ACDEFV
Jamp-Anastrozole	02339080	JPC	ACDEFV
Mar-Anastrozole	02379562	MAR	ACDEFV
Mint-Anastrozole	02393573	MNT	ACDEFV
Nat-Anastrozole	02417855	NAT	ACDEFV
pms-Anastrozole	02320738	PMS	ACDEFV
Riva-Anastrozole	02392259	RIV	ACDEFV
Sandoz Anastrozole	02338467	SDZ	ACDEFV
Taro-Anastrozole	02365650	TAR	ACDEFV

L02BG04 LÉTROZOLE

Co. Orl 2,5 mg

Femara	02231384	NVR	ACDEFV
Apo-Letrozole	02358514	APX	ACDEFV
CCP-Letrozole	02459884	CCM	ACDEFV
Jamp-Letrozole	02373009	JPC	ACDEFV
Letrozole	02504472	SAS	ACDEFV
Letrozole	02524244	SIV	ACDEFV
Letrozole tablets usp	02338459	AHI	ACDEFV
Mar-Letrozole	02373424	MAR	ACDEFV
Med-Letrozole	02322315	GMP	ACDEFV
Mint-Letrozole	02508109	MNT	ACDEFV
Nat-Letrozole	02421585	NAT	ACDEFV
pms-Letrozole	02309114	PMS	ACDEFV
Riva-Letrozole	02398656	RIV	ACDEFV
Sandoz Letrozole	02344815	SDZ	ACDEFV
Teva-Letrozole	02343657	TEV	ACDEFV
Zinda-Letrozole	02378213	MCK	ACDEFV

L02BG06 EXÉMESTANE

Co. Orl 25 mg

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

L02BX AUTRES ANTAGONISTES D'HORMONES ET AGENTS CONNEXES

L02BX02 DEGARELIX

Pds. Inj 80 mg/vial

Firmagon 02337029 FEI ACDEFV

Pds. Inj 120 mg/vial

Firmagon 02337037 FEI ACDEFV

L02BX03 ABIRATÉRONNE

Co. Orl 250 mg

Zytiga 02371065 JAN (SA)

Apo-Abiraterone 02491397 APX (SA)

Jamp Abiraterone 02502305 JPC (SA)

Mar-Abiraterone 02503980 MAR (SA)

Nat-Abiraterone 02494132 NAT (SA)

pms-Abiraterone 02492601 PMS (SA)

Reddy-Abiraterone 02477114 RCH (SA)

Sandoz Abiraterone 02486393 SDZ (SA)

Co. Orl 500 mg

Zytiga 02457113 JAN (SA)

Abiraterone 02525380 JPC (SA)

Apo-Abiraterone 02491400 APX (SA)

Jamp Abiraterone 02529629 JPC (SA)

Mar-Abiraterone 02503999 MAR (SA)

pms-Abiraterone 02501503 PMS (SA)

Reddy-Abiraterone 02533251 RCH (SA)

Sandoz Abiraterone 02521644 SDZ (SA)

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

L03AA02 FILGRASTIM

Liq SC 300 mcg / 0,5 mL

Grastofil 02441489 APO (SA)

Nivestym (prefilled syringe) 02485575 PFI (SA)

Liq SC 300 mcg/mL

Nivestym 02485591 PFI (SA)

Liq SC 480 mcg / 0,8 mL

Grastofil 02454548 APO (SA)

Nivestym (prefilled syringe) 02485583 PFI (SA)

Liq SC 480 mcg / 1,6 mL

Nivestym 02485656 PFI (SA)

L03AA13 PEGFILGRASTIM

L03AA13 PEGFILGRASTIM

Liq SC 6 mg / 0,6 mL

Fulphila 02484153 BGP (SA)

Lapelga 02474565 APO (SA)

Nyvepria 02506238 PFI (SA)

Ziextenzo 02497395 SDZ (SA)

L03AB INTERFÉRONS

L03AB07 INTERFÉRON BÊTA-1A

Liq Inj 22 mcg / 0,5 mL

Rebif 02237319 EMD (SA)

Liq Inj 30 mcg / 0,5 mL

Avonex PS 02269201 BIG (SA)

Liq Inj 44 mcg / 0,5 mL

Rebif 02237320 EMD (SA)

Liq Inj 66 mcg / 1,5 mL

Rebif Cartridge 02318253 EMD (SA)

Liq Inj 132 mcg / 1,5 mL

Rebif Cartridge 02318261 EMD (SA)

L03AB08 INTERFÉRON BÊTA-1B

Pds. SC 0,3 mg

Betaseron 02169649 BAY (SA)

L03AB11 PEGINTERFÉRON ALFA-2A

PEGINTERFÉRON ALFA-2A

Liq SC 180 mcg / 0,5 mL

Pegasys 02248077 ARN ACDEFGV

L03AB13 PEGINTERFÉRON BÊTA-1A

Liq SC 125 mcg / 0,5 mL

Plegridy 02444399 BIG (SA)

Tro SC 63 mcg / 0,5 mL,
94 mcg / 0,5 mL

Plegridy (starter pack) 02444402 BIG (SA)

L03AX AUTRES IMMUNOSTIMULANTS

L03AX13 ACÉTATE DE GLATIRAMÈRE

Liq Inj 20 mg/mL

Glatect 02460661 PMS ACDEFGV

L03AX16 PLÉRIXAFOR

Liq Inj 24 mg / 1,2 mL

Mozobil 02377225 SAV (SA)

L04 AGENTS IMMUNOSUPPRESSEURS

L04A AGENTS IMMUNOSUPPRESSEURS

L04AA IMMUNOSUPPRESSEURS SÉLECTIFS

L04AA06 ACIDE MYCOPHÉNOLIQUE

L04AA06 ACIDE MYCOPHÉNOLIQUE

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

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

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

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

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

L04AA10 SIROLIMUS

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

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

L04AA13 LÉFLUNOMIDE

Co.	Orl	10 mg	Arava	02241888	SAV	ACDEFGRV
			Apo-Leflunomide	02256495	APX	ACDEFGRV
			Leflunomide	02351668	SAS	ACDEFGRV
			Novo-Leflunomide	02261251	TEV	ACDEFGRV
			pms-Leflunomide	02288265	PMS	ACDEFGRV
			Sandoz Leflunomide	02283964	SDZ	ACDEFGRV

L04AA13	LÉFLUNOMIDE						
Co.	Orl	20 mg			Arava	02241889	SAV ACDEFGV
					Apo-Leflunomide	02256509	APX ACDEFGV
					Leflunomide	02351676	SAS ACDEFGV
					Novo-Leflunomide	02261278	TEV ACDEFGV
					pms-Leflunomide	02288273	PMS ACDEFGV
					Sandoz Leflunomide	02283972	SDZ ACDEFGV
L04AA23	NATALIZUMAB						
Liq	IV	300 mg / 15 mL			Tysabri	02286386	BIG (SA)
L04AA24	ABATACEPT						
Liq	SC	125 mg/mL			Orencia	02402475	BRI (SA)
Pds.	IV	250 mg / 15 mL			Orencia	02282097	BRI (SA)
L04AA25	ÉCULIZUMAB						
Liq	IV	300 mg / 30 mL			Soliris	02322285	ALX (SA)
L04AA27	FINGOLIMOD						
Caps	Orl	0,5 mg			Gilenya	02365480	NVR (SA)
					Apo-Fingolimod	02469936	APX (SA)
					Jamp-Fingolimod	02487772	JPC (SA)
					Mar-Fingolimod	02474743	MAR (SA)
					Mylan-Fingolimod	02469715	MYL (SA)
					pms-Fingolimod	02469782	PMS (SA)
					Sandoz Fingolimod	02482606	SDZ (SA)
					Taro-Fingolimod	02469618	TAR (SA)
					Teva-Fingolimod	02469561	TEV (SA)
L04AA29	TOFACITINIB						
Co.	Orl	5 mg			Xeljanz	02423898	PFI (SA)
					Auro-Tofacitinib	02530007	ARO (SA)
					pms-Tofacitinib	02522799	PMS (SA)
					Taro-Tofacitinib	02511304	TAR (SA)
Co.	Orl	10 mg			Xeljanz	02480786	PFI (SA)
					Auro-Tofacitinib	02530015	ARO (SA)
					Taro-Tofacitinib	02511312	TAR (SA)
Co.L.P.	Orl	11 mg			Xeljanz XR	02470608	PFI (SA)

L04AA31	TÉRIFLUNOMIDE				
Co.	Orl	14 mg	Aubagio	02416328	GZM (SA)
			ACH-Teriflunomide	02502933	AHI (SA)
			Apo-Teriflunomide	02500639	APX (SA)
			Jamp Teriflunomide	02504170	JPC (SA)
			M-Teriflunomide	02523833	MRA (SA)
			Mar-Teriflunomide	02500469	MAR (SA)
			Nat-Teriflunomide	02500310	NAT (SA)
			pms-Teriflunomide	02500434	PMS (SA)
			Sandoz Teriflunomide	02505843	SDZ (SA)
			Teva-Teriflunomide	02501090	TEV (SA)
L04AA33	VEDOLIZUMAB				
Liq	SC	108 mg / 0,68 mL	Entyvio (autoinjector)	02497867	TAK (SA)
			Entyvio (prefilled syringe)	02497875	TAK (SA)
Pds.	IV	300 mg	Entyvio	02436841	TAK (SA)
L04AA34	ALEMTUZUMAB				
Liq	IV	12 mg / 1,2 mL	Lemtrada	02418320	GZM (SA)
L04AA36	OCRÉLIZUMAB				
Liq	IV	30 mg/mL	Ocrevus	02467224	HLR (SA)
L04AA37	BARICITINIB				
Co.	Orl	2 mg	Olumiant	02480018	LIL (SA)
L04AA40	CLADRIBINE				
Co.	Orl	10 mg	Mavenclad	02470179	EMD (SA)
L04AA42	SIPONIMOD				
Co.	Orl	0,25 mg	Mayzent	02496429	NVR (SA)
Co.	Orl	2 mg	Mayzent	02496437	NVR (SA)
L04AA44	UPADACITINIB				
Co.L.P.	Orl	15 mg	Rinvoq	02495155	ABV (SA)
L04AA52	OFATUMUMAB				
Liq	SC	20 mg / 0,4 mL	Kesimpta	02511355	NVR (SA)

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

L04AB01	ÉTANERCEPT							
Liq	SC	25 mg / 0,5 mL		Erelzi (syringe)	02462877	SDZ	(SA)	
Liq	SC	50 mg/mL		Brenzys (autoinjector)	02455331	ORG	(SA)	
				Brenzys (syringe)	02455323	ORG	(SA)	
				Erelzi (autoinjector)	02462850	SDZ	(SA)	
				Erelzi (syringe)	02462869	SDZ	(SA)	
L04AB02	INFLIXIMAB							
Pds.	IV	100 mg		Avsola	02496933	AGA	(SA)	
				Inflectra	02419475	HOS	(SA)	
				Renflexis	02470373	ORG	(SA)	
L04AB04	ADALIMUMAB							
Liq	SC	20 mg / 0,2 mL		Amgevita (prefilled syringe)	02459310	AGA	(SA)	
				Hyrimoz (prefilled syringe)	02505258	SDZ	(SA)	
Liq	SC	20 mg / 0,4 mL		Abrilada (prefilled syringe)	02511061	PFI	(SA)	
				Hulio (prefilled syringe)	02502380	BGP	(SA)	
Liq	SC	40 mg / 0,4 mL		Simlandi (autoinjector)	02523957	JPC	(SA)	
				Simlandi (prefilled syringe)	02523949	JPC	(SA)	
				Yuflyma (autoinjector)	02523779	CTL	(SA)	
Liq	SC	40 mg / 0,8 mL		Abrilada (autoinjector)	02511045	PFI	(SA)	
				Abrilada (prefilled syringe)	02511053	PFI	(SA)	
				Amgevita (autoinjector)	02459302	AGA	(SA)	
				Amgevita (prefilled syringe)	02459299	AGA	(SA)	
				Hadlima (autoinjector)	02473100	ORG	(SA)	
				Hadlima (prefilled syringe)	02473097	ORG	(SA)	
				Hulio (autoinjector)	02502402	BGP	(SA)	
				Hulio (prefilled syringe)	02502399	BGP	(SA)	
				Hyrimoz (autoinjector)	02492156	SDZ	(SA)	
				Hyrimoz (prefilled syringe)	02492164	SDZ	(SA)	
				Idacio (autoinjector)	02502674	FKB	(SA)	
Liq	SC	80 mg / 0,8 mL		Simlandi (prefilled syringe)	02523965	JPC	(SA)	
L04AB05	CERTOLIZUMAB PEGOL							
Liq	SC	200 mg/mL		Cimzia	02331675	UCB	(SA)	
				Cimzia (autoinjector)	02465574	UCB	(SA)	

L04AB06	GOLIMUMAB						
Liq	SC	50 mg / 0,5 mL		Simponi (autoinjector)	02324784	JAN	(SA)
				Simponi (prefilled syringe)	02324776	JAN	(SA)
Liq	SC	100 mg/mL		Simponi (autoinjector)	02413183	JAN	(SA)
				Simponi (prefilled syringe)	02413175	JAN	(SA)

L04AC INHIBITEURS DES INTERLEUKINES

L04AC05	USTEKINUMAB						
Liq	SC	45 mg / 0,5 mL		Stelara	02320673	JAN	(SA)
Liq	SC	90 mg/mL		Stelara	02320681	JAN	(SA)
L04AC07	TOCILIZUMAB						
Liq	IV	80 mg / 4 mL		Actemra	02350092	HLR	(SA)
Liq	IV	200 mg / 10 mL		Actemra	02350106	HLR	(SA)
Liq	IV	400 mg / 20 mL		Actemra	02350114	HLR	(SA)
Liq	SC	162 mg / 0,9 mL		Actemra (autoinjector)	02483327	HLR	(SA)
				Actemra (prefilled syringe)	02424770	HLR	(SA)
L04AC08	CANAKINUMAB						
Liq	SC	150 mg/mL		Ilaris	02460351	NVR	(SA)
L04AC10	SÉCUKINUMAB						
Liq	SC	150 mg/mL		Cosentyx	02438070	NVR	(SA)
L04AC12	BRODALUMAB						
Liq	SC	210 mg		Siliq	02473623	BSL	(SA)
L04AC13	IXEKIZUMAB						
Liq	SC	80 mg/mL		Taltz (autoinjector)	02455102	LIL	(SA)
				Taltz (prefilled syringe)	02455110	LIL	(SA)
L04AC14	SARILUMAB						
Liq	SC	150 mg / 1,14 mL		Kevzara (autoinjector)	02472961	SAV	(SA)
Liq	SC	200 mg / 1,14 mL		Kevzara (autoinjector)	02472988	SAV	(SA)
				Kevzara (prefilled syringe)	02460548	SAV	(SA)
L04AC17	TILDRAKIZUMAB						

L04AC17	TILDRAKIZUMAB								
Liq	SC	100 mg/mL				Ilumya	02516098	SUN	(SA)
L04AC18	RISANKIZUMAB								
Liq	SC	75 mg / 0,83 mL				Skyrizi	02487454	ABV	(SA)
Liq	SC	150 mg/mL				Skyrizi (autoinjector)	02519291	ABV	(SA)
						Skyrizi (prefilled syringe)	02519283	ABV	(SA)
L04AC19	SATRALIZUMAB								
Liq	SC	120 mg/mL				Enspryng	02499681	HLR	(SA)
L04AC21	BIMÉKIZUMAB								
Liq	SC	160 mg/mL				Bimzelx (autoinjector)	02525275	UCB	(SA)
						Bimzelx (prefilled syringe)	02525267	UCB	(SA)

L04AD INHIBITEURS DE LA CALCINEURINE

L04AD01	CYCLOSPORINE								
Caps	Orl	10 mg				Neoral	02237671	NVR	ACDEFGRV
Caps	Orl	25 mg				Neoral	02150689	NVR	ACDEFGRV
						Cyclosporine Capsules	02495805	STD	ACDEFGRV
						Sandoz Cyclosporine	02247073	SDZ	ACDEFGRV
Caps	Orl	50 mg				Neoral	02150662	NVR	ACDEFGRV
						Cyclosporine Capsules	02495821	STD	ACDEFGRV
						Sandoz Cyclosporine	02247074	SDZ	ACDEFGRV
Caps	Orl	100 mg				Neoral	02150670	NVR	ACDEFGRV
						Cyclosporine Capsules	02495813	STD	ACDEFGRV
						Sandoz Cyclosporine	02242821	SDZ	ACDEFGRV
Liq	Orl	100 mg/mL				Neoral	02150697	NVR	ACDEFGRV
L04AD02	TACROLIMUS								
Caps	Orl	0,5 mg				Prograf	02243144	ASL	ACDEFGRV
						Sandoz Tacrolimus	02416816	SDZ	ACDEFGRV
Caps	Orl	1 mg				Prograf	02175991	ASL	ACDEFGRV
						Sandoz Tacrolimus	02416824	SDZ	ACDEFGRV

L04AD02 TACROLIMUS

Caps	Orl	5 mg	Prograf	02175983	ASL	ACDEFGRV
			Sandoz Tacrolimus	02416832	SDZ	ACDEFGRV
Caps.L.P.	Orl	0,5 mg	Advagraf	02296462	ASL	ACDEFGRV
Caps.L.P.	Orl	1 mg	Advagraf	02296470	ASL	ACDEFGRV
Caps.L.P.	Orl	3 mg	Advagraf	02331667	ASL	ACDEFGRV
Caps.L.P.	Orl	5 mg	Advagraf	02296489	ASL	ACDEFGRV
Co.L.P.	Orl	0,75 mg	Envarsus PA	02485877	EDO	ACDEFGRV
Co.L.P.	Orl	1 mg	Envarsus PA	02485885	EDO	ACDEFGRV
Co.L.P.	Orl	4 mg	Envarsus PA	02485893	EDO	ACDEFGRV

L04AX AUTRES AGENTS IMMUNOSUPPRESSEURS

L04AX01 AZATHIOPRINE

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

L04AX04 LÉNALIDOMIDE

Caps	Orl	2,5 mg	Revlimid	02459418	CEL	(SA)
			Apo-Lenalidomide	02507927	APX	(SA)
			Jamp Lenalidomide	02506130	JPC	(SA)
			Nat-Lenalidomide	02493837	NAT	(SA)
			Reddy-Lenalidomide	02484714	RCH	(SA)
			Sandoz Lenalidomide	02518562	SDZ	(SA)
			Taro-Lenalidomide	02507862	TAR	(SA)
Caps	Orl	5 mg	Revlimid	02304899	CEL	(SA)
			Apo-Lenalidomide	02507935	APX	(SA)
			Jamp Lenalidomide	02506149	JPC	(SA)
			Nat-Lenalidomide	02493845	NAT	(SA)
			Reddy-Lenalidomide	02483017	RCH	(SA)
			Sandoz Lenalidomide	02518570	SDZ	(SA)
			Taro-Lenalidomide	02507870	TAR	(SA)

L04AX04 LÉNALIDOMIDE

Caps Orl 10 mg

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

Caps Orl 15 mg

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

Caps Orl 20 mg

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

Caps Orl 25 mg

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

L04AX05 PIRFÉNIDONE

Caps Orl 267 mg

Esbriet	02393751	HLR	(SA)
Jamp Pirfenidone	02509938	JPC	(SA)
Sandoz Pirfenidone	02488833	SDZ	(SA)

L04AX05 PIRFÉNIDONE

Co. Orl 267 mg

Esbriet 02464489 HLR (SA)
 Jamp Pirfenidone 02514702 JPC (SA)
 pms-Pirfenidone 02531526 PMS (SA)
 Sandoz Pirfenidone 02488507 SDZ (SA)

Co. Orl 801 mg

Esbriet 02464500 HLR (SA)
 Jamp Pirfenidone 02514710 JPC (SA)
 pms-Pirfenidone 02531534 PMS (SA)
 Sandoz Pirfenidone 02488515 SDZ (SA)

L04AX06 POMALIDOMIDE

Caps Orl 1 mg

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

Caps Orl 2 mg

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

Caps Orl 3 mg

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

Caps Orl 4 mg

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

N07XX AUTRES MÉDICAMENTS DU SYSTEME NERVEUX

L04AX07 FUMARATE DE DIMÉTHYLE

Caps.L.R. Orl 120 mg

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

Caps.L.R. Orl 240 mg

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

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

M01AB01 INDOMÉTHACINE

Caps Orl 25 mg

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

Caps Orl 50 mg

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

Supp. Rt 50 mg

Sandoz Indomethacin 02231799 SDZ ACDEFGV

Supp. Rt 100 mg

Sandoz Indomethacin 02231800 SDZ ACDEFGV

M01AB02 SULINDAC

Co. Orl 150 mg

Teva-Sundac 00745588 TEV ACDEFGV

Co. Orl 200 mg

Teva-Sundac 00745596 TEV ACDEFGV

M01AB05 DICLOFÉNAC

M01AB05 DICLOFÉNAC

Co.Ent Orl 25 mg

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

Co.Ent Orl 50 mg

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

Co.L.L. Orl 75 mg

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

Co.L.L. Orl 100 mg

Voltaren SR	00590827	NVR	ACDEFGV
Apo-Diclo SR	02091194	APX	ACDEFGV
Sandoz Diclofenac SR	02261944	SDZ	ACDEFGV
Teva-Difenac SR	02048698	TEV	ACDEFGV

Supp. Rt 50 mg

Voltaren	00632724	NVR	ACDEFGV
Sandoz Diclofenac	02261928	SDZ	ACDEFGV

M01AB15 KÉTOROLAC

Liq Inj 10 mg

Toradol 02162644 MTP W

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

Co. Orl 50 mg / 200 mcg

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

Co. Orl 75 mg / 200 mcg

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

M01AC OXICAMS**M01AC01 PIROXICAM**

Caps Orl 10 mg

Novo-Pirocam 00695718 TEV ACDEFGV

Caps Orl 20 mg

Novo-Pirocam 00695696 TEV ACDEFGV

M01AC06 MELOXICAM

M01AC06 MELOXICAM

Co. Orl 7,5 mg

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

Co. Orl 15 mg

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

M01AE DÉRIVÉS DE L'ACIDE PROPIONIQUE

M01AE01 IBUPROFÈNE

Co. Orl 300 mg

Apo-Ibuprofen 00441651 APX AEFVG

Co. Orl 400 mg

Motrin IB 02242658 JNJ AEFVG

Co. Orl 600 mg

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

M01AE02 NAPROXÈNE

Co. Orl 250 mg

Apo-Naproxen	00522651	APX	ACDEFGV
Naproxen (Disc/non disp Jul 4/24)	02350750	SAS	ACDEFGV
Teva-Naproxen	00565350	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 275 mg

Anaprox	02162725	MTP	ACDEFGV
Apo-Napro-Na	00784354	APX	ACDEFGV
Naproxen Sodium	02351013	SAS	ACDEFGV
Teva-Naproxen Sodium	00778389	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 375 mg

Apo-Naproxen	00600806	APX	ACDEFGV
Naproxen (Disc/non disp Jul 4/24)	02350769	SAS	ACDEFGV
Teva-Naproxen	00627097	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 500 mg

Apo-Naproxen	00592277	APX	ACDEFGV
Naproxen (Disc/non disp Jul 4/24)	02350777	SAS	ACDEFGV
Teva-Naproxen	00589861	TEV	ACDEFGV

M01AE02	NAPROXÈNE							
Co.	Orl	550 mg	Anaprox DS	02162717	MTP	ACDEFGV		
			Apo-Napro-Na DS	01940309	APX	ACDEFGV		
			Naproxen Sodium DS (Disc/non disp Jul 4/24)	02351021	SAS	ACDEFGV		
			Teva-Naproxen Sodium DS	02026600	TEV	ACDEFGV		
Co.Ent	Orl	250 mg	Naproxen EC (Disc/non disp Jul 4/24)	02350785	SAS	ACDEFGV		
			Teva-Naprox EC	02243312	TEV	ACDEFGV		
Co.Ent	Orl	375 mg	Naprosyn E	02162415	MTP	ACDEFGV		
			Apo-Naproxen EC	02246700	APX	ACDEFGV		
			Naproxen EC (Disc/non disp Jul 4/24)	02350793	SAS	ACDEFGV		
			Teva-Naprox EC	02243313	TEV	ACDEFGV		
Co.Ent	Orl	500 mg	Naprosyn E	02162423	MTP	ACDEFGV		
			Apo-Naproxen EC	02246701	APX	ACDEFGV		
			Naproxen EC (Disc/non disp Jul 4/24)	02350807	SAS	ACDEFGV		
			pms-Naproxen EC	02294710	PMS	ACDEFGV		
			Teva-Naprox EC	02243314	TEV	ACDEFGV		
Co.L.L.	Orl	750 mg	Naprosyn SR	02162466	MTP	ACDEFGV		
Susp	Orl	25 mg/mL	Pediapharm Naproxen	02162431	MDX	ACDEFGV		
M01AE03	KÉTOPROFÈNE							
Caps	Orl	50 mg	Keto	00790427	AAP	ACDEFGV		
Co.Ent	Orl	50 mg	Keto-E	00790435	AAP	ACDEFGV		
Co.Ent	Orl	100 mg	Keto-E	00842664	AAP	ACDEFGV		
Co.L.L.	Orl	200 mg	Keto SR	02172577	AAP	ACDEFGV		
M01AE09	FLURBIPROFÈNE							
Co.	Orl	50 mg	Flurbiprofen	01912046	AAP	ACDEFGV		
Co.	Orl	100 mg	Flurbiprofen	01912038	AAP	ACDEFGV		
M01AE11	ACIDE TIAPROFÉNIQUE							
Co.	Orl	200 mg	Teva-Tiaprofenic	02179679	TEV	ACDEFGV		
Co.	Orl	300 mg	Teva-Tiaprofenic	02179687	TEV	ACDEFGV		

M01AG FENEMATES

M01AG01 ACIDE MÉFÉNAMIQUE

Caps Orl 250 mg

Ponstan 00155225 AAP ACDEFGV

Mefenamic 02229452 AAP ACDEFGV

M01AH COXIBS

M01AH01 CÉLÉCOXIB

Caps Orl 100 mg

Celebrex 02239941 UJC ACDEFGV

Apo-Celecoxib 02418932 APX ACDEFGV

Auro-Celecoxib 02445670 ARO ACDEFGV

Celecoxib 02436299 SAS ACDEFGV

Celecoxib 02429675 SIV ACDEFGV

Jamp-Celecoxib 02424533 JPC ACDEFGV

M-Celecoxib 02495465 MRA ACDEFGV

Mar-Celecoxib 02420058 MAR ACDEFGV

Mint-Celecoxib 02412497 MNT ACDEFGV

NRA-Celecoxib 02479737 NRA ACDEFGV

pms-Celecoxib 02355442 PMS ACDEFGV

pmsc-Celecoxib 02517116 PMS ACDEFGV

Caps Orl 200 mg

Celebrex 02239942 UJC ACDEFGV

Apo-Celecoxib 02418940 APX ACDEFGV

Auro-Celecoxib 02445689 ARO ACDEFGV

Celecoxib 02436302 SAS ACDEFGV

Celecoxib 02429683 SIV ACDEFGV

Jamp-Celecoxib 02424541 JPC ACDEFGV

M-Celecoxib 02495473 MRA ACDEFGV

Mar-Celecoxib 02420066 MAR ACDEFGV

Mint-Celecoxib 02412500 MNT ACDEFGV

NRA-Celecoxib 02479745 NRA ACDEFGV

pms-Celecoxib 02355450 PMS ACDEFGV

pmsc-Celecoxib 02517124 PMS ACDEFGV

M01AX AUTRES AGENTS ANTI-INFLAMMATOIRES ET ANTIRHUMATISMAUX, NON STÉROÏDIENS

M01AX01 NABUMÉTONE

Co. Orl 500 mg

Nabumetone 02238639 AAP ACDEFGV

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

M01CC01 PÉNICILLAMINE

Caps Orl 250 mg

Cuprimine 00016055 BSL ACDEFGV

M03 MYORELAXANTS**M03A MYORELAXANTS À L'ACTION PÉRIPHÉRIQUE****M03AX AUTRES MYORELAXANTS À L'ACTION PÉRIPHÉRIQUE**

M03AX01 BOTULINUM TOXINE

ABOBOTULINUMTOXINA

Pds. IM 300 Unit

Dysport Therapeutic 02460203 IPS (SA)

Pds. IM 500 Unit

Dysport Therapeutic 02456117 IPS (SA)

INCOBOTULINUMTOXINA

Pds. IM 50 Unit

Xeomin 02371081 MRZ (SA)

Pds. IM 100 Unit

Xeomin 02324032 MRZ (SA)

ONABOTULINUMTOXINA

Pds. IM 50 Unit

Botox 00903741 ABV (SA)

Pds. IM 100 Unit

Botox 01981501 ABV (SA)

Pds. IM 200 Unit

Botox 00999505 ABV (SA)

M03B MYORELAXANTS, AGENTS AGISSANT CENTRALEMENT**M03BA ESTERS DE L'ACIDE CARBAMIQUE**

M03BA03 MÉTHOCARBAMOL

Co. Orl 500 mg

Robaxin 01930990 GCH AEFVG

Co. Orl 750 mg

Robaxin 01932187 GCH AEFVG

M03BC ÉTHERS, CHIMIQUEMENT PRÈS DES ANTIHISTAMINES

M03BC01 ORPHÉNADRINE

Co.L.L. Orl 100 mg

Sandoz Orphenadrine Citrate 02243559 SDZ AEFVG

M03BX AUTRES AGENTS AGISSANT CENTRALEMENT

M03BX01 BACLOFÈNE

Co. Orl 10 mg

Apo-Baclofen 02139332 APX ACDEFGV

Baclofen 02287021 SAS ACDEFGV

Mylan-Baclofen 02088398 MYL ACDEFGV

pms-Baclofen 02063735 PMS ACDEFGV

M03BX01	BACLOFÈNE						
Co.	Orl	20 mg	Apo-Baclofen	02139391	APX	ACDEFGV	
			Baclofen	02287048	SAS	ACDEFGV	
			Mylan-Baclofen	02088401	MYL	ACDEFGV	
			pms-Baclofen	02063743	PMS	ACDEFGV	
Liq	Int	0,05 mg/mL	Lioresal	02131048	NVR	ACDEFGV	
			Baclofen	02457059	HIK	ACDEFGV	
Liq	Int	0,5 mg/mL	Lioresal	02131056	NVR	ACDEFGV	
			Baclofen	02457067	HIK	ACDEFGV	
Liq	Int	2 mg/mL	Lioresal	02131064	NVR	ACDEFGV	
			Baclofen	02457075	HIK	ACDEFGV	
M03BX02	TIZANIDINE						
Co.	Orl	4 mg	Tizanidine	02259893	AAP	ACDEFGV	
M03BX08	CYCLOBENZAPRINE						
Co.	Orl	10 mg	Apo-Cycloprine	02177145	APX	ACDEFGV	
			Auro-Cyclobenzaprine	02348853	ARO	ACDEFGV	
			Cyclobenzaprine	02287064	SAS	ACDEFGV	
			Cyclobenzaprine	02424584	SIV	ACDEFGV	
			Flexeril	02495422	ORI	ACDEFGV	
			Jamp-Cyclobenzaprine	02357127	JPC	ACDEFGV	
			Novo-Cycloprine	02080052	TEV	ACDEFGV	
			pms-Cyclobenzaprine	02212048	PMS	ACDEFGV	

M03C MYORELAXANTS, AGENTS AGISSANT DIRECTEMENT

M03CA DANTROLENE ET DÉRIVÉS

M03CA01	DANTROLÈNE						
Caps	Orl	25 mg	Dantrium	01997602	PAL	ACDEFGV	

M04 PRÉPARATIONS ANTI-GOUTTE

M04A PRÉPARATIONS ANTI-GOUTTE

M04AA PRÉPARATIONS INHIBANT LA PRODUCTION D'ACIDE URIQUE

M04AA01	ALLOPURINOL						
Co.	Orl	100 mg	Zyloprim	00402818	AAP	ACDEFGV	
			Apo-Allopurinol	02402769	APX	ACDEFGV	
			Mar-Allopurinol	02396327	MAR	ACDEFGV	

M04AA01 ALLOPURINOL

Co. Orl 200 mg

Zyloprim	00479799	AAP	ACDEFGV
Apo-Allopurinol	02402777	APX	ACDEFGV
Mar-Allopurinol	02396335	MAR	ACDEFGV

Co. Orl 300 mg

Zyloprim	00402796	AAP	ACDEFGV
Apo-Allopurinol	02402785	APX	ACDEFGV
Mar-Allopurinol	02396343	MAR	ACDEFGV

M04AA03 FÉBUXOSTAT

Co. Orl 80 mg

Auro-Febuxostat	02533243	ARO	(SA)
Jamp-Febuxostat	02490870	JPC	(SA)
Mar-Febuxostat	02473607	MAR	(SA)
Teva-Febuxostat	02466198	TEV	(SA)

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

Co. Orl 0,6 mg

Colchicine	00572349	ODN	ACDEFGV
Jamp-Colchicine	02373823	JPC	ACDEFGV
pms-Colchicine	02402181	PMS	ACDEFGV
Sandoz Colchicine	00287873	SDZ	ACDEFGV

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

Caps Orl 400 mg

Clasteon	02245828	SNV	ACDEFGV
----------	----------	-----	---------

M05BA04 ACIDE ALENDRONIQUE

Co. Orl 10 mg

Alendronate Sodium	02381486	AHI	ACDEFGV
Auro-Alendronate	02388545	ARO	ACDEFGV

M05BA04 ACIDE ALENDRONIQUE

Co.	Orl	70 mg	Fosamax	02245329	ORG	ACDEFGV
			Alendronate	02352966	SAS	ACDEFGV
			Alendronate	02299712	SIV	ACDEFGV
			Alendronate Sodium	02381494	AHI	ACDEFGV
			Alendronate-70	02303078	PDL	ACDEFGV
			Apo-Alendronate	02248730	APX	ACDEFGV
			Auro-Alendronate	02388553	ARO	ACDEFGV
			Jamp Alendronate Sodium	02500175	JPC	ACDEFGV
			Jamp-Alendronate	02385031	JPC	ACDEFGV
			M-Alendronate	02529394	MRA	ACDEFGV
			Mint-Alendronate	02394871	MNT	ACDEFGV
			pms-Alendronate FC	02284006	PMS	ACDEFGV
			Riva-Alendronate	02270889	RIV	ACDEFGV
			Sandoz Alendronate	02288109	SDZ	ACDEFGV
			Teva-Alendronate	02261715	TEV	ACDEFGV

M05BA07 ACIDE RISEDRONIC

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

M05BA08 ACIDE ZOLÉDRONIQUE

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

M05BB BISPHTHONATES EN COMBINAISON

M05BB03 ACIDE ALENDRONIQUE ET COLÉCALCIFÉROL

M05BB03 ACIDE ALENDRONIQUE ET COLÉCALCIFÉROL

Co. Orl 70 mg / 5 600 IU

Fosavance 02314940 ORG ACDEFGV

Apo-Alendronate/Vitamin D3 02454475 APX ACDEFGV

Jamp Alendronate/Vitamin D3 02519836 JPC ACDEFGV

Teva-Alendronate/Cholecalciferol 02403641 TEV ACDEFGV

M05BX AUTRE MÉDICAMENTS AGISSANT SUR LA STRUCTURE OSSEUSE ET LA MINÉRALISATION**M05BX04 DENOSUMAB**

Liq SC 60 mg/mL

Prolia 02343541 AGA (SA)

Liq SC 120 mg / 1,7 mL

Xgeva 02368153 AGA (SA)

M05BX05 BUROSUMAB

Liq SC 10 mg/mL

Crysvita 02483629 UGX (SA)

Liq SC 20 mg/mL

Crysvita 02483637 UGX (SA)

Liq SC 30 mg/mL

Crysvita 02483645 UGX (SA)

M09 AUTRES MÉDICAMENTS POUR LES TROUBLES DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE**M09A AUTRES MÉDICAMENTS POUR LES TROUBLES DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE****M09AX AUTRES MÉDICAMENTS POUR LES TROUBLES DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE****M09AX07 NUSINERSEN**

Liq INT 2,4 mg/mL

Spinraza 02465663 BIG (SA)

M09AX09 ONASEMNOGÈNE ABÉPARVOVECLiq IV 2 x 10¹³ vg/mL

Zolgensma 02509695 NVR (SA)

M09AX10 RISDIPLAM

Pds Orl 0,75 mg/mL

Evrysdi 02514931 HLR (SA)

N SYSTÈME NERVEUX**N01 ANESTHÉSIIQUES****N01B ANESTHÉSIIQUES LOCAUX****N01BB AMIDES****N01BB02 LIDOCAÏNE**

Liq Orl 2%

Lidodan Viscous 01968823 ODN ACDEFGV

N01BB09 ROPIVACAÏNE

Liq Prt 5 mg/mL

Naropin 02229415 APN ACDEFGV

Liq Prt 10 mg/mL

Naropin 02229418 APN ACDEFGV

N01BX AUTRES ANESTHÉSIIQUES LOCAUX**N01BX04 CAPSAÏCINE**

Cr.	Top	0,025%	Zostrix	00740306	BSH	AEFGV
			Capsaicin	02157101	BSL	AEFGV
Cr.	Top	0,075%	Zostrix H.P.	02004240	BSH	AEFGV
			Capsaicin Crm	02157128	BSL	AEFGV

N02 ANALGÉSIIQUES**N02A OPIOÏDES****N02AA ALKALOÏDES D'OPIUM NATUREL****N02AA01 MORPHINE****MORPHINE (SULFATE DE)**

Caps.L.L.	Orl	10 mg	Kadian	02242163	BGP	ACDEFGVW
			M-Eslon	02019930	ETH	ACDEFGVW
Caps.L.L.	Orl	15 mg	M-Eslon 15	02177749	SAV	ACDEFGVW
Caps.L.L.	Orl	20 mg	Kadian	02184435	BGP	ACDEFGVW
Caps.L.L.	Orl	30 mg	M-Eslon	02019949	SAV	ACDEFGVW
Caps.L.L.	Orl	50 mg	Kadian	02184443	BGP	ACDEFGVW
Caps.L.L.	Orl	60 mg	M-Eslon	02019957	SAV	ACDEFGVW
Caps.L.L.	Orl	100 mg	Kadian	02184451	BGP	ACDEFGVW
			M-Eslon	02019965	SAV	ACDEFGVW
Caps.L.L.	Orl	200 mg	M-Eslon	02177757	SAV	ACDEFGVW
Co.	Orl	5 mg	MS IR	02014203	PFR	ACDEFGVW
			Statex	00594652	PAL	ACDEFGVW
Co.	Orl	10 mg	MS IR	02014211	PFR	ACDEFGVW
			Statex	00594644	PAL	ACDEFGVW
Co.	Orl	20 mg	MS IR	02014238	PFR	ACDEFGVW
Co.	Orl	30 mg	MS IR	02014254	PFR	ACDEFGVW
Co.	Orl	50 mg	Statex (Disc/non disp Sep 2/23)	00675962	PAL	ACDEFGVW

N02AA01	MORPHINE							
	MORPHINE (SULFATE DE)							
Co.L.L.	Orl	15 mg		MS Contin	02015439	PFR	ACDEFGVW	
				Sandoz Morphine SR	02244790	SDZ	ACDEFGVW	
				Teva-Morphine SR	02302764	TEV	ACDEFGVW	
Co.L.L.	Orl	30 mg		MS Contin	02014297	PFR	ACDEFGVW	
				Sandoz Morphine SR	02244791	SDZ	ACDEFGVW	
				Teva-Morphine SR	02302772	TEV	ACDEFGVW	
Co.L.L.	Orl	60 mg		MS Contin	02014300	PFR	ACDEFGVW	
				Sandoz Morphine SR	02244792	SDZ	ACDEFGVW	
				Teva-Morphine SR	02302780	TEV	ACDEFGVW	
Co.L.L.	Orl	100 mg		MS Contin	02014319	PFR	ACDEFGVW	
				Sandoz Morphine SR	02478889	SDZ	ACDEFGVW	
				Teva-Morphine SR	02302799	TEV	ACDEFGVW	
Co.L.L.	Orl	200 mg		MS Contin	02014327	PFR	ACDEFGVW	
				Sandoz Morphine SR	02478897	SDZ	ACDEFGVW	
				Teva-Morphine SR	02302802	TEV	ACDEFGVW	
Liq	Inj	10 mg/mL		Morphine Sulfate	00392588	SDZ	ACDEFGVW	
Liq	Inj	15 mg/mL		Morphine Sulfate	00392561	SDZ	ACDEFGVW	
Liq	Inj	50 mg/mL		Morphine HP 50	00617288	SDZ	ACDEFGVW	
Sir.	Orl	1 mg/mL		Doloral	00614491	ATL	ACDEFGVW	
Sir.	Orl	5 mg/mL		Doloral	00614505	ATL	ACDEFGVW	
N02AA03	HYDROMORPHONE							
Caps.L.L.	Orl	3 mg		Hydromorph Contin	02125323	PFR	ACDEFGVW	
Caps.L.L.	Orl	4,5 mg		Hydromorph Contin	02359502	PFR	ACDEFGVW	
Caps.L.L.	Orl	6 mg		Hydromorph Contin	02125331	PFR	ACDEFGVW	
Caps.L.L.	Orl	9 mg		Hydromorph Contin	02359510	PFR	ACDEFGVW	
Caps.L.L.	Orl	12 mg		Hydromorph Contin	02125366	PFR	ACDEFGVW	

N02AA03 HYDROMORPHONE

Caps.L.L.	Orl	18 mg	Hydromorph Contin	02243562	PFR	ACDEFGVW
Caps.L.L.	Orl	24 mg	Hydromorph Contin	02125382	PFR	ACDEFGVW
Caps.L.L.	Orl	30 mg	Hydromorph Contin	02125390	PFR	ACDEFGVW
Co.	Orl	1 mg	Dilaudid	00705438	PFR	ACDEFGVW
			Apo-Hydromorphone	02364115	APX	ACDEFGVW
			pms-Hydromorphone	00885444	PMS	ACDEFGVW
Co.	Orl	2 mg	Dilaudid	00125083	PFR	ACDEFGVW
			Apo-Hydromorphone	02364123	APX	ACDEFGVW
			pms-Hydromorphone	00885436	PMS	ACDEFGVW
Co.	Orl	4 mg	Dilaudid	00125121	PFR	ACDEFGVW
			Apo-Hydromorphone	02364131	APX	ACDEFGVW
			pms-Hydromorphone	00885401	PMS	ACDEFGVW
Co.	Orl	8 mg	Dilaudid	00786543	PFR	ACDEFGVW
			Apo-Hydromorphone	02364158	APX	ACDEFGVW
			pms-Hydromorphone	00885428	PMS	ACDEFGVW
Liq	Inj	2 mg/mL	Dilaudid	00627100	PFR	ACDEFGVW
			Hydromorphone Hydrochloride	02145901	SDZ	ACDEFGVW
Liq	Inj	10 mg/mL	Dilaudid HP	00622133	PFR	ACDEFGVW
			Hydromorphone HP 10	02145928	SDZ	ACDEFGVW
Liq	Inj	20 mg/mL	Hydromorphone HP 20	02145936	SDZ	ACDEFGVW
Liq	Inj	50 mg/mL	Hydromorphone HP 50	02146126	SDZ	ACDEFGVW
			Hydromorphone Hydrochloride	02469413	STR	ACDEFGVW
Sir.	Orl	1 mg/mL	pms-Hydromorphone	01916386	PMS	ACDEFGVW

N02AA05 OXYCODONE

Co.	Orl	5 mg	Oxy-IR	02231934	PFR	W (SA)
			Supeudol	00789739	SDZ	W (SA)
			pms-Oxycodone IR	02319977	PMS	W (SA)

N02AA05		OXYCODONE							
Co.	Orl	10 mg		Oxy-IR	02240131	PFR	W	(SA)	
				Supeudol	00443948	SDZ	W	(SA)	
				pms-Oxycodone IR	02319985	PMS	W	(SA)	
Co.	Orl	20 mg		Oxy-IR	02240132	PFR	W	(SA)	
				Supeudol	02262983	SDZ	W	(SA)	
				pms-Oxycodone IR	02319993	PMS	W	(SA)	
Co.L.P.	Orl	10 mg		Oxyneo	02372525	PFR	W		
Co.L.P.	Orl	15 mg		Oxyneo	02372533	PFR	W		
Co.L.P.	Orl	20 mg		Oxyneo	02372797	PFR	W		
Co.L.P.	Orl	30 mg		Oxyneo	02372541	PFR	W		
Co.L.P.	Orl	40 mg		Oxyneo	02372568	PFR	W		
Co.L.P.	Orl	60 mg		Oxyneo	02372576	PFR	W		
Co.L.P.	Orl	80 mg		Oxyneo	02372584	PFR	W		
Supp.	Rt	10 mg		Supeudol	00392480	SDZ	ACDEFGV		
N02AA59		CODÉINE, EN COMBINAISON, À L'EXCLUSION DES PSYCHOLEPTIQUES							
			ACÉTAMINOPHÈNE / CAFÉINE / CODÉINE						
Co.	Orl	300 mg / 15 mg / 30 mg		Teva-Lenoltec #3	00653276	TEV	ACDEFGVW		
			ACÉTAMINOPHÈNE / CODÉINE						
Co.	Orl	300 mg / 30 mg		Teva-Emtec-30	00608882	TEV	ACDEFGVW		
Co.	Orl	300 mg / 60 mg		Teva-Lenoltec #4	00621463	TEV	ACDEFGVW		
N02AB		DÉRIVÉS DU PHENYLPIPERDINE							
N02AB03		FENTANYL							
Pth	Trd	12 mcg/hr		Sandoz Fentanyl patch	02327112	SDZ	W	(SA)	
				Teva-Fentanyl	02311925	TEV	W	(SA)	
Pth	Trd	25 mcg/hr		Sandoz Fentanyl	02327120	SDZ	W	(SA)	
				Teva-Fentanyl	02282941	TEV	W	(SA)	
Pth	Trd	37 mcg/hr		Sandoz Fentanyl	02327139	SDZ	W		

N02AB03	FENTANYL								
Pth	Trd	50 mcg/hr			Sandoz Fentanyl	02327147	SDZ	W	(SA)
					Teva-Fentanyl	02282968	TEV	W	(SA)
Pth	Trd	75 mcg/hr			Sandoz Fentanyl	02327155	SDZ	W	(SA)
					Teva-Fentanyl	02282976	TEV	W	(SA)
Pth	Trd	100 mcg/hr			Sandoz Fentanyl	02327163	SDZ	W	(SA)
					Teva-Fentanyl	02282984	TEV	W	(SA)

N02B AUTRES ANALGÉSIFIQUES ET ANTIPYRÉTIQUES

N02BA ACIDE SALICYLIQUE ET DÉRIVÉS

N02BA01 ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE

Co.Ent	Orl	81 mg			ASA	02433044	PMS	EV
					ASA	02449277	TLI	EV
					ASA EC	02244993	PMS	EV
					ASA EC	02426811	SAS	EV
					Equate daily low-dose EC	02243801	PMS	EV
					Exact Coated daily low dose ASA	02243896	PMS	EV
					Jamp-ASA EC	02427206	JPC	EV
					Praxis ASA	02283700	PMS	EV
Co.Ent	Orl	325 mg			ASATAB EC	02352427	ODN	AEFGV
					Enteric Coated ASA	02010526	VTH	AEFGV

N02BE ANILIDES

N02BE01 PARACETAMOL (ACÉTAMINOPHÈNE)

Co.	Orl	325 mg			Acetaminophen	02252805	CCM	G
					Novo-Gesic	00389218	TEV	G
Co.	Orl	500 mg			Acetaminophen	02252813	CCM	G
					Novo-Gesic	00482323	TEV	G
Supp.	Rt	120 mg			Acet - 120	02230434	PDP	G
N02BE51	PARACETAMOL (ACÉTAMINOPHÈNE), EN COMBINAISONS, À L'EXCLUSION DES PSYCHOLEPTIQUES ACÉTAMINOPHÈNE / CAFÉINE / CODÉINE							
Co.	Orl	300 mg / 15 mg / 15 mg			Teva-Lenoltec #2	00653241	TEV	ACDEFGVW
					ACÉTAMINOPHÈNE / OXYCODONE			

N02BE51 PARACETAMOL (ACÉTAMINOPHÈNE), EN COMBINAISONS, À L'EXCLUSION DES PSYCHOLEPTIQUES
ACÉTAMINOPHÈNE / OXYCODONE

Co.	Orl	325 mg / 5 mg	Apo-Oxycodone/Acet	02324628	APX	ACDEFGVW
			Sandoz Oxycodone/Acetaminophen	02307898	SDZ	ACDEFGVW
			Teva-Oxycocet	00608165	TEV	ACDEFGVW

N02C PRÉPARATIONS ANTI-MIGRAINES

N02CA ALKALOÏDES DE L'ERGOT

N02CA01 DIHYDROERGOTAMINE

Liq	Nas	4 mg/mL	Migranal	02228947	STR	ACDEFGV
-----	-----	---------	----------	----------	-----	---------

N02CC AGONISTES DES RECEPTEURS 5HT1 SELECTIFS

N02CC01 SUMATRIPTAN

Co.	Orl	50 mg	Imitrex DF	02212153	GSK	ACDEFGV
			Apo-Sumatriptan	02268388	APX	ACDEFGV
			Mylan-Sumatriptan	02268914	MYL	ACDEFGV
			pms-Sumatriptan	02256436	PMS	ACDEFGV
			Sumatriptan	02286521	SAS	ACDEFGV
			Sumatriptan DF	02385570	SIV	ACDEFGV
			Teva-Sumatriptan DF	02286823	TEV	ACDEFGV

Co.	Orl	100 mg	Imitrex DF	02212161	GSK	ACDEFGV
			Apo-Sumatriptan	02268396	APX	ACDEFGV
			Mylan-Sumatriptan	02268922	MYL	ACDEFGV
			pms-Sumatriptan	02256444	PMS	ACDEFGV
			Sumatriptan	02286548	SAS	ACDEFGV
			Sumatriptan DF	02385589	SIV	ACDEFGV
			Teva-Sumatriptan	02239367	TEV	ACDEFGV
			Teva-Sumatriptan DF	02286831	TEV	ACDEFGV

Liq	SC	6 mg / 0,5 mL	Imitrex	02212188	GSK	(SA)
			Taro-Sumatriptan	02361698	TAR	(SA)

Vap	Nas	5 mg	Imitrex	02230418	GSK	(SA)
-----	-----	------	---------	----------	-----	------

Vap	Nas	20 mg	Imitrex	02230420	GSK	(SA)
-----	-----	-------	---------	----------	-----	------

N02CC02 NARATRIPTAN

Co.	Orl	1 mg	Teva-Naratriptan	02314290	TEV	(SA)
-----	-----	------	------------------	----------	-----	------

N02CC02	NARATRIPTAN						
Co.	Orl	2,5 mg	Amerge (Disc/non disp Dec 14/23)	02237821	GSK	(SA)	
			Sandoz Naratriptan	02322323	SDZ	(SA)	
			Teva-Naratriptan	02314304	TEV	(SA)	
N02CC03	ZOLMITRIPTAN						
Co.	Orl	2,5 mg	Zomig	02238660	XPI	ACDEFGV	
			Auro-Zolmitriptan	02481030	ARO	ACDEFGV	
			CCP-Zolmitriptan	02458780	CCM	ACDEFGV	
			Jamp-Zolmitriptan	02421623	JPC	ACDEFGV	
			Jamp-Zolmitriptan	02477106	JPC	ACDEFGV	
			Mar-Zolmitriptan	02399458	MAR	ACDEFGV	
			Nat-Zolmitriptan	02421534	NAT	ACDEFGV	
			pms-Zolmitriptan	02324229	PMS	ACDEFGV	
			Sandoz Zolmitriptan	02362988	SDZ	ACDEFGV	
			Teva-Zolmitriptan	02313960	TEV	ACDEFGV	
			Zolmitriptan	02442655	SAS	ACDEFGV	
Co.D.O.	Orl	2,5 mg	Zomig Rapimelt	02243045	XPI	ACDEFGV	
			Jamp-Zolmitriptan ODT	02428237	JPC	ACDEFGV	
			pms-Zolmitriptan ODT	02324768	PMS	ACDEFGV	
			Sandoz Zolmitriptan ODT	02362996	SDZ	ACDEFGV	
			Septa-Zolmitriptan ODT	02428474	SPT	ACDEFGV	
			Teva-Zolmitriptan OD	02342545	TEV	ACDEFGV	
			Zolmitriptan ODT	02442671	SAS	ACDEFGV	
Vap	Nas	2,5 mg	Zomig	02248992	XPI	(SA)	
Vap	Nas	5 mg	Zomig Nasal	02248993	XPI	(SA)	
N02CC04	RIZATRIPTAN						
Co.	Orl	5 mg	Apo-Rizatriptan	02393468	APX	ACDEFGV	
Co.	Orl	10 mg	Maxalt	02240521	ORG	ACDEFGV	
			Act Rizatriptan	02381702	TEV	ACDEFGV	
			Apo-Rizatriptan	02393476	APX	ACDEFGV	
			Auro-Rizatriptan	02441144	ARO	ACDEFGV	
			Jamp-Rizatriptan	02380463	JPC	ACDEFGV	
			Mar-Rizatriptan	02379678	MAR	ACDEFGV	
			Rizatriptan	02516756	SAS	ACDEFGV	

N02CC04 RIZATRIPTAN

Co.D.O. Orl 5 mg

Maxalt RPD	02240518	ORG	ACDEFGV
CCP-Rizatriptan ODT	02458764	CCM	ACDEFGV
Jamp-Rizatriptan ODT	02465086	JPC	ACDEFGV
Mar-Rizatriptan ODT	02462788	MAR	ACDEFGV
Mylan-Rizatriptan ODT	02379198	MYL	ACDEFGV
Nat-Rizatriptan ODT	02436604	NAT	ACDEFGV
pms-Rizatriptan RDT	02393360	PMS	ACDEFGV
Rizatriptan ODT	02442906	SAS	ACDEFGV
Rizatriptan ODT	02446111	SIV	ACDEFGV
Sandoz Rizatriptan ODT	02351870	SDZ	ACDEFGV
Teva-Rizatriptan ODT	02396661	TEV	ACDEFGV

Co.D.O. Orl 10 mg

Maxalt RPD	02240519	ORG	ACDEFGV
CCP-Rizatriptan ODT	02458772	CCM	ACDEFGV
Jamp-Rizatriptan ODT	02465094	JPC	ACDEFGV
Mar-Rizatriptan ODT	02462796	MAR	ACDEFGV
Mylan-Rizatriptan ODT	02379201	MYL	ACDEFGV
Nat-Rizatriptan ODT	02436612	NAT	ACDEFGV
pms-Rizatriptan RDT	02393379	PMS	ACDEFGV
Rizatriptan ODT	02442914	SAS	ACDEFGV
Rizatriptan ODT	02446138	SIV	ACDEFGV
Sandoz Rizatriptan ODT	02351889	SDZ	ACDEFGV
Teva-Rizatriptan ODT	02396688	TEV	ACDEFGV

N02CC05 ALMOTRIPTAN

Co. Orl 12,5 mg

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

N02CC06 ÉLÉTRIPTAN

Co. Orl 20 mg

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

N02CC06 ÉLÉTRIPTAN

Co. Orl 40 mg

Relpax 02256304 UJC ACDEFGV

Apo-Eletriptan 02386062 APX ACDEFGV

Apo-Eletriptan Tablets 02518023 APX ACDEFGV

Auro-Eletriptan 02479478 ARO ACDEFGV

Eletriptan 02511274 SAS ACDEFGV

Jamp Eletriptan 02493691 JPC ACDEFGV

Teva-Eletriptan 02382105 TEV ACDEFGV

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

Liq SC 120 mg / mL

Emgality (autoinjector) 02491087 LIL (SA)

Emgality (prefilled syringe) 02491060 LIL (SA)

N02CD03 FRÉMANEZUMAB

Liq SC 225 mg / 1,5 mL

Ajovy (autoinjector) 02509474 TEV (SA)

Ajovy (prefilled syringe) 02497859 TEV (SA)

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

Co. Orl 1 mg

Sandomigran DS 00511552 PAL ACDEFGV

N03 ANTIÉPILEPTIQUES**N02B AUTRES ANALGÉSIFIQUES ET ANTIPYRÉTIQUES****N02BF GABAPENTINOÏDES****N02BF01 GABAPENTINE**

Caps Orl 100 mg

Neurontin 02084260 BGP ACDEFGVW

Apo-Gabapentin 02244304 APX ACDEFGVW

Auro-Gabapentin 02321203 ARO ACDEFGVW

Gabapentin 02416840 AHI ACDEFGVW

Gabapentin 02353245 SAS ACDEFGVW

Gabapentin 02246314 SIV ACDEFGVW

Jamp-Gabapentin 02361469 JPC ACDEFGVW

Mar-Gabapentin 02391473 MAR ACDEFGVW

pms-Gabapentin 02243446 PMS ACDEFGVW

Teva-Gabapentin 02244513 TEV ACDEFGVW

N02BF01 GABAPENTINE

Caps Orl 300 mg

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

Caps Orl 400 mg

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

Co. Orl 600 mg

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

N02BF01 GABAPENTINE

Co. Orl 800 mg

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

N03A ANTIÉPILEPTIQUES

N03AA BARBITURIQUES ET DÉRIVÉS

N03AA02 PHÉNOBARBITAL

Co. Orl 15 mg

Phenobarbital 00178799 PDP ACDEFGV

Co. Orl 30 mg

Phenobarbital 00178802 PDP ACDEFGV

Co. Orl 60 mg

Phenobarbital 00178810 PDP ACDEFGV

Co. Orl 100 mg

Phenobarbital 00178829 PDP ACDEFGV

Elx Orl 5 mg/mL

Phenobarbital 00645575 PDP ACDEFGV

Liq Inj 30 mg/mL

Phenobarbital Sodium 02304082 SDZ ACDEFGVW

Liq Inj 120 mg/mL

Phenobarbital Sodium 02304090 SDZ ACDEFGVW

N03AA03 PRIMIDONE

Co. Orl 125 mg

Primidone 00399310 AAP ACDEFGV

Co. Orl 250 mg

Primidone 00396761 AAP ACDEFGV

N03AB DÉRIVÉS DE L'HYDANTOÏNE

N03AB02 PHÉNYTOÏNE

Caps Orl 30 mg

Dilantin 00022772 BGP ACDEFGV

Caps Orl 100 mg

Dilantin 00022780 BGP ACDEFGV
 Phenytoin Sodium 02460912 AAP ACDEFGV

Co. Orl 50 mg

Dilantin infatabs 00023698 BGP ACDEFGV

N03AB02	PHÉNYTOÏNE						
Liq	Inj	50 mg/mL		Phenytoin Sodium	00780626	SDZ	V
Susp	Orl	30 mg / 5 mL		Dilantin 30	00023442	BGP	ACDEFGV
Susp	Orl	125 mg / 5 mL		Dilantin 125	00023450	BGP	ACDEFGV
				Taro-Phenytoin	02250896	TAR	ACDEFGV
N03AD DÉRIVÉS DU SUCCINIMIDE							
N03AD01	ÉTHOSUXIMIDE						
Caps	Orl	250 mg		Zarontin	00022799	ERF	ACDEFGV
Sir.	Orl	50 mg/mL		Zarontin	00023485	ERF	ACDEFGV
N03AE DÉRIVÉS DU BENZODIAZÉPINES							
N03AE01	CLONAZÉPAM						
Co.	Orl	0,25 mg		pms-Clonazepam	02179660	PMS	ACDEFGV
Co.	Orl	0,5 mg		Rivotril	00382825	XPI	ACDEFGV
				Apo-Clonazepam	02177889	APX	ACDEFGV
				pms-Clonazepam R	02207818	PMS	ACDEFGV
Co.	Orl	1 mg		pms-Clonazepam	02048728	PMS	ACDEFGV
Co.	Orl	2 mg		Rivotril	00382841	XPI	ACDEFGV
				Apo-Clonazepam	02177897	APX	ACDEFGV
				pms-Clonazepam	02048736	PMS	ACDEFGV
N03AF DÉRIVÉS DU CARBOXAMIDE							
N03AF01	CARBAMAZÉPINE						
Co.	Orl	200 mg		Tegretol	00010405	NVR	ACDEFGV
				Teva-Carbamazepine	00782718	TEV	ACDEFGV
Co.C.	Orl	100 mg		Taro-Carbamazepine Chewable	02244403	TAR	ACDEFGV
Co.C.	Orl	200 mg		Taro-Carbamazepine Chewable	02244404	TAR	ACDEFGV
Co.L.L.	Orl	200 mg		Tegretol CR	00773611	NVR	ACDEFGV
				Sandoz Carbamazepine CR	02261839	SDZ	ACDEFGV
Co.L.L.	Orl	400 mg		Tegretol CR	00755583	NVR	ACDEFGV
				Sandoz Carbamazepine CR	02261847	SDZ	ACDEFGV

N03AF01	CARBAMAZÉPINE							
Susp	Orl	100 mg / 5 mL			Tegretol	02194333	NVR	ACDEFGV
					Taro-Carbamazepine	02367394	TAR	ACDEFGV
N03AF02	OXCARBAZÉPINE							
Co.	Orl	150 mg			Apo-Oxcarbazepine	02284294	APX	(SA)
Co.	Orl	300 mg			Trileptal	02242068	NVR	(SA)
					Apo-Oxcarbazepine	02284308	APX	(SA)
Co.	Orl	600 mg			Trileptal	02242069	NVR	(SA)
					Apo-Oxcarbazepine	02284316	APX	(SA)
Susp	Orl	60 mg/mL			Trileptal	02244673	NVR	(SA)
N03AF03	RUFINAMIDE							
Co.	Orl	100 mg			Banzel	02369613	EIS	(SA)
Co.	Orl	200 mg			Banzel	02369621	EIS	(SA)
Co.	Orl	400 mg			Banzel	02369648	EIS	(SA)
N03AF04	ESLICARBAZÉPINE							
Co.	Orl	200 mg			Aptiom	02426862	SNV	(SA)
Co.	Orl	400 mg			Aptiom	02426870	SNV	(SA)
Co.	Orl	600 mg			Aptiom	02426889	SNV	(SA)
Co.	Orl	800 mg			Aptiom	02426897	SNV	(SA)
N03AG	DÉRIVÉS DES ACIDES GRAS							
N03AG01	ACIDE VALPROÏQUE							
Caps	Orl	250 mg			Apo-Valproic	02238048	APX	ACDEFGV
					pms-Valproic Acid	02230768	PMS	ACDEFGV
Caps.Ent	Orl	500 mg			pms-Valproic Acid	02229628	PMS	ACDEFGV
Co.Ent	Orl	125 mg			Epival	00596418	BGP	ACDEFGV
					Apo-Divalproex	02239698	APX	ACDEFGV
					Mylan-Divalproex	02458926	MYL	ACDEFGV

N03AG01 ACIDE VALPROÏQUE

Co.Ent Orl 250 mg

Epival 00596426 BGP ACDEFGV
 Apo-Divalproex 02239699 APX ACDEFGV
 Mylan-Divalproex 02458934 MYL ACDEFGV

Co.Ent Orl 500 mg

Epival 00596434 BGP ACDEFGV
 Apo-Divalproex 02239700 APX ACDEFGV
 Mylan-Divalproex 02459019 MYL ACDEFGV

Sir. Orl 250 mg / 5 mL

Depakene 00443832 BGP ACDEFGV
 Apo-Valproic Acid 02238370 APX ACDEFGV
 pms-Valproic 02236807 PMS ACDEFGV

N03AG04 VIGABATRIN

Co. Orl 500 mg

Sabril 02065819 LBK (SA)

Pds. Orl 500 mg

Sabril 02068036 LBK (SA)

N03AX AUTRE ANTIÉPILEPTIQUES

N03AX09 LAMOTRIGINE

Co. Orl 25 mg

Lamictal 02142082 GSK ACDEFGV
 Apo-Lamotrigine 02245208 APX ACDEFGV
 Auro-Lamotrigine 02381354 ARO ACDEFGV
 Lamotrigine 02343010 SAS ACDEFGV
 Lamotrigine 02428202 SIV ACDEFGV
 Mylan-Lamotrigine 02265494 MYL ACDEFGV
 pms-Lamotrigine 02246897 PMS ACDEFGV

Co. Orl 100 mg

Lamictal 02142104 GSK ACDEFGV
 Apo-Lamotrigine 02245209 APX ACDEFGV
 Auro-Lamotrigine 02381362 ARO ACDEFGV
 Lamotrigine 02343029 SAS ACDEFGV
 Lamotrigine 02428210 SIV ACDEFGV
 Mylan-Lamotrigine 02265508 MYL ACDEFGV
 pms-Lamotrigine 02246898 PMS ACDEFGV

N03AX09 LAMOTRIGINE

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

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

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

N03AX11 TOPIRAMATE

Caps	Orl	15 mg	Topamax	02239907	JAN	(SA)
Caps	Orl	25 mg	Topamax	02239908	JAN	(SA)
Co.	Orl	25 mg	Topamax	02230893	JAN	ACDEFGV
			Apo-Topiramate	02279614	APX	ACDEFGV
			Auro-Topiramate	02345803	ARO	ACDEFGV
			GLN-Topiramate	02287765	GLM	ACDEFGV
			Jamp Topiramate Tablets	02345250	JPC	ACDEFGV
			Jamp-Topiramate	02435608	JPC	ACDEFGV
			Mint-Topiramate	02315645	MNT	ACDEFGV
			Mylan-Topiramate	02263351	MYL	ACDEFGV
			pms-Topiramate	02262991	PMS	ACDEFGV
			Sandoz Topiramate Tablets (Disc/non disp Apr 11/24)	02431807	SDZ	ACDEFGV
			Teva-Topiramate	02248860	TEV	ACDEFGV
			Topiramate	02395738	AHI	ACDEFGV
			Topiramate	02356856	SAS	ACDEFGV
			Topiramate	02389460	SIV	ACDEFGV

N03AX11 TOPIRAMATE

Co. Orl 100 mg

Topamax	02230894	JAN	ACDEFGV
Apo-Topiramate	02279630	APX	ACDEFGV
Auro-Topiramate	02345838	ARO	ACDEFGV
GLN-Topiramate	02287773	GLM	ACDEFGV
Jamp-Topiramate	02435616	JPC	ACDEFGV
Mint-Topiramate	02315653	MNT	ACDEFGV
Mylan-Topiramate	02263378	MYL	ACDEFGV
pms-Topiramate	02263009	PMS	ACDEFGV
Sandoz Topiramate Tablets (Disc/non disp Apr 11/24)	02431815	SDZ	ACDEFGV
Teva-Topiramate	02248861	TEV	ACDEFGV
Topiramate	02395746	AHI	ACDEFGV
Topiramate	02356864	SAS	ACDEFGV
Topiramate	02389487	SIV	ACDEFGV

Co. Orl 200 mg

Topamax	02230896	JAN	ACDEFGV
Apo-Topiramate	02279649	APX	ACDEFGV
Auro-Topiramate	02345846	ARO	ACDEFGV
GLN-Topiramate	02287781	GLM	ACDEFGV
Jamp-Topiramate	02435624	JPC	ACDEFGV
Mint-Topiramate	02315661	MNT	ACDEFGV
Mylan-Topiramate	02263386	MYL	ACDEFGV
pms-Topiramate	02263017	PMS	ACDEFGV
Sandoz Topiramate Tablets (Disc/non disp Apr 11/24)	02431823	SDZ	ACDEFGV
Teva-Topiramate	02248862	TEV	ACDEFGV
Topiramate	02395754	AHI	ACDEFGV
Topiramate	02356872	SAS	ACDEFGV

N03AX14 LÉVÉTIRACÉTAM

N03AX14 LÉVÉTIRACÉTAM

Co.	Orl	250 mg	Keppra	02247027	UCB	ACDEFGV
			Act Levetiracetam	02274183	TEV	ACDEFGV
			Apo-Levetiracetam	02285924	APX	ACDEFGV
			Auro-Levetiracetam	02375249	ARO	ACDEFGV
			Jamp Levetiracetam Tablets	02504553	JPC	ACDEFGV
			Jamp-Levetiracetam	02403005	JPC	ACDEFGV
			Levetiracetam	02454653	PMS	ACDEFGV
			Levetiracetam	02353342	SAS	ACDEFGV
			Levetiracetam	02442531	SIV	ACDEFGV
			Levetiracetam Tablets	02399776	AHI	ACDEFGV
			M-Levetiracetam	02524562	MRA	ACDEFGV
			Mint-Levetiracetam	02442388	MNT	ACDEFGV
			Nat-Levetiracetam	02440202	NAT	ACDEFGV
			NRA-Levetiracetam	02499193	NRA	ACDEFGV
			pms-Levetiracetam	02296101	PMS	ACDEFGV
			Riva-Levetiracetam	02482274	RIV	ACDEFGV
			Sandoz Levetiracetam	02461986	SDZ	ACDEFGV

Co.	Orl	500 mg	Keppra	02247028	UCB	ACDEFGV
			Act Levetiracetam	02274191	TEV	ACDEFGV
			Apo-Levetiracetam	02285932	APX	ACDEFGV
			Auro-Levetiracetam	02375257	ARO	ACDEFGV
			Jamp Levetiracetam Tablets	02504561	JPC	ACDEFGV
			Jamp-Levetiracetam	02403021	JPC	ACDEFGV
			Levetiracetam	02454661	PMS	ACDEFGV
			Levetiracetam	02353350	SAS	ACDEFGV
			Levetiracetam	02442558	SIV	ACDEFGV
			Levetiracetam Tablets	02399784	AHI	ACDEFGV
			M-Levetiracetam	02524570	MRA	ACDEFGV
			Mint-Levetiracetam	02442396	MNT	ACDEFGV
			Nat-Levetiracetam	02440210	NAT	ACDEFGV
			NRA-Levetiracetam	02499207	NRA	ACDEFGV
			pms-Levetiracetam	02296128	PMS	ACDEFGV
			Pro-Levetiracetam	02311380	PDL	ACDEFGV
			Riva-Levetiracetam	02482282	RIV	ACDEFGV
			Sandoz Levetiracetam	02461994	SDZ	ACDEFGV

N03AX14 LÉVÉTIRACÉTAM

Co. Orl 750 mg

Keppra	02247029	UCB	ACDEFGV
Act Levetiracetam	02274205	TEV	ACDEFGV
Apo-Levetiracetam	02285940	APX	ACDEFGV
Auro-Levetiracetam	02375265	ARO	ACDEFGV
Jamp Levetiracetam Tablets	02504588	JPC	ACDEFGV
Jamp-Levetiracetam	02403048	JPC	ACDEFGV
Levetiracetam	02454688	PMS	ACDEFGV
Levetiracetam	02353369	SAS	ACDEFGV
Levetiracetam	02442566	SIV	ACDEFGV
Levetiracetam Tablets	02399792	AHI	ACDEFGV
M-Levetiracetam	02524589	MRA	ACDEFGV
Mint-Levetiracetam	02442418	MNT	ACDEFGV
Nat-Levetiracetam	02440229	NAT	ACDEFGV
NRA-Levetiracetam	02499215	NRA	ACDEFGV
pms-Levetiracetam	02296136	PMS	ACDEFGV
Pro-Levetiracetam	02311399	PDL	ACDEFGV
Riva-Levetiracetam	02482290	RIV	ACDEFGV
Sandoz Levetiracetam	02462001	SDZ	ACDEFGV

Co. Orl 1000 mg

Sandoz Levetiracetam 02462028 SDZ ACDEFGV

Liq Orl 100 mg/mL

pdp-Levetiracetam 02490447 PDP (SA)

N03AX16 PRÉGABALINE

N03AX16 PRÉGABALINE

Caps Orl 25 mg

Lyrica	02268418	BGP	ACDEFGVW
Ach-Pregabalin	02449838	AHI	ACDEFGVW
Apo-Pregabalin	02394235	APX	ACDEFGVW
Auro-Pregabalin	02433869	ARO	ACDEFGVW
Jamp-Pregabalin	02435977	JPC	ACDEFGVW
M-Pregabalin	02467291	MRA	ACDEFGVW
Mint-Pregabalin	02423804	MNT	ACDEFGVW
Nat-Pregabalin	02494841	NAT	ACDEFGVW
NRA-Pregabalin	02479117	NRA	ACDEFGVW
pms-Pregabalin	02359596	PMS	ACDEFGVW
Pregabalin	02396483	PDL	ACDEFGVW
Pregabalin	02405539	SAS	ACDEFGVW
Pregabalin	02403692	SIV	ACDEFGVW
Sandoz Pregabalin	02390817	SDZ	ACDEFGVW
Taro-Pregabalin	02392801	SUN	ACDEFGVW
Teva-Pregabalin	02361159	TEV	ACDEFGVW

Caps Orl 50 mg

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

N03AX16 PRÉGABALINE

Caps Orl 75 mg

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

Caps Orl 150 mg

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

Caps Orl 225 mg

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

N03AX16 PRÉGABALINE

Caps Orl 300 mg

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

N03AX17 STIRIPENTOL

Caps Orl 250 mg

Diacomit 02398958 BOX (SA)

Caps Orl 500 mg

Diacomit 02398966 BOX (SA)

Pds. Orl 250 mg

Diacomit 02398974 BOX (SA)

Pds. Orl 500 mg

Diacomit 02398982 BOX (SA)

N03AX18 LACOSAMIDE

Co. Orl 50 mg

Vimpat 02357615 UCB ACDEFGV
 ACH-Lacosamide 02489287 AHI ACDEFGV
 Auro-Lacosamide 02475332 ARO ACDEFGV
 Jamp-Lacosamide 02488388 JPC ACDEFGV
 Lacosamide 02512874 SAS ACDEFGV
 Mar-Lacosamide 02487802 MAR ACDEFGV
 Mint-Lacosamide 02490544 MNT ACDEFGV
 NRA-Lacosamide 02499568 NRA ACDEFGV
 pharma-Lacosamide 02478196 PMS ACDEFGV
 Sandoz-Lacosamide 02474670 SDZ ACDEFGV
 Teva-Lacosamide 02472902 TEV ACDEFGV

N03AX18 LACOSAMIDE

Co.	Orl	100 mg	Vimpat	02357623	UCB	ACDEFGV
			ACH-Lacosamide	02489295	AHI	ACDEFGV
			Auro-Lacosamide	02475340	ARO	ACDEFGV
			Jamp-Lacosamide	02488396	JPC	ACDEFGV
			Lacosamide	02512882	SAS	ACDEFGV
			Mar-Lacosamide	02487810	MAR	ACDEFGV
			Mint-Lacosamide	02490552	MNT	ACDEFGV
			NRA-Lacosamide	02499576	NRA	ACDEFGV
			pharma-Lacosamide	02478218	PMS	ACDEFGV
			Sandoz-Lacosamide	02474689	SDZ	ACDEFGV
			Teva-Lacosamide	02472910	TEV	ACDEFGV

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

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

N03AX22 PÉRAMPANEL

Co.	Orl	2 mg	Fycompa	02404516	EIS	(SA)
-----	-----	------	---------	----------	-----	------

Co.	Orl	4 mg	Fycompa	02404524	EIS	(SA)
-----	-----	------	---------	----------	-----	------

N03AX22	PÉRAMPANEL							
Co.	Orl	6 mg	Fycompa	02404532	EIS	(SA)		
Co.	Orl	8 mg	Fycompa	02404540	EIS	(SA)		
Co.	Orl	10 mg	Fycompa	02404559	EIS	(SA)		
Co.	Orl	12 mg	Fycompa	02404567	EIS	(SA)		
N03AX23	BRIVARACÉTAM							
Co.	Orl	10 mg	Brivlera	02452936	UCB	(SA)		
Co.	Orl	25 mg	Brivlera	02452944	UCB	(SA)		
Co.	Orl	50 mg	Brivlera	02452952	UCB	(SA)		
Co.	Orl	75 mg	Brivlera	02452960	UCB	(SA)		
Co.	Orl	100 mg	Brivlera	02452979	UCB	(SA)		
N04	MÉDICAMENTS ANTI-PARKINSON							
N04A	AGENTS ANTI-CHOLINERGIQUES							
N04AA	AMINES TERTIAIRES							
N04AA01	TRIHXYPHÉNIDYLE							
Co.	Orl	2 mg	Trihex	00545058	AAP	ACDEFGV		
Co.	Orl	5 mg	Trihex	00545074	AAP	ACDEFGV		
N04AA04	PROCYCLIDINE							
Co.	Orl	2,5 mg	pdp-Procyclidine	00649392	PDP	ACDEFGV		
Co.	Orl	5 mg	pdp-Procyclidine	00587354	PDP	ACDEFGV		
Eix	Orl	2,5 mg / 5 mL	pdp-Procyclidine	00587362	PDP	ACDEFGV		
N04AA05	PROFÉNAMINE (ÉTHOPROPAZINE)							
Co.	Orl	50 mg	Parsitan	01927744	SLP	ACDEFGV		
N04AC	ÉTHERS DE TROPINE OU DÉRIVÉS DU TROPINE							
N04AC01	BENZYTROPINE							
Co.	Orl	1 mg	pdp-Benztropine	00706531	PDP	ACDEFGV		
Co.	Orl	2 mg	pdp-Benztropine	00426857	PDP	ACDEFGV		

N04AC01 BENZYTROPINE

Liq Inj 1 mg/mL

Benztropine Omega 02238903 OMG ACDEFGV

N04B AGENTS DOPAMINERGIQUES

N04BA DOPA ET DÉRIVÉS DU DOPA

N04BA02 LÉVODOPA ET INHIBITEUR DU DÉCARBOXYLASE

LÉVODOPA / BENSÉRAZIDE

Caps Orl 50 mg / 12,5 mg

Prolopa 00522597 HLR ACDEFGV

Caps Orl 100 mg / 25 mg

Prolopa 00386464 HLR ACDEFGV

Caps Orl 200 mg / 50 mg

Prolopa 00386472 HLR ACDEFGV

LÉVODOPA / CARBIDOPA

Co. Orl 100 mg / 10 mg

Apo-Levocarb 02195933 APX ACDEFGV

Auro-Levocarb 02531593 ARO ACDEFGV

Mint-Levocarb 02457954 MNT ACDEFGV

Teva-Levocarbidoa 02244494 TEV ACDEFGV

Co. Orl 100 mg / 25 mg

Apo-Levocarb 02195941 APX ACDEFGV

Auro-Levocarb 02531607 ARO ACDEFGV

Mint-Levocarb 02457962 MNT ACDEFGV

Teva-Levocarbidoa 02244495 TEV ACDEFGV

Co. Orl 250 mg / 25 mg

Apo-Levocarb 02195968 APX ACDEFGV

Auro-Levocarb 02531615 ARO ACDEFGV

Mint-Levocarb 02457970 MNT ACDEFGV

Teva-Levocarbidoa 02244496 TEV ACDEFGV

Co.L.L. Orl 100 mg / 25 mg

AA-Levocarb CR 02272873 AAP ACDEFGV

Co.L.L. Orl 200 mg / 50 mg

AA-Levocarb CR 02245211 AAP ACDEFGV

Gel Itt 20 mg / 5 mg/mL

Duodopa 02292165 ABV (SA)

N04BA03 LÉVODOPA, DECARBOXYLASE INHIBITEUR ET COMT INHIBITEUR

LÉVODOPA, CARBIDOPA, ENTACAPONE

Co. Orl 50 mg / 12,5 mg /
200 mg

Stalevo 02305933 SDZ (SA)

Co. Orl 75 mg / 18,75 mg /
200 mg

Stalevo 02337827 SDZ (SA)

Co. Orl 100 mg / 25 mg /
200 mg

Stalevo 02305941 SDZ (SA)

N04BA03 LÉVODOPA, DECARBOYLASE INHIBITEUR ET COMT INHIBITEUR

LÉVODOPA, CARBIDOPA, ENTACAPONE

Co. Orl 125 mg / 31,25 mg / 200 mg Stalevo 02337835 SDZ (SA)

Co. Orl 150 mg / 37,5 mg / 200 mg Stalevo 02305968 SDZ (SA)

N04BB DÉRIVÉS DE L'ADAMANTANE

N04BB01 AMANTADINE

Caps Orl 100 mg pdp-Amantadine Hydrochloride 01990403 PDP ACDEFGV

Sir. Orl 10 mg/mL Odan-Amantadine Syrup 02538601 ODN ACDEFGV

pdp-Amantadine 02022826 PDP ACDEFGV

N04BC AGONISTES DE LA DOPAMINE

N04BC04 ROPINIROLE

Co. Orl 0,25 mg Jamp-Ropinirole 02352338 JPC ACDEFV

Ran-Ropinirole 02314037 RAN ACDEFV

Ropinirole (Disc/non disp Dec 6/23) 02353040 SAS ACDEFV

Teva-Ropinirole 02316846 TEV ACDEFV

Co. Orl 1 mg Jamp-Ropinirole 02352346 JPC ACDEFV

Ran-Ropinirole 02314053 RAN ACDEFV

Teva-Ropinirole 02316854 TEV ACDEFV

Co. Orl 2 mg Jamp-Ropinirole 02352354 JPC ACDEFV

Ran-Ropinirole 02314061 RAN ACDEFV

Teva-Ropinirole 02316862 TEV ACDEFV

Co. Orl 5 mg Ran-Ropinirole 02314088 RAN ACDEFV

Teva-Ropinirole 02316870 TEV ACDEFV

N04BC05 PRAMIPEXOLE

Co. Orl 0,25 mg Mirapex 02237145 BOE ACDEFV

Act Pramipexole 02297302 TEV ACDEFV

Apo-Pramipexole 02292378 APX ACDEFV

Auro-Pramipexole 02424061 ARO ACDEFV

Pramipexole 02367602 SAS ACDEFV

Pramipexole 02309122 SIV ACDEFV

Sandoz Pramipexole 02315262 SDZ ACDEFV

N04BC05 PRAMIPEXOLE

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

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

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

N04BC07 APOMORPHINE

Liq	SC	30 mg / 3 mL	Movapo (Disc/non disp Jun 30/24)	02459132	PAL	(SA)
-----	----	--------------	----------------------------------	----------	-----	------

ODF	Orl	10 mg	Kynmobi	02500264	SNV	(SA)
-----	-----	-------	---------	----------	-----	------

ODF	Orl	15 mg	Kynmobi	02500272	SNV	(SA)
-----	-----	-------	---------	----------	-----	------

ODF	Orl	20 mg	Kynmobi	02500280	SNV	(SA)
-----	-----	-------	---------	----------	-----	------

ODF	Orl	25 mg	Kynmobi	02500299	SNV	(SA)
-----	-----	-------	---------	----------	-----	------

ODF	Orl	30 mg	Kynmobi	02500302	SNV	(SA)
-----	-----	-------	---------	----------	-----	------

N04BC09 ROTIGOTINE

Pth	Trd	2 mg	Neupro	02403900	UCB	(SA)
-----	-----	------	--------	----------	-----	------

Pth	Trd	4 mg	Neupro	02403927	UCB	(SA)
-----	-----	------	--------	----------	-----	------

Pth	Trd	6 mg	Neupro	02403935	UCB	(SA)
-----	-----	------	--------	----------	-----	------

N04BC09	ROTIGOTINE								
Pth	Trd	8 mg					Neupro	02403943	UCB (SA)
N04BD OXIDASE DE MONOAMINE, INHIBITEURS DE TYPE B									
N04BD01	SÉLÉGILINE								
Co.	Orl	5 mg					Novo-Selegiline	02068087	TEV ACDEFV
							Selegiline	02230641	AAP ACDEFV
N04BX AUTRES AGENTS DOPAMINERGIQUES									
N04BX02	ENTACAPONE								
Co.	Orl	200 mg					Comtan	02243763	SDZ ACDEFGV
							Sandoz Entacapone	02380005	SDZ ACDEFGV
							Teva-Entacapone	02375559	TEV ACDEFGV
N05 PSYCHOLEPTIQUES									
N05A ANTIPSYCHOTIQUES									
N05AA PHÉNOTHIAZINE AVEC CHAÎNE LATÉRALE ALIPHATIQUE									
N05AA01	CHLORPROMAZINE								
Co.	Orl	25 mg					Teva-Chlorpromazine	00232823	TEV ACDEFGVW
							Teva-Chlorpromazine	00232807	TEV ACDEFGVW
							Teva-Chlorpromazine	00232831	TEV ACDEFGVW
N05AA02	LÉVOMÉPROMAZINE (MÉTHOTRIMÉPRAZINE)								
Co.	Orl	2 mg					Methoprazine	02238403	AAP ACDEFGVW
							Methoprazine	02238404	AAP ACDEFGVW
							Methoprazine	02238405	AAP ACDEFGVW
							Methoprazine	02238406	AAP ACDEFGVW
Liq	Inj	25 mg/mL					Nozinan	01927698	SAV ACDEFVW
N05AB PHÉNOTHIAZINE À STRUCTURE DE PIPÉRAZINE									
N05AB02	FLUPHÉNAZINE								
Co.	Orl	1 mg					Fluphenazine	00405345	AAP ACDEFGV
							Fluphenazine	00410632	AAP ACDEFGV
							Fluphenazine	00405361	AAP ACDEFGV

N05AB03		PERPHÉNAZINE					
Co.	Orl	2 mg		Perphenazine	00335134	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	4 mg		Perphenazine	00335126	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	8 mg		Perphenazine	00335118	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	16 mg		Perphenazine	00335096	AAP	ACDEFGV
N05AB04		PROCHLORPÉRAZINE					
Co.	Orl	5 mg		Prochlorazine	00886440	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	10 mg		Prochlorazine	00886432	AAP	ACDEFGV
Supp.	Rt	10 mg		Sandoz Prochlorperazine	00789720	SDZ	ACDEFGV
N05AB06		TRIFLUOPÉRAZINE					
Co.	Orl	1 mg		Trifluoperazine	00345539	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	2 mg		Trifluoperazine	00312754	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	5 mg		Trifluoperazine	00312746	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	10 mg		Trifluoperazine	00326836	AAP	ACDEFGV
N05AC		PHÉNOTHIAZINES À STRUCTURE DE PIPÉRIDINE					
N05AC01		PÉRICYAZINE					
Caps	Orl	5 mg		Neuleptil	01926780	SLP	ACDEFGV
Caps	Orl	10 mg		Neuleptil	01926772	SLP	ACDEFGV
Caps	Orl	20 mg		Neuleptil	01926764	SLP	ACDEFGV
Gttes	Orl	10 mg/mL		Neuleptil	01926756	SLP	ACDEFGV
N05AD		DÉRIVÉS DU BUTYROPHÉNONE					
N05AD01		HALOPÉRIDOL					
Co.	Orl	0,5 mg		Teva-Haloperidol	00363685	TEV	ACDEFGVW
Co.	Orl	1 mg		Teva-Haloperidol	00363677	TEV	ACDEFGVW
Co.	Orl	2 mg		Teva-Haloperidol	00363669	TEV	ACDEFGVW

N05AD01 HALOPÉRIDOL

Co.	Orl	5 mg	Teva-Haloperidol	00363650	TEV	ACDEFGVW
Co.	Orl	10 mg	Teva-Haloperidol	00713449	TEV	ACDEFGVW
Liq	Inj	5 mg/mL	Haloperidol	00808652	SDZ	ACDEFGVW
			Haloperidol Injection	02366010	OMG	ACDEFGVW
Liq	Inj	100 mg/mL	Haloperidol LA	02130300	SDZ	ACDEFGVW

N05AE DÉRIVÉS DE L'INDOLE

N05AE04 ZIPRASIDONE

Caps	Orl	20 mg	Zeldox	02298597	UJC	ACDEFGV
			Auro-Ziprasidone	02449544	ARO	ACDEFGV
Caps	Orl	40 mg	Zeldox	02298600	UJC	ACDEFGV
			Auro-Ziprasidone	02449552	ARO	ACDEFGV
Caps	Orl	60 mg	Zeldox	02298619	UJC	ACDEFGV
			Auro-Ziprasidone	02449560	ARO	ACDEFGV
Caps	Orl	80 mg	Zeldox	02298627	UJC	ACDEFGV
			Auro-Ziprasidone	02449579	ARO	ACDEFGV

N05AE05 LURASIDONE

Co.	Orl	20 mg	Latuda	02422050	SNV	ACDEFGV
			Jamp Lurasidone	02516438	JPC	ACDEFGV
			pms-Lurasidone	02505878	PMS	ACDEFGV
			Sandoz Lurasidone	02521075	SDZ	ACDEFGV
			Taro-Lurasidone	02504499	TAR	ACDEFGV
Co.	Orl	40 mg	Latuda	02387751	SNV	ACDEFGV
			Jamp Lurasidone	02516446	JPC	ACDEFGV
			pms-Lurasidone	02505886	PMS	ACDEFGV
			Sandoz Lurasidone	02521091	SDZ	ACDEFGV
			Taro-Lurasidone	02504502	TAR	ACDEFGV
Co.	Orl	60 mg	Latuda	02413361	SNV	ACDEFGV
			Jamp Lurasidone	02516454	JPC	ACDEFGV
			pms-Lurasidone	02505894	PMS	ACDEFGV
			Sandoz Lurasidone	02521105	SDZ	ACDEFGV
			Taro-Lurasidone	02504510	TAR	ACDEFGV

N05AE05 LURASIDONE

Co. Orl 80 mg

Latuda	02387778	SNV	ACDEFGV
Jamp Lurasidone	02516462	JPC	ACDEFGV
pms-Lurasidone	02505908	PMS	ACDEFGV
Sandoz Lurasidone	02521113	SDZ	ACDEFGV
Taro-Lurasidone	02504529	TAR	ACDEFGV

Co. Orl 120 mg

Latuda	02387786	SNV	ACDEFGV
Jamp Lurasidone	02516470	JPC	ACDEFGV
pms-Lurasidone	02505916	PMS	ACDEFGV
Sandoz Lurasidone	02521121	SDZ	ACDEFGV
Taro-Lurasidone	02504537	TAR	ACDEFGV

N05AF DÉRIVÉS DU THIOXANTHÉNE**N05AF01 FLUPENTHIXOL**

Co. Orl 0,5 mg

Fluanxol 02156008 VLH ACDEFGV

Co. Orl 3 mg

Fluanxol 02156016 VLH ACDEFGV

Liq Inj 20 mg/mL

Fluanxol Depot 02156032 VLH ACDEFGV

Liq Inj 100 mg/mL

Fluanxol Depot 02156040 VLH ACDEFGV

N05AF05 ZUCLOPENTHIXOL

Co. Orl 10 mg

Clopixol 02230402 VLH ACDEFGV

Co. Orl 25 mg

Clopixol 02230403 VLH ACDEFGV

Liq Inj 200 mg/mL

Clopixol Depot 02230406 VLH ACDEFGV

N05AG DÉRIVÉS DE LA DIPHÉNYLBUTYLPIPÉRIDINE**N05AG02 PIMOZIDE**

Co. Orl 2 mg

Pimozide 02245432 AAP ACDEFGV

Co. Orl 4 mg

Pimozide 02245433 AAP ACDEFGV

N05AH DIAZÉPINES, OXAZÉPINES, THIAZÉPINES ET OXÉPINNES**N05AH01 LOXAPINE**

Co. Orl 2,5 mg

Xylac 02242868 PDP ACDEFGV

Co. Orl 10 mg

Xylac 02230838 PDP ACDEFGV

N05AH01	LOXAPINE						
Co.	Orl	25 mg		Xylac	02230839	PDP	ACDEFGV
N05AH02	CLOZAPINE						
Co.	Orl	25 mg		Clozaril	00894737	HLS	ACDEFGV
				AA-Clozapine	02248034	AAP	ACDEFGV
				Gen-Clozapine	02247243	MYL	ACDEFGV
Co.	Orl	50 mg		Clozaril	02490668	HLS	ACDEFGV
				AA-Clozapine	02458748	AAP	ACDEFGV
				Gen-Clozapine	02305003	MYL	ACDEFGV
Co.	Orl	100 mg		Clozaril	00894745	HLS	ACDEFGV
				AA-Clozapine	02248035	AAP	ACDEFGV
				Gen-Clozapine	02247244	MYL	ACDEFGV
Co.	Orl	200 mg		Clozaril	02490676	HLS	ACDEFGV
				AA-Clozapine	02458756	AAP	ACDEFGV
				Gen-Clozapine	02305011	MYL	ACDEFGV
N05AH03	OLANZAPINE						
Co.	Orl	2,5 mg		Zyprexa	02229250	LIL	ACDEFGVW
				Apo-Olanzapine	02281791	APX	ACDEFGVW
				Jamp-Olanzapine FC	02417243	JPC	ACDEFGVW
				Mint-Olanzapine	02410141	MNT	ACDEFGVW
				Olanzapine	02311968	PDL	ACDEFGVW
				Olanzapine	02372819	SAS	ACDEFGVW
				Olanzapine	02385864	SIV	ACDEFGVW
				pms-Olanzapine	02303116	PMS	ACDEFGVW
				Sandoz Olanzapine	02310341	SDZ	ACDEFGVW
				Teva-Olanzapine	02276712	TEV	ACDEFGVW

N05AH03 OLANZAPINE

Co. Orl 5 mg

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

Co. Orl 7,5 mg

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

Co. Orl 10 mg

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

N05AH03 OLANZAPINE

Co. Orl 15 mg

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

Co. Orl 20 mg

Zyprexa	02238851	LIL	ACDEFGVW
Apo-Olanzapine	02333015	APX	ACDEFGVW
Jamp-Olanzapine FC	02417308	JPC	ACDEFGVW
Olanzapine	02421704	PDL	ACDEFGVW
Olanzapine	02385910	SIV	ACDEFGVW
pms-Olanzapine	02367483	PMS	ACDEFGVW
Teva-Olanzapine	02359707	TEV	ACDEFGVW

Co.D.O. Orl 5 mg

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

N05AH03 OLANZAPINE

Co.D.O. Orl 10 mg

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

Co.D.O. Orl 15 mg

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

Co.D.O. Orl 20 mg

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

N05AH04 QUÉTIAPINE

N05AH04 QUÉTIAPINE

Co.	Orl	25 mg	Seroquel	02236951	AZE	ACDEFGVW
			Act Quetiapine	02316080	TEV	ACDEFGVW
			Apo-Quetiapine	02313901	APX	ACDEFGVW
			Apo-Quetiapine Fumarate	02501635	APX	ACDEFGVW
			Auro-Quetiapine	02390205	ARO	ACDEFGVW
			Jamp Quetiapine Fumarate	02390140	JPC	ACDEFGVW
			Jamp-Quetiapine	02330415	JPC	ACDEFGVW
			Mar-Quetiapine	02399822	MAR	ACDEFGVW
			Mint-Quetiapine	02438003	MNT	ACDEFGVW
			Nat-Quetiapine	02439158	NAT	ACDEFGVW
			pms-Quetiapine	02296551	PMS	ACDEFGVW
			Pro-Quetiapine	02317346	PDL	ACDEFGVW
			Quetiapine	02387794	AHI	ACDEFGVW
			Quetiapine	02353164	SAS	ACDEFGVW
			Quetiapine	02317893	SIV	ACDEFGVW
Co.	Orl	100 mg	Seroquel	02236952	AZE	ACDEFGVW
			Act Quetiapine	02316099	TEV	ACDEFGVW
			Apo-Quetiapine	02313928	APX	ACDEFGVW
			Apo-Quetiapine Fumarate	02501643	APX	ACDEFGVW
			Auro-Quetiapine	02390213	ARO	ACDEFGVW
			Jamp Quetiapine Fumarate	02390159	JPC	ACDEFGVW
			Jamp-Quetiapine	02330423	JPC	ACDEFGVW
			Mar-Quetiapine	02399830	MAR	ACDEFGVW
			Mint-Quetiapine	02438011	MNT	ACDEFGVW
			Nat-Quetiapine	02439166	NAT	ACDEFGVW
			pms-Quetiapine	02296578	PMS	ACDEFGVW
			Pro-Quetiapine	02317354	PDL	ACDEFGVW
			Quetiapine	02387808	AHI	ACDEFGVW
			Quetiapine	02353172	SAS	ACDEFGVW
			Quetiapine	02317907	SIV	ACDEFGVW
Co.	Orl	150 mg	Nat-Quetiapine	02439174	NAT	AEFGVW

N05AH04 QUÉTIAPINE

Co. Orl 200 mg

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

Co. Orl 300 mg

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

N05AH04 QUÉTIAPINE

Co.L.P. Orl 50 mg

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

Co.L.P. Orl 150 mg

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

Co.L.P. Orl 200 mg

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

N05AH04 QUÉTIAPINE

Co.L.P. Orl 300 mg

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

Co.L.P. Orl 400 mg

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

N05AH05 ASÉNAPINE

Co.S.L. Orl 5 mg

Saphris (Sublingual) 02374803 ORG (SA)

Co.S.L. Orl 10 mg

Saphris (Sublingual) 02374811 ORG (SA)

N05AN LITHIUM

N05AN01 LITHIUM

Caps Orl 150 mg

Carbolith	00461733	BSL	ACDEFGV
Lithane	02013231	SLP	ACDEFGV
Apo-Lithium Carbonate	02242837	APX	ACDEFGV
pms-Lithium Carbonate	02216132	PMS	ACDEFGV

Caps Orl 300 mg

Carbolith	00236683	BSL	ACDEFGV
Lithane	00406775	SLP	ACDEFGV
Apo-Lithium Carbonate	02242838	APX	ACDEFGV
pms-Lithium Carbonate	02216140	PMS	ACDEFGV

N05AN01 LITHIUM

Caps Orl 600 mg

Carbolith 02011239 BSL ACDEFGV

Co.L.L. Orl 300 mg

Lithmax SR 02266695 AAP ACDEFGV

N05AX AUTRES ANTIPSYCHOTIQUES

N05AX08 RISPÉRIDONE

Co. Orl 0,25 mg

Apo-Risperidone 02282119 APX ACDEFGV
Jamp-Risperidone 02359529 JPC ACDEFGV
Mar-Risperidone 02371766 MAR ACDEFGV
Mint-Risperidone 02359790 MNT ACDEFGV
pms-Risperidone 02252007 PMS ACDEFGV
Ran-Risperidone 02328305 SUN ACDEFGV
Risperidone 02356880 SAS ACDEFGV
Sandoz Risperidone 02303655 SDZ ACDEFGV
Teva-Risperidone 02282690 TEV ACDEFGV

Co. Orl 0,5 mg

Apo-Risperidone 02282127 APX ACDEFGV
Jamp-Risperidone 02359537 JPC ACDEFGV
Mar-Risperidone 02371774 MAR ACDEFGV
Mint-Risperidone 02359804 MNT ACDEFGV
pms-Risperidone 02252015 PMS ACDEFGV
Ran-Risperidone 02328313 SUN ACDEFGV
Risperidone 02356899 SAS ACDEFGV
Sandoz Risperidone 02303663 SDZ ACDEFGV

Co. Orl 1 mg

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

N05AX08 RISPÉRIDONE

Co.	Orl	2 mg	Apo-Risperidone	02282143	APX	ACDEFGV
			Jamp-Risperidone	02359553	JPC	ACDEFGV
			Mar-Risperidone	02371790	MAR	ACDEFGV
			Mint-Risperidone	02359820	MNT	ACDEFGV
			pms-Risperidone	02252031	PMS	ACDEFGV
			Ran-Risperidone	02328348	SUN	ACDEFGV
			Risperidone	02356910	SAS	ACDEFGV
			Sandoz Risperidone	02279819	SDZ	ACDEFGV
			Teva-Risperidone	02264218	TEV	ACDEFGV
Co.	Orl	3 mg	Apo-Risperidone	02282151	APX	ACDEFGV
			Jamp-Risperidone	02359561	JPC	ACDEFGV
			Mar-Risperidone	02371804	MAR	ACDEFGV
			Mint-Risperidone	02359839	MNT	ACDEFGV
			pms-Risperidone	02252058	PMS	ACDEFGV
			Ran-Risperidone	02328364	SUN	ACDEFGV
			Risperidone	02356929	SAS	ACDEFGV
			Sandoz Risperidone	02279827	SDZ	ACDEFGV
			Teva-Risperidone	02264226	TEV	ACDEFGV
Co.	Orl	4 mg	Apo-Risperidone	02282178	APX	ACDEFGV
			Jamp-Risperidone	02359588	JPC	ACDEFGV
			Mar-Risperidone	02371812	MAR	ACDEFGV
			Mint-Risperidone	02359847	MNT	ACDEFGV
			pms-Risperidone	02252066	PMS	ACDEFGV
			Risperidone	02356937	SAS	ACDEFGV
			Sandoz Risperidone	02279835	SDZ	ACDEFGV
			Taro-Risperidone	02328372	SUN	ACDEFGV
			Teva-Risperidone	02264234	TEV	ACDEFGV
Liq	Orl	1 mg/mL	Risperdal	02236950	JAN	ACDEFGV
			Jamp-Risperidone	02454319	JPC	ACDEFGV
			pms-Risperidone	02279266	PMS	ACDEFGV
Pds.	IM	12,5 mg	Risperdal Consta	02298465	JAN	(SA)
Pds.	IM	25 mg	Risperdal Consta	02255707	JAN	(SA)
Pds.	IM	37,5 mg	Risperdal Consta	02255723	JAN	(SA)

N05AX08 RISPÉRIDONE

Pds. IM 50 mg

Risperdal Consta 02255758 JAN (SA)

N05AX12 ARIPIPRAZOLE

Co. Orl 2 mg

Abilify 02322374 OTS ACDEFGV
Apo-Aripiprazole 02471086 APX ACDEFGV
Aripiprazole 02506688 SAS ACDEFGV
Auro-Aripiprazole 02460025 ARO ACDEFGV
Mint-Aripiprazole 02483556 MNT ACDEFGV
pms-Aripiprazole 02466635 PMS ACDEFGV
Sandoz Aripiprazole 02473658 SDZ ACDEFGV

Co. Orl 5 mg

Abilify 02322382 OTS ACDEFGV
Apo-Aripiprazole 02471094 APX ACDEFGV
Aripiprazole 02506718 SAS ACDEFGV
Auro-Aripiprazole 02460033 ARO ACDEFGV
Mint-Aripiprazole 02483564 MNT ACDEFGV
pms-Aripiprazole 02466643 PMS ACDEFGV
Sandoz Aripiprazole 02473666 SDZ ACDEFGV

Co. Orl 10 mg

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

Co. Orl 15 mg

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

N05AX12		ARIPIPRAZOLE						
Co.	Orl	20 mg		Abilify	02322412	OTS	ACDEFGV	
				Apo-Aripiprazole	02471124	APX	ACDEFGV	
				Aripiprazole	02506750	SAS	ACDEFGV	
				Auro-Aripiprazole	02460076	ARO	ACDEFGV	
				Mint-Aripiprazole	02483599	MNT	ACDEFGV	
				pms-Aripiprazole	02466686	PMS	ACDEFGV	
				Sandoz Aripiprazole	02473690	SDZ	ACDEFGV	
Co.		Orl	30 mg					
				Abilify	02322455	OTS	ACDEFGV	
				Apo-Aripiprazole	02471132	APX	ACDEFGV	
				Aripiprazole	02506785	SAS	ACDEFGV	
				Auro-Aripiprazole	02460084	ARO	ACDEFGV	
				Mint-Aripiprazole	02483602	MNT	ACDEFGV	
				pms-Aripiprazole	02466694	PMS	ACDEFGV	
				Sandoz Aripiprazole	02473704	SDZ	ACDEFGV	
Pds.	IM	300 mg		Abilify Maintena	02420864	OTS	(SA)	
Pds.	IM	400 mg		Abilify Maintena	02420872	OTS	(SA)	
N05AX13		PALIPÉRIDONE						
		PALMITATE DE PALIPÉRIDONE						
Liq	IM	175 mg / 0,875 mL		Invega Trinza	02455943	JAN	(SA)	
Liq	IM	263 mg / 1,315 mL		Invega Trinza	02455986	JAN	(SA)	
Liq	IM	350 mg / 1,75 mL		Invega Trinza	02455994	JAN	(SA)	
Liq	IM	525 mg / 2,625 mL		Invega Trinza	02456001	JAN	(SA)	
Susp	IM	50 mg / 0,5 mL		Invega Sustenna	02354217	JAN	(SA)	
Susp	IM	75 mg / 0,75 mL		Invega Sustenna	02354225	JAN	(SA)	
Susp	IM	100 mg/mL		Invega Sustenna	02354233	JAN	(SA)	
Susp	IM	150 mg / 1,5 mL		Invega Sustenna	02354241	JAN	(SA)	
N05AX16		BREPPIPRAZOLE						
Co.	Orl	0,25 mg		Rexulti	02461749	OTS	ACDEFGV	

N05AX16	BREXPIPIRAZOLE					
Co.	Orl	0,50 mg	Rexulti	02461757	OTS	ACDEFGV
Co.	Orl	1 mg	Rexulti	02461765	OTS	ACDEFGV
Co.	Orl	2 mg	Rexulti	02461773	OTS	ACDEFGV
Co.	Orl	3 mg	Rexulti	02461781	OTS	ACDEFGV
Co.	Orl	4 mg	Rexulti	02461803	OTS	ACDEFGV

N05B ANXIOLYTIQUES

N05BA DÉRIVÉS DU BENZODIAZEPINE

N05BA01	DIAZÉPAM					
Co.	Orl	2 mg	Diazepam	00405329	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	5 mg	Valium	00013285	SLP	ACDEFGV
			Diazepam	00362158	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	10 mg	Diazepam	00405337	AAP	ACDEFGV
Liq	Inj	5 mg/mL	Diazepam	00399728	SDZ	ACDEFGV

N05BA02	CHLORDIAZÉPOXIDE					
Caps	Orl	5 mg	Chlordiazepoxide	00522724	AAP	ACDEFGV
Caps	Orl	10 mg	Chlordiazepoxide	00522988	AAP	ACDEFGV
Caps	Orl	25 mg	Chlordiazepoxide	00522996	AAP	ACDEFGV

N05BA04	OXAZÉPAM					
Co.	Orl	10 mg	Apo-Oxazepam	00402680	APX	ACDEFGV
Co.	Orl	15 mg	Apo-Oxazepam	00402745	APX	ACDEFGV
Co.	Orl	30 mg	Apo-Oxazepam	00402737	APX	ACDEFGV

N05BA05	CLORAZÉPATE DIPOTASSIQUE					
Caps	Orl	3,75 mg	Clorazepate	00860689	AAP	ACDEFGV
Caps	Orl	7,5 mg	Clorazepate	00860700	AAP	ACDEFGV
Caps	Orl	15 mg	Clorazepate	00860697	AAP	ACDEFGV

N05BA06		LORAZÉPAM							
Co.	Orl	0,5 mg		Ativan	02041413	PFI	ACDEFGVW		
				Apo-Lorazepam	00655740	APX	ACDEFGVW		
				pms-Lorazepam	00728187	PMS	ACDEFGVW		
				Teva-Lorazepam	00711101	TEV	ACDEFGVW		
Co.	Orl	1 mg		Ativan	02041421	PFI	ACDEFGVW		
				Apo-Lorazepam	00655759	APX	ACDEFGVW		
				pms-Lorazepam	00728195	PMS	ACDEFGVW		
				Teva-Lorazepam	00637742	TEV	ACDEFGVW		
Co.	Orl	2 mg		Ativan	02041448	PFI	ACDEFGVW		
				Apo-Lorazepam	00655767	APX	ACDEFGVW		
				pms-Lorazepam	00728209	PMS	ACDEFGVW		
				Teva-Lorazepam	00637750	TEV	ACDEFGVW		
Co.S.L.	Orl	0,5 mg		Ativan SL	02041456	PFI	ACDEFGVW		
				Lorazepam Sublingual	02410745	AAP	ACDEFGVW		
Co.S.L.	Orl	1 mg		Ativan SL	02041464	PFI	ACDEFGVW		
				Lorazepam Sublingual	02410753	AAP	ACDEFGVW		
Co.S.L.	Orl	2 mg		Ativan SL	02041472	PFI	ACDEFGVW		
				Lorazepam Sublingual	02410761	AAP	ACDEFGVW		
Liq	Inj	4 mg/mL		Lorazepam	02243278	SDZ	ACDEFVW		
N05BA08		BROMAZÉPAM							
Co.	Orl	3 mg		Apo-Bromazepam	02177161	APX	ACDEFGV		
				Teva-Bromazepam	02230584	TEV	ACDEFGV		
Co.	Orl	6 mg		Apo-Bromazepam	02177188	APX	ACDEFGV		
				Teva-Bromazepam	02230585	TEV	ACDEFGV		
N05BA09		CLOBAZAM							
Co.	Orl	10 mg		Apo-Clobazam	02244638	APX	ACDEFGV		
				Teva-Clobazam	02238334	TEV	ACDEFGV		
N05BA12		ALPRAZOLAM							
Co.	Orl	0,25 mg		Xanax	00548359	UJC	ACDEFGV		
				Apo-Alpraz	00865397	APX	ACDEFGV		
				Teva-Alprazolam	01913484	TEV	ACDEFGV		

N05BA12 ALPRAZOLAM

Co. Orl 0,5 mg

Xanax 00548367 UJC ACDEFGV
Apo-Alpraz 00865400 APX ACDEFGV
Teva-Alprazolam 01913492 TEV ACDEFGV

N05BB DÉRIVÉS DU DIPHENYLMETHANE

N05BB01 HYDROXYZINE

Caps Orl 10 mg

Hydroxyzine 00646059 AAP ACDEFGVW
Novo-Hydroxyzine 00738824 TEV ACDEFGVW

Caps Orl 25 mg

Hydroxyzine 00646024 AAP ACDEFGVW
Novo-Hydroxyzine 00738832 TEV ACDEFGVW

Caps Orl 50 mg

Hydroxyzine 00646016 AAP ACDEFGVW
Novo-Hydroxyzine 00738840 TEV ACDEFGVW

Sir. Orl 2 mg/mL

Atarax 00024694 SLP ACDEFGVW

N05BE DÉRIVÉS DE L'AZASPIRODECANEDIONE

N05BE01 BUSPIRONE

Co. Orl 10 mg

Apo-Buspirone 02211076 APX ACDEFGV
Auro-Buspirone 02500213 ARO ACDEFGV
Buspirone 02447851 SAS ACDEFGV
Jamp Buspirone 02509911 JPC ACDEFGV
Mint-Buspirone 02519054 MNT ACDEFGV
pms-Buspirone 02230942 PMS ACDEFGV
Teva-Buspirone 02231492 TEV ACDEFGV

N05C HYPNOTIQUES ET SEDATIFS

N05CD DÉRIVÉS DU BENZODIAZEPINE

N05CD01 FLURAZÉPAM

Caps Orl 15 mg

Flurazepam 00521698 AAP ACDEFGV

Caps Orl 30 mg

Flurazepam 00521701 AAP ACDEFGV

N05CD02 NITRAZÉPAM

Co. Orl 5 mg

Mogadon 00511528 AAP ACDEFGV

Co. Orl 10 mg

Mogadon 00511536 AAP ACDEFGV

N05CD05 TRIAZOLAM

Co. Orl 0,25 mg

Triazolam 00808571 AAP ACDEFGV

N05CD07	TÉMAZÉPAM							
Caps	Orl	15 mg		Restoril	00604453	AAP	ACDEFGV	
Caps	Orl	30 mg		Restoril	00604461	AAP	ACDEFGV	
N05CD08	MIDAZOLAM							
Liq	Inj	1 mg/mL		Midazolam	02240285	SDZ	ACDEFGVW	
Liq	Inj	5 mg/mL		Midazolam	02240286	SDZ	ACDEFGVW	

N05CF MÉDICAMENTS LIÉS AU BENZODIAZÉPINE

N05CF01	ZOPICLONE							
Co.	Orl	3,75 mg		pms-Zopiclone	02458543	PMS	ACDEFGV	
Co.	Orl	5 mg		Apo-Zopiclone	02245077	APX	ACDEFGV	
				Jamp-Zopiclone	02406969	JPC	ACDEFGV	
				M-Zopiclone	02467941	MRA	ACDEFGV	
				Mar-Zopiclone	02386771	MAR	ACDEFGV	
				Mint-Zopiclone	02391716	MNT	ACDEFGV	
				NRA-Zopiclone	02477378	NRA	ACDEFGV	
				pms-Zopiclone	02243426	PMS	ACDEFGV	
				ratio-Zopiclone	02246534	TEV	ACDEFGV	
				Zopiclone	02344122	SAS	ACDEFGV	
				Zopiclone	02385821	SIV	ACDEFGV	
Co.	Orl	7,5 mg		Imovane	01926799	SAV	ACDEFGV	
				Apo-Zopiclone	02218313	APX	ACDEFGV	
				Jamp-Zopiclone	02406977	JPC	ACDEFGV	
				M-Zopiclone	02467968	MRA	ACDEFGV	
				Mar-Zopiclone	02386798	MAR	ACDEFGV	
				Mint-Zopiclone	02391724	MNT	ACDEFGV	
				NRA-Zopiclone	02477386	NRA	ACDEFGV	
				pms-Zopiclone	02240606	PMS	ACDEFGV	
				ratio-Zopiclone	02242481	TEV	ACDEFGV	
				Zopiclone	02282445	SAS	ACDEFGV	
				Zopiclone	02385848	SIV	ACDEFGV	

N06 PSYCHOANALEPTIQUES

N06A ANTIDEPRESSIFS

N06AA INHIBITEURS DE LA MONOAMINE NON SÉLECTIFS DU RECAPTAGE

N06AA01	DÉSIPRAMINE							
---------	-------------	--	--	--	--	--	--	--

N06AA01	DÉSIPRAMINE					
Co.	Orl	10 mg	Desipramine	02216248	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	25 mg	Desipramine	02216256	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	50 mg	Desipramine	02216264	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	75 mg	Desipramine	02216272	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	100 mg	Desipramine	02216280	AAP	ACDEFGV
N06AA02	IMIPRAMINE					
Co.	Orl	10 mg	Imipramine	00360201	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	25 mg	Imipramine	00312797	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	50 mg	Imipramine	00326852	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	75 mg	Imipramine	00644579	AAP	ACDEFGV
N06AA04	CLOMIPRAMINE					
Caps	Orl	25 mg	Taro-Clomipramine	02497506	TAR	ACDEFGV
Caps	Orl	50 mg	Taro-Clomipramine	02497514	TAR	ACDEFGV
Co.	Orl	10 mg	Anafranil	00330566	APX	ACDEFGV
Co.	Orl	25 mg	Anafranil	00324019	APX	ACDEFGV
Co.	Orl	50 mg	Anafranil	00402591	APX	ACDEFGV
N06AA06	TRIMIPRAMINE					
Co.	Orl	12,5 mg	Trimipramine	00740799	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	25 mg	Trimipramine	00740802	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	50 mg	Trimipramine	00740810	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	75 mg	Trimipramine	02070987	AAP	ACDEFGV
Co.	Orl	100 mg	Trimipramine	00740829	AAP	ACDEFGV
N06AA09	AMITRIPTYLINE					

N06AA09 AMITRIPTYLINE

Co.	Orl	10 mg	Elavil	00335053	AAP	ACDEFGV
			Amitriptyline	00370991	PDL	ACDEFGV
			Apo-Amitriptyline	02403137	APX	ACDEFGV
Co.	Orl	25 mg	Elavil	00335061	AAP	ACDEFGV
			Amitriptyline	00371009	PDL	ACDEFGV
			Apo-Amitriptyline	02403145	APX	ACDEFGV
Co.	Orl	50 mg	Elavil	00335088	AAP	ACDEFGV
			Apo-Amitriptyline	02403153	APX	ACDEFGV
Co.	Orl	75 mg	Elavil	00754129	AAP	ACDEFGV
			Apo-Amitriptyline	02403161	APX	ACDEFGV

N06AA10 NORTRIPTYLINE

Caps	Orl	10 mg	Aventyl	00015229	AAP	ACDEFGV
Caps	Orl	25 mg	Aventyl	00015237	AAP	ACDEFGV

N06AA12 DOXÉPINE

Caps	Orl	10 mg	Sinequan	00024325	AAP	ACDEFGV
Caps	Orl	25 mg	Sinequan	00024333	AAP	ACDEFGV
Caps	Orl	50 mg	Sinequan	00024341	AAP	ACDEFGV

N06AB INHIBITEURS SPECIFIQUES DU RECAPTAGE DE LA SEROTONINE

N06AB03 FLUOXÉTINE

Caps	Orl	10 mg	Prozac	02018985	LIL	ACDEFGV
			Apo-Fluoxetine	02216353	APX	ACDEFGV
			Auro-Fluoxetine	02385627	ARO	ACDEFGV
			Fluoxetine	02393441	AHI	ACDEFGV
			Fluoxetine	02286068	SAS	ACDEFGV
			Fluoxetine	02374447	SIV	ACDEFGV
			Jamp-Fluoxetine	02401894	JPC	ACDEFGV
			M-Fluoxetine	02529432	MRA	ACDEFGV
			NRA-Fluoxetine	02503875	NRA	ACDEFGV
			pms-Fluoxetine	02177579	PMS	ACDEFGV
			Teva-Fluoxetine	02216582	TEV	ACDEFGV

N06AB03 FLUOXÉTINE

Caps Orl 20 mg

Prozac 00636622 LIL ACDEFGV
 Apo-Fluoxetine 02216361 APX ACDEFGV
 Auro-Fluoxetine 02385635 ARO ACDEFGV
 Fluoxetine 02383241 AHI ACDEFGV
 Fluoxetine 02286076 SAS ACDEFGV
 Fluoxetine 02374455 SIV ACDEFGV
 Jamp-Fluoxetine 02386402 JPC ACDEFGV
 M-Fluoxetine 02529440 MRA ACDEFGV
 NRA-Fluoxetine 02503883 NRA ACDEFGV
 pms-Fluoxetine 02177587 PMS ACDEFGV
 Teva-Fluoxetine 02216590 TEV ACDEFGV

Caps Orl 40 mg

pms-Fluoxetine 02464640 PMS ACDEFGV

Caps Orl 60 mg

pms-Fluoxetine 02464659 PMS ACDEFGV

Liq Orl 20 mg / 5 mL

Apo-Fluoxetine 02231328 APX (SA)
 Odan-Fluoxetine 02459361 ODN (SA)

N06AB04 CITALOPRAM

Co. Orl 10 mg

Citalopram 02430517 JPC ACDEFGV
 Citalopram 02445719 SAS ACDEFGV
 Citalopram 02387948 SIV ACDEFGV
 Citalopram-10 02325047 PDL ACDEFGV
 Mar-Citalopram 02371871 MAR ACDEFGV
 Mint-Citalopram 02429691 MNT ACDEFGV
 Nat-Citalopram 02409003 NAT ACDEFGV
 pms-Citalopram 02270609 PMS ACDEFGV
 Teva-Citalopram 02312336 TEV ACDEFGV

N06AB04 CITALOPRAM

Co. Orl 20 mg

Celexa	02239607	VLH	ACDEFGV
Apo-Citalopram	02246056	APX	ACDEFGV
Auro-Citalopram	02275562	ARO	ACDEFGV
CCP-Citalopram	02459914	CCM	ACDEFGV
Citalopram	02430541	JPC	ACDEFGV
Citalopram	02353660	SAS	ACDEFGV
Citalopram	02387956	SIV	ACDEFGV
Citalopram-20	02257513	PDL	ACDEFGV
Mar-Citalopram	02371898	MAR	ACDEFGV
Mint-Citalopram	02429705	MNT	ACDEFGV
Nat-Citalopram	02409011	NAT	ACDEFGV
pms-Citalopram	02248010	PMS	ACDEFGV
Septa-Citalopram	02355272	SPT	ACDEFGV
Teva-Citalopram	02293218	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 30 mg

CTP 30 02296152 SNV ACDEFGV

Co. Orl 40 mg

Celexa	02239608	VLH	ACDEFGV
Apo-Citalopram	02246057	APX	ACDEFGV
Auro-Citalopram	02275570	ARO	ACDEFGV
CCP-Citalopram	02459922	CCM	ACDEFGV
Citalopram	02430568	JPC	ACDEFGV
Citalopram	02353679	SAS	ACDEFGV
Citalopram	02387964	SIV	ACDEFGV
Citalopram-40	02257521	PDL	ACDEFGV
Mar-Citalopram	02371901	MAR	ACDEFGV
Mint-Citalopram	02429713	MNT	ACDEFGV
Nat-Citalopram	02409038	NAT	ACDEFGV
pms-Citalopram	02248011	PMS	ACDEFGV
Septa-Citalopram	02355280	SPT	ACDEFGV
Teva-Citalopram	02293226	TEV	ACDEFGV

N06AB05 PAROXÉTINE

N06AB05 PAROXÉTINE

Co. Orl 10 mg

Paxil	02027887	GSK	ACDEFGV
Apo-Paroxetine	02240907	APX	ACDEFGV
Auro-Paroxetine	02383276	ARO	ACDEFGV
Jamp Paroxetine Tablets	02507773	JPC	ACDEFGV
Jamp-Paroxetine	02368862	JPC	ACDEFGV
M-Paroxetine	02467402	MRA	ACDEFGV
Mar-Paroxetine	02411946	MAR	ACDEFGV
Mint-Paroxetine	02421372	MNT	ACDEFGV
NRA-Paroxetine	02479753	NRA	ACDEFGV
Paroxetine	02282844	SAS	ACDEFGV
Paroxetine	02388227	SIV	ACDEFGV
pms-Paroxetine	02247750	PMS	ACDEFGV
Teva-Paroxetine	02248556	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 20 mg

Paxil	01940481	GSK	ACDEFGV
Apo-Paroxetine	02240908	APX	ACDEFGV
Auro-Paroxetine	02383284	ARO	ACDEFGV
Jamp Paroxetine Tablets	02507781	JPC	ACDEFGV
Jamp-Paroxetine	02368870	JPC	ACDEFGV
M-Paroxetine	02467410	MRA	ACDEFGV
Mar-Paroxetine	02411954	MAR	ACDEFGV
Mint-Paroxetine	02421380	MNT	ACDEFGV
NRA-Paroxetine	02479761	NRA	ACDEFGV
Paroxetine	02248914	PDL	ACDEFGV
Paroxetine	02282852	SAS	ACDEFGV
Paroxetine	02388235	SIV	ACDEFGV
pms-Paroxetine	02247751	PMS	ACDEFGV
Teva-Paroxetine	02248557	TEV	ACDEFGV

N06AB05 PAROXÉTINE

Co. Orl 30 mg

Paxil	01940473	GSK	ACDEFGV
Apo-Paroxetine	02240909	APX	ACDEFGV
Auro-Paroxetine	02383292	ARO	ACDEFGV
Jamp Paroxetine Tablets	02507803	JPC	ACDEFGV
Jamp-Paroxetine	02368889	JPC	ACDEFGV
M-Paroxetine	02467429	MRA	ACDEFGV
Mar-Paroxetine	02411962	MAR	ACDEFGV
Mint-Paroxetine	02421399	MNT	ACDEFGV
NRA-Paroxetine	02479788	NRA	ACDEFGV
Paroxetine	02248915	PDL	ACDEFGV
Paroxetine	02282860	SAS	ACDEFGV
Paroxetine	02388243	SIV	ACDEFGV
pms-Paroxetine	02247752	PMS	ACDEFGV

N06AB06 SERTRALINE

Caps Orl 25 mg

Zoloft	02132702	UJC	ACDEFGV
Apo-Sertraline	02238280	APX	ACDEFGV
Auro-Sertraline	02390906	ARO	ACDEFGV
M-Sertraline	02530937	MRA	ACDEFGV
Mar-Sertraline	02399415	MAR	ACDEFGV
Mint-Sertraline	02402378	MNT	ACDEFGV
NRA-Sertraline	02488434	NRA	ACDEFGV
pms-Sertraline	02244838	PMS	ACDEFGV
Sertraline	02469626	JPC	ACDEFGV
Sertraline	02353520	SAS	ACDEFGV
Sertraline	02386070	SIV	ACDEFGV
Teva-Sertraline	02240485	TEV	ACDEFGV

N06AB06 SERTRALINE

Caps Orl 50 mg

Zoloft 01962817 UJC ACDEFGV
 Apo-Sertraline 02238281 APX ACDEFGV
 Auro-Sertraline 02390914 ARO ACDEFGV
 M-Sertraline 02530945 MRA ACDEFGV
 Mar-Sertraline 02399423 MAR ACDEFGV
 Mint-Sertraline 02402394 MNT ACDEFGV
 NRA-Sertraline 02488442 NRA ACDEFGV
 pms-Sertraline 02244839 PMS ACDEFGV
 Sertraline 02469634 JPC ACDEFGV
 Sertraline 02353539 SAS ACDEFGV
 Sertraline 02386089 SIV ACDEFGV
 Teva-Sertraline 02240484 TEV ACDEFGV

Caps Orl 100 mg

Zoloft 01962779 UJC ACDEFGV
 Apo-Sertraline 02238282 APX ACDEFGV
 Auro-Sertraline 02390922 ARO ACDEFGV
 M-Sertraline 02530953 MRA ACDEFGV
 Mar-Sertraline 02399431 MAR ACDEFGV
 Mint-Sertraline 02402408 MNT ACDEFGV
 NRA-Sertraline 02488450 NRA ACDEFGV
 pms-Sertraline 02244840 PMS ACDEFGV
 Sertraline 02469642 JPC ACDEFGV
 Sertraline 02353547 SAS ACDEFGV
 Sertraline 02386097 SIV ACDEFGV
 Teva-Sertraline 02240481 TEV ACDEFGV

N06AB08 FLUVOXAMINE

Co. Orl 50 mg

Luvox 01919342 BGP ACDEFGV
 Act Fluvoxamine 02255529 TEV ACDEFGV
 Apo-Fluvoxamine 02231329 APX ACDEFGV

Co. Orl 100 mg

Luvox 01919369 BGP ACDEFGV
 Act Fluvoxamine 02255537 TEV ACDEFGV
 Apo-Fluvoxamine 02231330 APX ACDEFGV

N06AB10 ESCITALOPRAM

N06AB10 ESCITALOPRAM

Co. Orl 10 mg

Cipralext	02263238	VLH	ACDEFGV
Ach-Escitalopram	02434652	AHI	ACDEFGV
Apo-Escitalopram	02295016	APX	ACDEFGV
Auro-Escitalopram	02397358	ARO	ACDEFGV
Escitalopram	02430118	SAS	ACDEFGV
Escitalopram	02429039	SIV	ACDEFGV
Jamp-Escitalopram	02429780	JPC	ACDEFGV
M-Escitalopram	02471418	MRA	ACDEFGV
Mar-Escitalopram	02423480	MAR	ACDEFGV
Mint-Escitalopram	02407418	MNT	ACDEFGV
Mylan-Escitalopram	02309467	MYL	ACDEFGV
Nat-Escitalopram	02440296	NAT	ACDEFGV
NRA-Escitalopram	02476851	NRA	ACDEFGV
pms-Escitalopram	02469243	PMS	ACDEFGV
Sandoz Escitalopram	02364077	SDZ	ACDEFGV
Taro-Escitalopram	02385481	SUN	ACDEFGV
Teva-Escitalopram	02318180	TEV	ACDEFGV

Co. Orl 15 mg

Kye-Escitalopram	02512653	KYE	ACDEFGV
------------------	----------	-----	---------

Co. Orl 20 mg

Cipralext	02263254	VLH	ACDEFGV
Ach-Escitalopram	02434660	AHI	ACDEFGV
Apo-Escitalopram	02295024	APX	ACDEFGV
Auro-Escitalopram	02397374	ARO	ACDEFGV
Escitalopram	02430126	SAS	ACDEFGV
Escitalopram	02429047	SIV	ACDEFGV
Jamp-Escitalopram	02429799	JPC	ACDEFGV
M-Escitalopram	02471426	MRA	ACDEFGV
Mar-Escitalopram	02423502	MAR	ACDEFGV
Mint-Escitalopram	02407434	MNT	ACDEFGV
Mylan-Escitalopram	02309475	MYL	ACDEFGV
Nat-Escitalopram	02440318	NAT	ACDEFGV
NRA-Escitalopram	02476878	NRA	ACDEFGV
pms-Escitalopram	02469251	PMS	ACDEFGV
Sandoz Escitalopram	02364085	SDZ	ACDEFGV
Taro-Escitalopram	02385503	SUN	ACDEFGV
Teva-Escitalopram	02318202	TEV	ACDEFGV

N06AF INHIBITEURS DE LA MONOAMINE OXYDASE, NON SELECTIFS

N06AF03 PHÉNELZINE
Co. Orl 15 mg Nardil 00476552 SLP ACDEFGV

N06AF04 TRANYLCYPROMINE
Co. Orl 10 mg Parnate 01919598 GSK ACDEFGV

N06AG INHIBITEURS DE LA MONOAMINE OXYDASE DE TYPE A

N06AG02 MOCLOBÉMIDE
Co. Orl 100 mg Moclobemide 02232148 AAP ACDEFGV
Co. Orl 150 mg Manerix 00899356 BSL ACDEFGV
Moclobemide 02232150 AAP ACDEFGV
Co. Orl 300 mg Manerix 02166747 BSL ACDEFGV
Moclobemide 02240456 AAP ACDEFGV

N06AX AUTRES ANTIDEPRESSIFS

N06AX02 TRYPTOPHANE
Caps Orl 500 mg Tryptan 00718149 BSL ACDEFGV
Apo-Tryptophan 02248540 APX ACDEFGV
Teva-Tryptophan 02240334 TEV ACDEFGV
Co. Orl 250 mg Tryptan 02239326 BSL ACDEFGV
Co. Orl 500 mg Tryptan 02029456 BSL ACDEFGV
Apo-Tryptophan 02248538 APX ACDEFGV
Teva-Tryptophan 02240333 TEV ACDEFGV
Co. Orl 750 mg Tryptan 02239327 BSL ACDEFGV
Apo-Tryptophan 02458721 APX ACDEFGV
Co. Orl 1 000 mg Tryptan 00654531 BSL ACDEFGV
Apo-Tryptophan 02248539 APX ACDEFGV
Teva-Tryptophan 02237250 TEV ACDEFGV
N06AX05 TRAZODONE
Co. Orl 50 mg Apo-Trazodone 02147637 APX ACDEFGV
Jamp Trazodone 02442809 JPC ACDEFGV
pms-Trazodone 01937227 PMS ACDEFGV
Teva-Trazodone 02144263 TEV ACDEFGV
Trazodone 02348772 SAS ACDEFGV

N06AX05 TRAZODONE

Co. Orl 100 mg

Apo-Trazodone 02147645 APX ACDEFGV
 Jamp Trazodone 02442817 JPC ACDEFGV
 pms-Trazodone 01937235 PMS ACDEFGV
 Teva-Trazodone 02144271 TEV ACDEFGV
 Trazodone 02348780 SAS ACDEFGV

Co. Orl 150 mg

Apo-Trazodone D 02147653 APX ACDEFGV
 Jamp Trazodone 02442825 JPC ACDEFGV
 Teva-Trazodone 02144298 TEV ACDEFGV
 Trazodone 02348799 SAS ACDEFGV

N06AX11 MIRTAZAPINE

Co. Orl 15 mg

Apo-Mirtazapine 02286610 APX ACDEFGV
 Auro-Mirtazapine 02411695 ARO ACDEFGV
 Mirtazapine 02496666 SIV ACDEFGV
 Mylan-Mirtazapine 02256096 MYL ACDEFGV
 pms-Mirtazapine 02273942 PMS ACDEFGV
 Sandoz Mirtazapine 02250594 SDZ ACDEFGV

Co. Orl 30 mg

Remeron 02243910 ORG ACDEFGV
 Apo-Mirtazapine 02286629 APX ACDEFGV
 Auro-Mirtazapine 02411709 ARO ACDEFGV
 Mirtazapine 02370689 SAS ACDEFGV
 Mirtazapine 02496674 SIV ACDEFGV
 Mylan-Mirtazapine 02256118 MYL ACDEFGV
 pms-Mirtazapine 02248762 PMS ACDEFGV
 Sandoz Mirtazapine 02250608 SDZ ACDEFGV
 Teva-Mirtazapine 02259354 TEV ACDEFGV

Co. Orl 45 mg

Apo-Mirtazapine 02286637 APX ACDEFGV
 Auro-Mirtazapine 02411717 ARO ACDEFGV
 Mirtazapine 02496682 SIV ACDEFGV

Co.D.O. Orl 15 mg

Remeron RD 02248542 ORG (SA)
 Auro-Mirtazapine OD 02299801 ARO (SA)

Co.D.O. Orl 30 mg

Remeron RD 02248543 ORG (SA)
 Auro-Mirtazapine OD 02299828 ARO (SA)

N06AX11 MIRTAZAPINE

Co.D.O. Orl 45 mg

Remeron RD 02248544 ORG (SA)
 Auro-Mirtazapine OD 02299836 ARO (SA)

N06AX12 BUPROPION

Co.L.L. Orl 100 mg

Odan Bupropion SR 02275074 ODN ACDEFGV

Co.L.L. Orl 150 mg

Odan Bupropion SR 02275082 ODN ACDEFGV

Co.L.P. Orl 150 mg

Wellbutrin XL 02275090 BSL ACDEFGV
 Taro-Bupropion XL 02475804 SUN ACDEFGV
 Teva-Bupropion XL 02439654 TEV ACDEFGV

Co.L.P. Orl 150 mg

Zyban 02238441 BSL (SA)

Co.L.P. Orl 300 mg

Wellbutrin XL 02275104 BSL ACDEFGV
 Taro-Bupropion XL 02475812 SUN ACDEFGV
 Teva-Bupropion XL 02439662 TEV ACDEFGV

N06AX16 VENLAFAXINE

Caps.L.L. Orl 37,5 mg

Effexor XR 02237279 BGP ACDEFGV
 Act Venlafaxine XR 02304317 TEV ACDEFGV
 Apo-Venlafaxine XR 02331683 APX ACDEFGV
 Auro-Venlafaxine XR 02452839 ARO ACDEFGV
 M-Venlafaxine XR 02471280 MRA ACDEFGV
 pms-Venlafaxine XR 02278545 PMS ACDEFGV
 pmsc-Venlafaxine XR 02521466 PMS ACDEFGV
 Sandoz Venlafaxine XR 02310317 SDZ ACDEFGV
 Taro-Venlafaxine XR 02380072 SUN ACDEFGV
 Teva-Venlafaxine XR 02275023 TEV ACDEFGV
 Venlafaxine XR 02516535 JPC ACDEFGV
 Venlafaxine XR 02339242 PDL ACDEFGV
 Venlafaxine XR 02354713 SAS ACDEFGV
 Venlafaxine XR 02385929 SIV ACDEFGV

N06AX16 VENLAFAXINE

Caps.L.L. Orl 75 mg

Effexor XR	02237280	BGP	ACDEFGV
Act Venlafaxine XR	02304325	TEV	ACDEFGV
Apo-Venlafaxine XR	02331691	APX	ACDEFGV
Auro-Venlafaxine XR	02452847	ARO	ACDEFGV
M-Venlafaxine XR	02471299	MRA	ACDEFGV
pms-Venlafaxine XR	02278553	PMS	ACDEFGV
pmsc-Venlafaxine XR	02521482	PMS	ACDEFGV
Sandoz Venlafaxine XR	02310325	SDZ	ACDEFGV
Taro-Venlafaxine XR	02380080	SUN	ACDEFGV
Teva-Venlafaxine XR	02275031	TEV	ACDEFGV
Venlafaxine XR	02516543	JPC	ACDEFGV
Venlafaxine XR	02339250	PDL	ACDEFGV
Venlafaxine XR	02354721	SAS	ACDEFGV
Venlafaxine XR	02385937	SIV	ACDEFGV

Caps.L.L. Orl 150 mg

Effexor XR	02237282	BGP	ACDEFGV
Act Venlafaxine XR	02304333	TEV	ACDEFGV
Apo-Venlafaxine XR	02331705	APX	ACDEFGV
Auro-Venlafaxine XR	02452855	ARO	ACDEFGV
M-Venlafaxine XR	02471302	MRA	ACDEFGV
pms-Venlafaxine XR	02278561	PMS	ACDEFGV
pmsc-Venlafaxine XR	02521474	PMS	ACDEFGV
Sandoz Venlafaxine XR	02310333	SDZ	ACDEFGV
Taro-Venlafaxine XR	02380099	SUN	ACDEFGV
Teva-Venlafaxine XR	02275058	TEV	ACDEFGV
Venlafaxine XR	02516551	JPC	ACDEFGV
Venlafaxine XR	02339269	PDL	ACDEFGV
Venlafaxine XR	02354748	SAS	ACDEFGV
Venlafaxine XR	02385945	SIV	ACDEFGV

N06AX21 DULOXÉTINE

N06AX21 DULOXÉTINE

Caps.L.R. Orl 30 mg

Cymbalta 02301482 LIL (SA)
 Apo-Duloxetine 02440423 APX (SA)
 Auro-Duloxetine 02436647 ARO (SA)
 Duloxetine 02490889 SAS (SA)
 Duloxetine 02453630 SIV (SA)
 Jamp-Duloxetine 02451913 JPC (SA)
 M-Duloxetine 02473208 MRA (SA)
 Mar-Duloxetine 02446081 MAR (SA)
 Mint-Duloxetine 02438984 MNT (SA)
 NRA-Duloxetine 02482126 NRA (SA)
 pms-Duloxetine 02429446 PMS (SA)
 Sandoz Duloxetine 02439948 SDZ (SA)
 Teva-Duloxetine 02456753 TEV (SA)

Caps.L.R. Orl 60 mg

Cymbalta 02301490 LIL (SA)
 Apo-Duloxetine 02440431 APX (SA)
 Auro-Duloxetine 02436655 ARO (SA)
 Duloxetine 02490897 SAS (SA)
 Duloxetine 02453649 SIV (SA)
 Jamp-Duloxetine 02451921 JPC (SA)
 M-Duloxetine 02473216 MRA (SA)
 Mar-Duloxetine 02446103 MAR (SA)
 Mint-Duloxetine 02438992 MNT (SA)
 NRA-Duloxetine 02482134 NRA (SA)
 pms-Duloxetine 02429454 PMS (SA)
 Sandoz Duloxetine 02439956 SDZ (SA)
 Teva-Duloxetine 02456761 TEV (SA)

N06AX26 VORTIOXÉTINE

Co. Orl 5 mg

Trintellix 02432919 VLH ACDEFGV

Co. Orl 10 mg

Trintellix 02432927 VLH ACDEFGV

Co. Orl 20 mg

Trintellix 02432943 VLH ACDEFGV

N06B PSYCHOSTIMULANTS, AGENTS UTILISÉS POUR ADHD ET NOOTROPIQUES

N06BA ADRENERGIQUES AGISSANT CENTRALEMENT

N06BA01 AMPHÉTAMINE

SELS MIXTES D'AMPHÉTAMINE

N06BA01 AMPHETAMINE

SELS MIXTES D'AMPHÉTAMINE

Caps.L.P. Orl	5 mg	Adderall XR	02248808	TAK	ACDEFG
		Act Amphetamine XR	02439239	TEV	ACDEFG
		Apo-Amphetamine XR	02445492	APX	ACDEFG
		pms-Amphetamines XR	02440369	PMS	ACDEFG
		Sandoz Amphetamine XR	02457288	SDZ	ACDEFG

Caps.L.P. Orl	10 mg	Adderall XR	02248809	TAK	ACDEFG
		Act Amphetamine XR	02439247	TEV	ACDEFG
		Apo-Amphetamine XR	02445506	APX	ACDEFG
		pms-Amphetamines XR	02440377	PMS	ACDEFG
		Sandoz Amphetamine XR	02457296	SDZ	ACDEFG

Caps.L.P. Orl	15 mg	Adderall XR	02248810	TAK	ACDEFG
		Act Amphetamine XR	02439255	TEV	ACDEFG
		Apo-Amphetamine XR	02445514	APX	ACDEFG
		pms-Amphetamines XR	02440385	PMS	ACDEFG
		Sandoz Amphetamine XR	02457318	SDZ	ACDEFG

Caps.L.P. Orl	20 mg	Adderall XR	02248811	TAK	ACDEFG
		Act Amphetamine XR	02439263	TEV	ACDEFG
		Apo-Amphetamine XR	02445522	APX	ACDEFG
		Sandoz Amphetamine XR	02457326	SDZ	ACDEFG

Caps.L.P. Orl	25 mg	Adderall XR	02248812	TAK	ACDEFG
		Act Amphetamine XR	02439271	TEV	ACDEFG
		Apo-Amphetamine XR	02445530	APX	ACDEFG
		pms-Amphetamines XR	02440407	PMS	ACDEFG
		Sandoz Amphetamine XR	02457334	SDZ	ACDEFG

Caps.L.P. Orl	30 mg	Adderall XR	02248813	TAK	ACDEFG
		Act Amphetamine XR	02439298	TEV	ACDEFG
		Apo-Amphetamine XR	02445549	APX	ACDEFG
		Sandoz Amphetamine XR	02457342	SDZ	ACDEFG

N06BA02 DEXAMPHÉTAMINE

Caps.L.L. Orl	10 mg	Dexedrine	01924559	PAL	ACDEFG
		Act-Dextroamphetamine SR	02448319	TEV	ACDEFG

N06BA02 DEXAMPHÉTAMINE

Caps.L.L.	Orl	15 mg	Dexedrine	01924567	PAL	ACDEFG
			Act-Dextroamphetamine SR	02448327	TEV	ACDEFG
Co.	Orl	5 mg	Dexedrine	01924516	PAL	ACDEFG
			Dextroamphetamine	02443236	AAP	ACDEFG

N06BA04 MÉTHYLPHÉNIDATE

Caps.L.P.	Orl	10 mg	Biphentin	02277166	ELV	(SA)
Caps.L.P.	Orl	15 mg	Biphentin	02277131	ELV	(SA)
Caps.L.P.	Orl	20 mg	Biphentin	02277158	ELV	(SA)
Caps.L.P.	Orl	30 mg	Biphentin	02277174	ELV	(SA)
Caps.L.P.	Orl	40 mg	Biphentin	02277182	ELV	(SA)
Caps.L.P.	Orl	50 mg	Biphentin	02277190	ELV	(SA)
Caps.L.P.	Orl	60 mg	Biphentin	02277204	ELV	(SA)
Caps.L.P.	Orl	80 mg	Biphentin	02277212	ELV	(SA)
Co.	Orl	5 mg	Apo-Methylphenidate	02273950	APX	ACDEFGV
			pms-Methylphenidate	02234749	PMS	ACDEFGV
Co.	Orl	10 mg	Apo-Methylphenidate	02249324	APX	ACDEFGV
			pms-Methylphenidate	00584991	PMS	ACDEFGV
Co.	Orl	20 mg	Apo-Methylphenidate	02249332	APX	ACDEFGV
			pms-Methylphenidate	00585009	PMS	ACDEFGV
Co.L.L.	Orl	20 mg	Apo-Methylphenidate SR	02266687	APX	ACDEFGV
Co.L.P.	Orl	18 mg	Concerta ER	02247732	JAN	ACDEFGV
			Act Methylphenidate ER	02441934	TEV	ACDEFGV
			Apo-Methylphenidate ER	02452731	APX	ACDEFGV
Co.L.P.	Orl	27 mg	Concerta ER	02250241	JAN	ACDEFGV
			Act Methylphenidate ER	02441942	TEV	ACDEFGV
			Apo-Methylphenidate ER	02452758	APX	ACDEFGV

N06BA04 MÉTHYLPHÉNIDATE

Co.L.P. Orl 36 mg

Concerta ER 02247733 JAN ACDEFGV
 Act Methylphenidate ER 02441950 TEV ACDEFGV
 Apo-Methylphenidate ER 02452766 APX ACDEFGV

Co.L.P. Orl 54 mg

Concerta ER 02247734 JAN ACDEFGV
 Act Methylphenidate ER 02441969 TEV ACDEFGV
 Apo-Methylphenidate ER 02330377 APX ACDEFGV

N06BA07 MODAFINIL

Co. Orl 100 mg

Alertec 02239665 TEV ACDEFGV
 Apo-Modafinil 02285398 APX ACDEFGV
 Auro-Modafinil 02430487 ARO ACDEFGV
 Jamp Modafinil 02503727 JPC ACDEFGV
 Mar-Modafinil 02432560 MAR ACDEFGV
 Modafinil 02530244 SAS ACDEFGV
 Teva-Modafinil 02420260 TEV ACDEFGV

N06BA09 ATOMOXÉTINE

Caps Orl 10 mg

Strattera 02262800 LIL ACDEFG
 Apo-Atomoxetine 02318024 APX ACDEFG
 Atomoxetine 02467747 SAS ACDEFG
 Atomoxetine 02445883 SIV ACDEFG
 Auro-Atomoxetine 02471485 ARO ACDEFG
 Jamp Atomoxetine 02506807 JPC ACDEFG
 pms-Atomoxetine 02381028 PMS ACDEFG
 Sandoz Atomoxetine 02386410 SDZ ACDEFG
 Teva-Atomoxetine 02314541 TEV ACDEFG

Caps Orl 18 mg

Strattera 02262819 LIL ACDEFG
 Apo-Atomoxetine 02318032 APX ACDEFG
 Atomoxetine 02467755 SAS ACDEFG
 Atomoxetine 02445905 SIV ACDEFG
 Auro-Atomoxetine 02471493 ARO ACDEFG
 Jamp Atomoxetine 02506815 JPC ACDEFG
 pms-Atomoxetine 02381036 PMS ACDEFG
 Sandoz Atomoxetine 02386429 SDZ ACDEFG
 Teva-Atomoxetine 02314568 TEV ACDEFG

N06BA09 ATOMOXÉTINE

Caps Orl 25 mg

Strattera 02262827 LIL ACDEFG
 Apo-Atomoxetine 02318040 APX ACDEFG
 Atomoxetine 02467763 SAS ACDEFG
 Atomoxetine 02445913 SIV ACDEFG
 Auro-Atomoxetine 02471507 ARO ACDEFG
 Jamp Atomoxetine 02506823 JPC ACDEFG
 pms-Atomoxetine 02381044 PMS ACDEFG
 Sandoz Atomoxetine 02386437 SDZ ACDEFG
 Teva-Atomoxetine 02314576 TEV ACDEFG

Caps Orl 40 mg

Strattera (Disc/non disp May 29/24) 02262835 LIL ACDEFG
 Apo-Atomoxetine 02318059 APX ACDEFG
 Atomoxetine 02467771 SAS ACDEFG
 Atomoxetine 02445948 SIV ACDEFG
 Auro-Atomoxetine 02471515 ARO ACDEFG
 Jamp Atomoxetine 02506831 JPC ACDEFG
 pms-Atomoxetine 02381052 PMS ACDEFG
 Sandoz Atomoxetine 02386445 SDZ ACDEFG
 Teva-Atomoxetine 02314584 TEV ACDEFG

Caps Orl 60 mg

Strattera 02262843 LIL ACDEFG
 Apo-Atomoxetine 02318067 APX ACDEFG
 Atomoxetine 02467798 SAS ACDEFG
 Atomoxetine 02445956 SIV ACDEFG
 Auro-Atomoxetine 02471523 ARO ACDEFG
 Jamp Atomoxetine 02506858 JPC ACDEFG
 pms-Atomoxetine 02381060 PMS ACDEFG
 Sandoz Atomoxetine 02386453 SDZ ACDEFG
 Teva-Atomoxetine 02314592 TEV ACDEFG

Caps Orl 80 mg

Strattera 02279347 LIL ACDEFG
 Apo-Atomoxetine 02318075 APX ACDEFG
 Atomoxetine 02467801 SAS ACDEFG
 Auro-Atomoxetine 02471531 ARO ACDEFG
 Jamp Atomoxetine 02506866 JPC ACDEFG
 Sandoz Atomoxetine 02386461 SDZ ACDEFG
 Teva-Atomoxetine 02362511 TEV ACDEFG

N06BA09 ATOMOXÉTINE

Caps Orl 100 mg

Strattera (Disc/non disp Jun 23/24)	02279355	LIL	ACDEFG
Apo-Atomoxetine	02318083	APX	ACDEFG
Atomoxetine	02467828	SAS	ACDEFG
Auro-Atomoxetine	02471558	ARO	ACDEFG
Jamp Atomoxetine	02506874	JPC	ACDEFG
Sandoz Atomoxetine	02386488	SDZ	ACDEFG

N06BA12 LISDEXAMFÉTAMINE

Caps Orl 10 mg

Vyvanse 02439603 TAK (SA)

Caps Orl 20 mg

Vyvanse 02347156 TAK (SA)

Caps Orl 30 mg

Vyvanse 02322951 TAK (SA)

Caps Orl 40 mg

Vyvanse 02347164 TAK (SA)

Caps Orl 50 mg

Vyvanse 02322978 TAK (SA)

Caps Orl 60 mg

Vyvanse 02347172 TAK (SA)

Co.C. Orl 10 mg

Vyvanse 02490226 TAK (SA)

Co.C. Orl 20 mg

Vyvanse 02490234 TAK (SA)

Co.C. Orl 30 mg

Vyvanse 02490242 TAK (SA)

Co.C. Orl 40 mg

Vyvanse 02490250 TAK (SA)

Co.C. Orl 50 mg

Vyvanse 02490269 TAK (SA)

Co.C. Orl 60 mg

Vyvanse 02490277 TAK (SA)

N06D MÉDICAMENTS ANTIDÉMENCE**N06DA ANTICHOLINESTÉRASES**

N06DA02 DONÉPÉZIL

N06DA02 DONÉPÉZIL

Co. Orl 5 mg

Aricept	02232043	PFI	ACDEFV
Apo-Donepezil	02362260	APX	ACDEFV
Auro-Donepezil	02400561	ARO	ACDEFV
Donepezil	02402645	AHI	ACDEFV
Donepezil	02475278	RIV	ACDEFV
Donepezil	02426846	SAS	ACDEFV
Donepezil	02420597	SIV	ACDEFV
Jamp-Donepezil	02416948	JPC	ACDEFV
M-Donepezil	02467453	MRA	ACDEFV
Mar-Donepezil	02402092	MAR	ACDEFV
Mint-Donepezil	02408600	MNT	ACDEFV
Nat-Donepezil	02439557	NAT	ACDEFV
pms-Donepezil	02322331	PMS	ACDEFV
Sandoz Donepezil	02328666	SDZ	ACDEFV
Septa-Donepezil	02428482	SPT	ACDEFV
Taro-Donepezil	02381508	SUN	ACDEFV
Teva-Donepezil	02340607	TEV	ACDEFV

Co. Orl 10 mg

Aricept	02232044	PFI	ACDEFV
Apo-Donepezil	02362279	APX	ACDEFV
Auro-Donepezil	02400588	ARO	ACDEFV
Donepezil	02402653	AHI	ACDEFV
Donepezil	02475286	RIV	ACDEFV
Donepezil	02426854	SAS	ACDEFV
Donepezil	02420600	SIV	ACDEFV
Jamp-Donepezil	02416956	JPC	ACDEFV
M-Donepezil	02467461	MRA	ACDEFV
Mar-Donepezil	02402106	MAR	ACDEFV
Mint-Donepezil	02408619	MNT	ACDEFV
Nat-Donepezil	02439565	NAT	ACDEFV
pms-Donepezil	02322358	PMS	ACDEFV
Sandoz Donepezil	02328682	SDZ	ACDEFV
Septa-Donepezil	02428490	SPT	ACDEFV
Taro-Donepezil	02381516	SUN	ACDEFV
Teva-Donepezil	02340615	TEV	ACDEFV

N06DA03 RIVASTIGMINE

N06DA03 RIVASTIGMINE

Caps Orl 1,5 mg

Exelon 02242115 KNI (SA)
 Apo-Rivastigmine 02336715 APX (SA)
 Jamp-Rivastigmine 02485362 JPC (SA)
 Med-Rivastigmine 02401614 GMP (SA)
 Sandoz Rivastigmine 02324563 SDZ (SA)

Caps Orl 3 mg

Exelon 02242116 KNI (SA)
 Apo-Rivastigmine 02336723 APX (SA)
 Jamp-Rivastigmine 02485370 JPC (SA)
 Med-Rivastigmine 02401622 GMP (SA)
 Sandoz Rivastigmine 02324571 SDZ (SA)

Caps Orl 4,5 mg

Exelon 02242117 KNI (SA)
 Apo-Rivastigmine 02336731 APX (SA)
 Jamp-Rivastigmine 02485389 JPC (SA)
 Med-Rivastigmine 02401630 GMP (SA)
 Sandoz Rivastigmine 02324598 SDZ (SA)

Caps Orl 6 mg

Exelon 02242118 KNI (SA)
 Apo-Rivastigmine 02336758 APX (SA)
 Jamp-Rivastigmine 02485397 JPC (SA)
 Med-Rivastigmine 02401649 GMP (SA)
 Sandoz Rivastigmine 02324601 SDZ (SA)

Liq Orl 2 mg

Exelon 02245240 KNI (SA)

N06DA04 GALANTAMINE

Caps.L.P. Orl 8 mg

Auro-Galantamine ER 02425157 ARO (SA)
 Galantamine ER 02443015 SAS (SA)
 Mylan-Galantamine ER 02339439 MYL (SA)
 pms-Galantamine ER 02398370 PMS (SA)

Caps.L.P. Orl 16 mg

Auro-Galantamine ER 02425165 ARO (SA)
 Galantamine ER 02443023 SAS (SA)
 Mylan-Galantamine ER 02339447 MYL (SA)
 pms-Galantamine ER 02398389 PMS (SA)

N06DA04 GALANTAMINE

Caps.L.P. Orl 24 mg

Auro-Galantamine ER 02425173 ARO (SA)

Galantamine ER 02443031 SAS (SA)

Mylan-Galantamine ER 02339455 MYL (SA)

pms-Galantamine ER 02398397 PMS (SA)

N07 AUTRES MÉDICAMENTS DU SYSTÈME NERVEUX**N07A PARAADRENERGIQUES****N07AA ANTICHOLINESTERASES****N07AA01 NÉOSTIGMINE**

Liq Inj 1 mg/mL

Neostigmine Omega 02230592 OMG V

Liq Inj 2,5 mg/mL

Neostigmine Omega 02387166 OMG V

N07AA02 PYRIDOSTIGMINE

Co. Orl 60 mg

Mestinon 00869961 BSL ACDEFGV

Jamp Pyridostigmine Bromide 02508362 JPC ACDEFGV

Riva-Pyridostigmine 02495643 RIV ACDEFGV

Co.L.L. Orl 180 mg

Mestinon SR 00869953 BSL ACDEFGV

N07AB ESTERS DE CHOLINE**N07AB02 BÉTHANÉCHOL**

Co. Orl 10 mg

Duvoid 01947958 PAL ACDEFGV

Co. Orl 25 mg

Duvoid 01947931 PAL ACDEFGV

Co. Orl 50 mg

Duvoid 01947923 PAL ACDEFGV

N07AX AUTRES PARAADRENERGIQUES**N07AX01 PILOCARPINE**

Co. Orl 5 mg

Salagen 02216345 MTP (SA)

Accel-Pilocarpine 02496119 MRA (SA)

Jamp Pilocarpine 02509571 JPC (SA)

N07B MÉDICAMENTS UTILISÉS EN CAS DE TROUBLES AUX DÉPENDENCES**N07BA MÉDICAMENTS UTILISÉS EN CAS DE DÉPENDANCE À LA NICOTINE****N07BA01 NICOTINE**

N07BA01 NICOTINE

Gom Orl 2 mg

Actavis 80015240 ACT (SA)
 Compliments 80015240 SOB (SA)
 Exact 80025660 SDM (SA)
 Life Brand 80025660 SDM (SA)
 Personnelle 80015240 PJC (SA)

Pas Orl 1 mg

Nic-Hit (mini-lozenge) 80061161 NHI (SA)

Pas Orl 2 mg

Nic-Hit (mini-lozenge) 80059877 NHI (SA)

Pas Orl 4 mg

Nic-Hit (mini-lozenge) 80059869 NHI (SA)

Pth Trd 7 mg

Actavis 80044393 ACT (SA)
 Compliments 80044393 SOB (SA)
 Equate 02241227 WAL (SA)
 Exact 80014321 SDM (SA)
 Life Brand 80014321 SDM (SA)
 Personnelle 80044393 PJC (SA)
 Pharmasave 02241227 PSV (SA)
 Pharmasave 80014321 PSV (SA)

Pth Trd 14 mg

Actavis 80044392 ACT (SA)
 Compliments 80044392 SOB (SA)
 Equate 02241226 WAL (SA)
 Exact 80013549 SDM (SA)
 Life Brand 80013549 SDM (SA)
 Personnelle 80044392 PJC (SA)
 Pharmasave 02241226 PSV (SA)
 Pharmasave 80013549 PSV (SA)

Pth Trd 21 mg

Actavis 80044389 ACT (SA)
 Compliments 80044389 SOB (SA)
 Equate 02241228 WAL (SA)
 Exact 80014250 SDM (SA)
 Life Brand 80014250 SDM (SA)
 Personnelle 80044389 PJC (SA)
 Pharmasave 02241228 PSV (SA)
 Pharmasave 80014250 PSV (SA)

N07BA03 VARÉNICLINE

N07BA03	VARÉNICLINE							
Co.	Orl	0,5 mg	Champix	02291177	PFI	(SA)		
			Apo-Varenicline	02419882	APX	(SA)		
			Teva-Varenicline	02426226	TEV	(SA)		
Co.	Orl	1 mg	Champix	02291185	PFI	(SA)		
			Apo-Varenicline	02419890	APX	(SA)		
			Teva-Varenicline	02426234	TEV	(SA)		
Tro	Orl	0,5 mg, 1 mg	Champix Starter Kit	02298309	PFI	(SA)		
			Apo-Varenicline	02435675	APX	(SA)		
			Teva-Varenicline	02426781	TEV	(SA)		

N07BB MÉDICAMENTS UTILISÉS EN CAS DE DÉPENDENCE AUX ALCOHOLE

N07BB03	ACAMPROSATE							
Co.L.L.	Orl	333 mg	Campral	02293269	MYL	ACDEFGV		
N07BB04	NALTREXONE							
Co.	Orl	50 mg	Revia	02213826	TEV	ACDEFGV		
			Apo-Naltrexone	02444275	APX	ACDEFGV		
			Naltrexone Hydrochloride	02451883	JPC	ACDEFGV		

N07BC MÉDICAMENTS UTILISÉS EN CAS DE DÉPENDENCE AUX OPIACÉS

N07BC01	BUPRÉNOPHINE							
Liq	SC	100 mg / 0,5 mL	Sublocade	02483084	IUK	ACDEFGV		
Liq	SC	300 mg / 1,5 mL	Sublocade	02483092	IUK	ACDEFGV		
Tro	SC	80 mg	Probuphine (Disc/non disp May 30/24)	02474921	KNI	(SA)		
N07BC02	MÉTHADONE							
Co.	Orl	1 mg	Metadol	02247698	PAL	(SA)		
Co.	Orl	5 mg	Metadol	02247699	PAL	(SA)		
Co.	Orl	10 mg	Metadol	02247700	PAL	(SA)		
Co.	Orl	25 mg	Metadol	02247701	PAL	(SA)		
Liq	Orl	1 mg/mL	Metadol	02247694	PAL	(SA)		

N07BC02	MÉTHADONE								
	Liq	Orl	10 mg/mL		Metadol	02241377	PAL	(SA)	
					Metadol-D	02244290	PAL	ACDEFGV	
					Jamp-Methadone	02495783	JPC	ACDEFGV	
					Odan-Methadone (cherry flavoured)	02495872	ODN	ACDEFGV	
					Odan-Methadone (unflavoured)	02495880	ODN	ACDEFGV	
	Pds.	Orl			Methadone Compounded Oral Solution				
					Opioid Dependence / dépendance aux opiacés	00999734		ACDEFGV	
					Pain Management / gestion de la douleur	00999801		(SA)	
N07BC51	BUPRÉNORPHINE, COMBINAISONS								
	Co.S.L.	Orl	2 mg / 0,5 mg		Suboxone	02295695	IUK	ACDEFGV	
					Act Buprenorphine/Naloxone	02453908	TEV	ACDEFGV	
					pms-Buprenorphine/Naloxone	02424851	PMS	ACDEFGV	
	Co.S.L.	Orl	8 mg / 2 mg		Suboxone	02295709	IUK	ACDEFGV	
					Act Buprenorphine/Naloxone	02453916	TEV	ACDEFGV	
					pms-Buprenorphine/Naloxone	02424878	PMS	ACDEFGV	
N07C	PRÉPARATIONS ANTIVERTIGINEUX								
N07CA	PRÉPARATIONS ANTIVERTIGINEUX								
N07CA01	BÉTAHISTINE								
	Co.	Orl	16 mg		Serc	02243878	BGP	ACDEFGV	
					Auro-Betahistine	02449153	ARO	ACDEFGV	
					Betahistine	02466449	SAS	ACDEFGV	
					M-Betahistine	02519690	MRA	ACDEFGV	
					pms-Betahistine	02330210	PMS	ACDEFGV	
					Teva-Betahistine	02280191	TEV	ACDEFGV	
	Co.	Orl	24 mg		Serc	02247998	BGP	ACDEFGV	
					Auro-Betahistine	02449161	ARO	ACDEFGV	
					Betahistine	02466457	SAS	ACDEFGV	
					M-Betahistine	02519704	MRA	ACDEFGV	
					pms-Betahistine	02330237	PMS	ACDEFGV	
					Teva-Betahistine	02280205	TEV	ACDEFGV	
N07CA03	FLUNARIZINE								
	Caps	Orl	5 mg		Flunarizine	02246082	AAP	ACDEFGV	

N07X AUTRES MÉDICAMENTS DU SYSTEME NERVEUX**N07XX AUTRES MÉDICAMENTS DU SYSTEME NERVEUX****N07XX02 RILUZOLE**

Co. Orl 50 mg

Rilutek 02242763 SAV ACDEFV

Apo-Riluzole 02352583 APX ACDEFV

Mylan-Riluzole 02390299 MYL ACDEFV

N07XX05 AMIFAMPRIDINE

Co. Orl 10 mg

Ruzurgi 02503034 MDU (SA)

N07XX06 TÉTRABENAZINE

Co. Orl 25 mg

Nitoman 02199270 BSL ACDEFGV

Apo-Tetrabenazine 02407590 APX ACDEFGV

pms-Tetrabenazine 02402424 PMS ACDEFGV

N07XX08 TAFAMIDIS

Caps Orl 20 mg

Vyndaqel 02495732 PFI (SA)

Caps Orl 61 mg

Vyndamax 02517841 PFI (SA)

N07XX12 PATISIRAN

Liq IV 2 mg/mL

Onpattro 02489252 ALN (SA)

N07XX14 ÉDARAVONE

Liq IV 0,3 mg/mL

Radicava 02475472 MBT (SA)

Susp Orl 105 mg / 5 mL

Radicava 02532611 MBT (SA)

N07XX15 INOTERSEN

Liq SC 284 mg / 1,5 mL

Tegsedi 02481383 AKT (SA)

N07XX99 PHÉNYLBUTYRATE SODIQUE ET URSODOXICOLTAURINE

Pds. Orl 3 g / 1 g

Albrioza 02527707 ALY (SA)

P PRODUITS ANTIPARASITAIRES, INSECTICIDES ET RÉPELLANTS**P01 ANTIPROTOZOAIRES****P01A AGENTS CONTRE LES AMIBES ET AUTRES PROTOZOAIRES****P01AX AUTRES AGENTS CONTRE LES AMIBES ET AUTRES PROTOZOAIRES****P01AX06 ATOVAQUONE**

Susp Orl 750 mg / 5 mL

Mepron 02217422 GSK ACDEFGV

GLN-Atovaquone 02528495 GLM ACDEFGV

P01B ANTIPALUDIQUES**P01BA AMINOQUINOLINES**

P01BA02 HYDROXYCHLOROQUINE

Co.	Orl	200 mg	Plaquenil	02017709	SAV	ACDEFGV
			Apo-Hydroxyquine	02246691	APX	ACDEFGV
			Hydroxychloroquine	02519348	SAS	ACDEFGV
			Jamp-Hydroxychloroquine Sulfate	02491427	JPC	ACDEFGV
			Mint-Hydroxychloroquine	02424991	MNT	ACDEFGV
			NRA-Hydroxychloroquine	02511886	NRA	ACDEFGV

P01BA03 PRIMAQUINE

Co.	Orl	15 mg	Primaquine	02017776	SAV	ACDEFGV
-----	-----	-------	------------	----------	-----	---------

P01C AGENTS CONTRE LEISHMANIOSE ET TRYPANOSOMIASE**P01CX AUTRE AGENTS CONTRE LEISHMANIOSE ET TRYPANOSOMIASE**

P01CX01 PENTAMIDINE ISÉTIONATE

Pds.	Inj	300 mg	Pentamidine Isetionate	02183080	PFI	ACDEFGV
------	-----	--------	------------------------	----------	-----	---------

P02 ANTHELMINTIQUES**P02B ANTITREMATODAux****P02BA DERIVES DE LA QUINOLINE ET SUBSTANCES ASSOCIEES**

P02BA01 PRAZIQUANTEL

Co.	Orl	600 mg	Biltricide	02230897	BAY	ACDEFGV
-----	-----	--------	------------	----------	-----	---------

P02C AGENTS ANTINEMATODAux**P02CA AGENTS DU BENZIMIDAZOLE**

P02CA01 MÉBENDAZOLE

Co.	Orl	100 mg	Vermox	00556734	JAN	ACDEFGV
-----	-----	--------	--------	----------	-----	---------

P02CC DÉRIVÉS DU TETRAHYDROPIRIMIDINE

P02CC01 PYRANTEL

Co.	Orl	125 mg	Combantrin	01944363	JNJ	EFG
-----	-----	--------	------------	----------	-----	-----

P03 ECTOPARASITICIDES, Y COMPRIS LES SCABICIDES, LES INSECTICIDES ET REPULSIFS**P03A ECTOPARASITICIDES, Y COMPRIS LES SCABICIDES****P03AC PYRETHRINES, Y COMPRIS LES COMPOSÉS SYNTHÉTIQUES**

P03AC04 PERMÉTHRINE

Cr.	Top	1%	Kwellada-P Cream Rinse 1%	02231480	MDI	EFGV
			Nix Cream	00771368	INP	EFGV
Cr.	Top	5%	Nix Dermal	02219905	GCH	EFGV

P03AC04	PERMÉTHRINE								
Lot	Top	5%		Kwellada-P	02231348	MDI	EFGV		
P03AC51	PYRETHRUM, EN COMBINAISON								
	PYRÉTHRINES / BUTOXYDE DE PIPÉRONYLE								
Shp	Top	0,33% / 3%		R & C Shampoo and Conditioner	02125447	MDI	EFGV		
P03AX	AUTRES ECTOPARASITICIDES, Y COMPRIS LES SCABICIDES								
	CROTAMITON								
Cr.	Top	10%		Eurax	00623377	CLC	EFGV		
	MYRISTATE D'ISOPROPYLE								
Liq	Top	50%		Resultz	02279592	ARZ	EFGV		
R	SYSTÈME RESPIRATOIRE								
R01	PRÉPARATIONS NASALES								
R01A	DÉCONGESTIONNANTS ET AUTRES PRÉPARATIONS NASALES, UTILISATION TOP								
R01AD	CORTICOSTÉROÏDES								
R01AD01	BÉCLOMÉTHASONE								
Aém.	Nas	50 mcg		Apo-Beclomethasone AQ	02238796	APX	ACDEFGV		
				Mylan-Beclo AQ	02172712	MYL	ACDEFGV		
R01AD05	BUDÉSONIDE								
Aém.	Nas	64 mcg		Rhinocort Aqua	02231923	JNJ	ACDEFGV		
				Mylan-Budesonide AQ	02241003	MYL	ACDEFGV		
Aém.	Nas	100 mcg		Mylan-Budesonide AQ	02230648	MYL	ACDEFGV		
R01AD08	FLUTICASONE								
Aém.	Nas	50 mcg		Apo-Fluticasone	02294745	APX	ABCDEFGV		
R01AD09	MOMÉTASONE								
Asp	Nas	0,1%		Nasonex Aqueous	02238465	ORG	ACDEFGV		
				Apo-Mometasone	02403587	APX	ACDEFGV		
				Mometasone	02519127	SAS	ACDEFGV		
				Sandoz Mometasone	02449811	SDZ	ACDEFGV		
				Teva-Mometasone	02475863	TEV	ACDEFGV		
R01AD11	TRIAMCINOLONE								
Liq	Nas	55 mcg		Nasacort AQ	02213834	SNC	ACDEFGV		
				Apo-Triamcinolone AQ	02437635	APX	ACDEFGV		

R01AX AUTRES PRÉPARATIONS NASALES

R01AX03 BROMURE D'IPRATROPIUM

Vap Nas 0,03% pms-Ipratropium 02239627 PMS ACDEFGV

R03 MÉDICAMENTS CONTRE LES BRONCHOPNEUMOPATHIES OBSTRUCTIVES**R03A ADRENERGIQUES, INHALANTS****R03AC AGONISTES DES RECEPTEURS ADRENERGIQUES BETA2 SELECTIFS**

R03AC02 SALBUTAMOL

Aém. Inh 100 mcg Aiomir 02232570 BSL ABCDEFGVW

Ventolin 02241497 GSK ABCDEFGVW

Apo-Salvent CFC Free 02245669 APX ABCDEFGVW

Novo-Salbutamol HFA 02326450 TEV ABCDEFGVW

Salbutamol HFA 02419858 SAS ABCDEFGVW

Liq Inh 0,5 mg/mL pms-Salbutamol 02208245 PMS W (SA)

Liq Inh 1 mg/mL pms-Salbutamol 02208229 PMS W (SA)

Teva-Salbutamol Sterinebs 01926934 TEV W (SA)

Liq Inh 2 mg/mL pms-Salbutamol 02208237 PMS W (SA)

Teva-Salbutamol Sterinebs 02173360 TEV W (SA)

Liq Inh 5 mg/mL Ventolin 02213486 GSK W (SA)

Pd. Inh 200 mcg Ventolin Diskus 02243115 GSK ACDEFGVW

R03AC03 TERBUTALINE

Pd. Inh 0,5 mg Bricanyl Turbuhaler 00786616 AZE ACDEFGV

R03AC12 SALMÉTÉROL

Pd. Inh 50 mcg Serevent Diskus 02231129 GSK (SA)

R03AC13 FORMOTÉROL

Caps Inh 12 mcg Foradil (Disc/non disp Jan 20/24) 02230898 NVR (SA)

Pd. Inh 6 mcg Oxeze Turbuhaler 02237225 AZE (SA)

Pd. Inh 12 mcg Oxeze Turbuhaler 02237224 AZE (SA)

R03AC18 INDACATÉROL

Caps Inh 75 mcg Onbrez Breezhaler 02376938 NVR (SA)

R03AK ADRÉNERGIQUES ET AUTRES MÉDICAMENTS CONTRE LES BRONCHOPNEUMOPATHIES**R03AK06 SALMÉTÉROL ET FLUTICASONE**

Aém.	Inh	25 mcg / 125 mcg	Advair	02245126	GSK	(SA)
Aém.	Inh	25 mcg / 250 mcg	Advair	02245127	GSK	(SA)
Pd.	Inh	50 mcg / 100 mcg	Advair Diskus	02240835	GSK	(SA)
			pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol	02494507	PMS	(SA)
			Wixela Inhub	02495597	MYL	(SA)
Pd.	Inh	50 mcg / 250 mcg	Advair Diskus	02240836	GSK	(SA)
			pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol	02494515	PMS	(SA)
			Wixela Inhub	02495600	MYL	(SA)
Pd.	Inh	50 mcg / 500 mcg	Advair Diskus	02240837	GSK	(SA)
			pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol	02494523	PMS	(SA)
			Wixela Inhub	02495619	MYL	(SA)

R03AK07 FORMOTÉROL ET BUDÉSONIDE

Pd.	Inh	6 mcg / 100 mcg	Symbicort Turbuhaler	02245385	AZE	(SA)
Pd.	Inh	6 mcg / 200 mcg	Symbicort Turbuhaler	02245386	AZE	(SA)

R03AK09 FORMOTÉROL ET MOMÉTASONE

Aém.	Inh	5 mcg / 100 mcg	Zenhale	02361752	ORG	(SA)
Aém.	Inh	5 mcg / 200 mcg	Zenhale	02361760	ORG	(SA)

R03AK10 VILANTÉROL ET FLUTICASONE

Pd.	Inh	25 mcg / 100 mcg	Breo Ellipta	02408872	GSK	(SA)
Pd.	Inh	25 mcg / 200 mcg	Breo Ellipta	02444186	GSK	(SA)

R03AK14 INDACATÉROL AND MOMÉTASONE

Caps	Inh	150 mcg / 80 mcg	Aectura Breezhaler	02498685	NVR	(SA)
Caps	Inh	150 mcg / 160 mcg	Aectura Breezhaler	02498707	NVR	(SA)
Caps	Inh	150 mcg / 320 mcg	Aectura Breezhaler	02498693	NVR	(SA)

R03AL ADRÉNERGIQUES EN ASSOCIATION AVEC LES ANTICHOLINERGIQUES**R03AL02 SALBUTAMOL ET BROMURE D'IPRATROPIUM**

R03AL02	SALBUTAMOL ET BROMURE D'IPRATROPIUM				
Liq	Inh	0,5 mg / 2,5 mg / 2,5 mL	Ipratopium Bromide and Salbutamol Sulfate	02483394	JNO (SA)
			Teva-Combo Sterinebs	02272695	TEV (SA)
Liq	Inh	100 mcg / 20 mcg	Combivent Respimat	02419106	BOE ACDEFGV
R03AL03	VILANTÉROL ET BROMURE D'UMÉCLIDIUM				
Pd.	Inh	25 mcg / 62,5 mcg	Anoro Ellipta	02418401	GSK (SA)
R03AL04	INDACATÉROL ET BROMURE DE GLYCOPYRRONIUM				
Caps	Inh	110 mcg / 50 mcg	Ultibro Breezhaler	02418282	CPC (SA)
R03AL05	FORMOTÉROL ET BROMURE D'ACLIDIUM				
Pd.	Inh	12 mcg / 400 mcg	Duaklir Genuair	02439530	CPC (SA)
R03AL06	OLODATEROL ET BROMURE DE TIOTROPIUM				
Liq	Inh	2,5 mcg / 2,5 mcg	Inspiolto Respimat	02441888	BOE (SA)
R03AL08	VILANTÉROL, BROMURE D'UMÉCLIDIUM ET FLUTICASONE				
Pd.	Inh	25 mcg / 62,5 mcg / 100mcg	Trelegly Ellipta	02474522	GSK (SA)
R03AL11	FORMOTÉROL, BROMURE DE GLYCOPYRRONIUM ET BUDÉSONIDE				
Aém	Inh	5,8 mcg / 8,2 mcg / 182 mcg	Breztri Aerosphere	02518058	AZE (SA)
R03AL12	INDACATÉROL, BROMURE DE GLYCOPYRRONIUM ET MOMÉTASONE				
Caps	Inh	150 mcg / 50 mcg / 150mcg	Energair Breezhaler	02501244	VAL (SA)
R03B	AUTRES MÉDICAMENTS CONTRE LES BRONCHOPNEUMOPATHIES OBSTRUCTIVES, INHALANTS				
R03BA	GLUCOCORTICOÏDES				
R03BA01	BÉCLOMÉTHASONE				
Aém.	Inh	50 mcg	Qvar	02242029	BSL ACDEFGV
Aém.	Inh	100 mcg	Qvar	02242030	BSL ACDEFGV
R03BA02	BUDÉSONIDE				
Pd.	Inh	100 mcg	Pulmicort Turbuhaler	00852074	AZE ACDEFGV
Pd.	Inh	200 mcg	Pulmicort Turbuhaler	00851752	AZE ACDEFGV
Pd.	Inh	400 mcg	Pulmicort Turbuhaler	00851760	AZE ACDEFGV

R03BA02		BUDÉSONIDE							
Susp	Inh	0,125 mg/mL		Pulmicort Nebuamp	02229099	AZE	(SA)		
				Taro-Budesonide	02494264	TAR	(SA)		
				Teva-Budesonide	02465949	TEV	(SA)		
Susp	Inh	0,25 mg/mL		Pulmicort Nebuamp	01978918	AZE	(SA)		
				Taro-Budesonide	02494272	TAR	(SA)		
Susp	Inh	0,5 mg/mL		Pulmicort Nebuamp	01978926	AZE	(SA)		
				Taro-Budesonide	02494280	TAR	(SA)		
				Teva-Budesonide	02465957	TEV	(SA)		
R03BA05		FLUTICASONE							
Aém.	Inh	50 mcg		Flovent Metered Dose HFA	02244291	GSK	ACDEFGV		
Aém.	Inh	125 mcg		Flovent Metered Dose HFA	02244292	GSK	ACDEFGV		
				Apo-Fluticasone HFA	02526557	APX	ACDEFGV		
				pms-Fluticasone HFA	02503123	PMS	ACDEFGV		
Aém.	Inh	250 mcg		Flovent Metered Dose HFA	02244293	GSK	ACDEFGV		
				Apo-Fluticasone HFA	02510987	APX	ACDEFGV		
				pms-Fluticasone HFA	02503131	PMS	ACDEFGV		
Pd.	Inh	55 mcg		Aermony Respiclick	02467895	TEV	ACDEFGV		
Pd.	Inh	100 mcg		Flovent Diskus	02237245	GSK	ACDEFGV		
Pd.	Inh	113 mcg		Aermony Respiclick	02467909	TEV	ACDEFGV		
Pd.	Inh	232 mcg		Aermony Respiclick	02467917	TEV	ACDEFGV		
Pd.	Inh	250 mcg		Flovent Diskus	02237246	GSK	ACDEFGV		
Pd.	Inh	500 mcg		Flovent Diskus	02237247	GSK	ACDEFGV		
R03BA07		MOMÉTASONE							
Pd.	Inh	100 mcg		Asmanex Twisthaler	02438690	ORG	CDEFG		
Pd.	Inh	200 mcg		Asmanex Twisthaler	02243595	ORG	ACDEFGV		
Pd.	Inh	400 mcg		Asmanex Twisthaler	02243596	ORG	ACDEFGV		
R03BA08		CICLÉSONIDE							

R03BA08	CICLÉSONIDE							
Aém.	Inh	100 mcg		Alvesco	02285606	CPC	ACDEFGV	
Aém.	Inh	200 mcg		Alvesco	02285614	CPC	ACDEFGV	
R03BA09	FLUTICASONE (FUROATE DE)							
Pd.	Inh	100 mcg		Arnuity Ellipta	02446561	GSK	ACDEFGV	
Pd.	Inh	200 mcg		Arnuity Ellipta	02446588	GSK	ACDEFGV	

R03BB ANTICHOLINERGIQUES

R03BB01	BROMURE D'IPRATROPIUM							
Aém.	Inh	20 mcg		Atrovent HFA	02247686	BOE	ABCDEFGHIWV	
Liq	Inh	125 mcg/mL		pms-lpratropium	02231135	PMS	(SA)	
Liq	Inh	250 mcg/mL		Apo-lpravent	02126222	APX	W (SA)	
				pms-lpratropium	02231136	PMS	W (SA)	
				pms-lpratropium (1mL nebules)	02231244	PMS	W (SA)	
				pms-lpratropium (2mL nebules)	02231245	PMS	W (SA)	
				Teva-lpratropium	02216221	TEV	W (SA)	
R03BB04	BROMURE DE TIOTROPIUM							
Caps	Inh	18 mcg		Spiriva	02246793	BOE	(SA)	
Liq	Inh	2,5 mcg		Spiriva Respimat	02435381	BOE	(SA)	
R03BB05	BROMURE D'ACLIDINIUM							
Pd.	Inh	400 mcg		Tudorza Genuair	02409720	ALM	(SA)	
R03BB06	BROMURE DE GLYCOPYRRONIUM							
Caps	Inh	50 mcg		Seebri Breezhaler	02394936	CPC	(SA)	
R03BB07	BROMURE D'UMÉCLIDIUM							
Pd.	Inh	62,5 mcg		Incruse Ellipta	02423596	GSK	(SA)	

R03BX AUTRES MÉDICAMENTS CONTRE LES BRONCHOPNEUMOPATHIES OBSTRUCTIVES, INHALANTS

R03BX99	CHLORURE DE SODIUM, HYPERTONIQUE							
Liq	Inh	7%		Hyper-Sal	80029414	KEG	BCDEFG	
				Nebusal	80029758	STR	BCDEFG	

R03D AUTRES MÉDICAMENTS CONTRE LES BRONCHOPNEUMOPATHIES OBSTRUCTIVES

R03DA XANTHINES**R03DA04 THÉOPHYLLINE**

Co.L.L.	Orl	100 mg	AA-Theo LA	00692689	AAP	ACDEFGV
Co.L.L.	Orl	200 mg	AA-Theo LA	00692697	AAP	ACDEFGV
Co.L.L.	Orl	300 mg	AA-Theo LA	00692700	AAP	ACDEFGV
Co.L.L.	Orl	400 mg	Theo ER	02360101	AAP	ACDEFGV
Co.L.L.	Orl	600 mg	Theo ER	02360128	AAP	ACDEFGV
Liq	Orl	80 mg / 15 mL	Theolair	01966219	BSL	ACDEFGV

R03DC ANTAGONISTES DES RECEPTEURS DU LEUCOTRIENE**R03DC03 MONTÉLUKAST**

Co.	Orl	10 mg	Singulair	02238217	ORG	ACDEFGV
			Apo-Montelukast	02374609	APX	ACDEFGV
			Auro-Montelukast	02401274	ARO	ACDEFGV
			Jamp-Montelukast	02391422	JPC	ACDEFGV
			M-Montelukast	02488183	MRA	ACDEFGV
			Mar-Montelukast	02399997	MAR	ACDEFGV
			Mint-Montelukast	02408643	MNT	ACDEFGV
			Montelukast	02379333	SAS	ACDEFGV
			Montelukast	02382474	SIV	ACDEFGV
			Montelukast Sodium	02379236	AHI	ACDEFGV
			Nat-Montelukast	02522136	NAT	ACDEFGV
			NRA-Montelukast	02489821	NRA	ACDEFGV
			pms-Montelukast	02373947	PMS	ACDEFGV
			Sandoz Montelukast	02328593	SDZ	ACDEFGV
			Taro-Montelukast	02389517	SUN	ACDEFGV
			Teva-Montelukast	02355523	TEV	ACDEFGV

R03DC03 MONTÉLUKAST

Co.C.	Orl	4 mg	Singulair	02243602	ORG	ACDEFGV
			Apo-Montelukast	02377608	APX	ACDEFGV
			Jamp Montelukast Chewable	02514877	JPC	ACDEFGV
			Jamp-Montelukast (Disc/non disp Apr 20/24)	02442353	JPC	ACDEFGV
			Mar-Montelukast	02399865	MAR	ACDEFGV
			Mint-Montelukast	02408627	MNT	ACDEFGV
			Montelukast	02382458	SIV	ACDEFGV
			Nat-Montelukast	02522101	NAT	ACDEFGV
			pms-Montelukast	02354977	PMS	ACDEFGV
			Sandoz Montelukast	02330385	SDZ	ACDEFGV
			Teva-Montelukast	02355507	TEV	ACDEFGV

Co.C.	Orl	5 mg	Singulair	02238216	ORG	ACDEFGV
			Apo-Montelukast	02377616	APX	ACDEFGV
			Jamp Montelukast Chewable	02514885	JPC	ACDEFGV
			Jamp-Montelukast (Disc/non disp Apr 20/24)	02442361	JPC	ACDEFGV
			Mar-Montelukast	02399873	MAR	ACDEFGV
			Mint-Montelukast	02408635	MNT	ACDEFGV
			Montelukast	02379325	SAS	ACDEFGV
			Montelukast	02382466	SIV	ACDEFGV
			Nat-Montelukast	02522128	NAT	ACDEFGV
			pms-Montelukast	02354985	PMS	ACDEFGV
			Sandoz Montelukast	02330393	SDZ	ACDEFGV
			Teva-Montelukast	02355515	TEV	ACDEFGV

Gran	Orl	4 mg	Singulair	02247997	ORG	ACDEFGV
			Sandoz Montelukast	02358611	SDZ	ACDEFGV

R03DX AUTRES MÉDICAMENTS CONTRE LES BRONCHOPNEUMOPATHIES OBSTRUCTIVES

R03DX05 OMALIZUMAB

Liq	SC	150 mg/mL	Xolair (prefilled syringe)	02459795	NVR	(SA)
Pds.	SC	150 mg	Xolair (single-use vial)	02260565	NVR	(SA)

R03DX09 MEPOLIZUMAB

Liq	SC	100 mg/mL	Nucala (autoinjector)	02492989	GSK	(SA)
			Nucala (prefilled syringe)	02492997	GSK	(SA)
Pds.	SC	100 mg/mL	Nucala (single-use vial)	02449781	GSK	(SA)

R03DX10 BENRALIZUMAB

Liq SC 30 mg/mL

Fasenra (autoinjector) 02496135 AZE (SA)

Fasenra (prefilled syringe) 02473232 AZE (SA)

R05 PRÉPARATIONS CONTRE LA TOUX ET LE RHUME

R05C EXPECTORANTS, A L'EXCLUSION D'UNE COMBINAISON AVEC UN ANTITUSSIF

R05CA EXPECTORANTS

R05CA03 GUAIFÉNÉSINE

Sir. Orl 100 mg / 5 mL

Balminil 00608920 TEV G

Balminil Expect Sans Sucrose 00609951 TEV G

Robitussin 01931032 GCH G

R05CB MUCOLYTIQUES

R05CB01 ACÉTYLCYSTÉINE

Liq Inh 200 mg/mL

Acetylcysteine 02243098 SDZ ACDEFGV

R05CB13 DORNASE ALFA

Liq Inh 1 mg/mL

Pulmozyme 02046733 HLR (SA)

R05D ANTITUSSIFS, A L'EXCLUSION D'UNE COMBINAISON AVEC UN EXPECTORANT

R05DA ALKALOÏDES D'OPIUM ET DÉRIVÉS

R05DA04 CODÉINE

Co. Orl 15 mg

Teva-Codeine 00593435 TEV ACDEFGVW

Co. Orl 30 mg

Teva-Codeine 00593451 TEV ACDEFGVW

Co.L.L. Orl 50 mg

Codeine Contin 02230302 PFR W (SA)

Co.L.L. Orl 100 mg

Codeine Contin 02163748 PFR W (SA)

Co.L.L. Orl 150 mg

Codeine Contin 02163780 PFR W (SA)

Co.L.L. Orl 200 mg

Codeine Contin 02163799 PFR W (SA)

Liq Inj 30 mg/mL

Codeine Phosphate 00544884 SDZ W

Sir. Orl 5 mg/mL

Codeine Phosphate 00050024 ATL ACDEFGVW

R05DA09 DEXTROMÉTHORPHANE

Liq Orl 15 mg/mL

Koffex Sugar Free Clear 01928791 TEV G

R05DA09	DEXTROMÉTHORPHANE							
Sir.	Orl	3 mg/mL			Benlylin DM	01944738	JNJ	G
					Koffex DM	01928783	TEV	G
R05F	ANTITUSSIFS ET EXPECTORANTS, EN COMBINAISON							
R05FA	DÉRIVÉS DE L'OPIUM ET EXPECTORANTS							
R05FA02	DÉRIVÉS DE L'OPIUM ET EXPECTORANTS DEXTROMÉTHORPHANE / GUAIFÉNÉSINE							
Liq	Orl	3 mg / 20 mg			Robitussin DM Exp	01931024	GCH	G
R06	ANTIHISTAMINIQUES SYSTEMIQUES							
R06A	ANTIHISTAMINIQUES SYSTEMIQUES							
R06AA	AMINOALKYLETHERS							
R06AA02	DIPHENHYDRAMINE							
Co.	Orl	25 mg			Benadryl	02017849	JNJ	G
					Diphenhydramine	02257548	JPC	G
Co.	Orl	50 mg			Diphenhydramine	02257556	JPC	G
Elix	Orl	12,5 mg / 5 mL			Benadryl	02019736	JNJ	G
					Diphenhydramine HCl Elixir USP	02298503	JPC	G
Liq	Inj	50 mg/mL			Diphenhydramine HCl	00596612	SDZ	ACDEFGVW
					Diphenist	02219336	OMG	ACDEFGVW
R06AA11	DIMENHYDRINATE							
Liq	Inj	50 mg/mL			Dimenhydrinate Injection USP	00392537	SDZ	ACDEFGVW
R06AA59	DOXYLAMINE, EN COMBINASON DOXYLAMINE / PYRIDOXINE							
Co.L.L.	Orl	10 mg / 10 mg			Diclectin	00609129	DUI	ACDEFGV
					Apo-Doxylamine/B6	02413248	APX	ACDEFGV
					pms-Doxylamine-Pyridoxine	02406187	PMS	ACDEFGV
R06AB	AMINO-ALKYLES SUBSTITUTES							
R06AB04	CHLORPHÉNAMINE (CHLORPHÉNIRAMINE)							
Co.	Orl	4 mg			Novo-Pheniram	00021288	TEV	G
R06AD	DERIVES DU PHENOTHIAZINE							
R06AD01	ALIMEMAZINE (TRIMÉPRAZINE)							
Co.	Orl	2,5 mg			Panectyl	01926306	SLP	ACDEFGV

R06AD01 ALIMEMAZINE (TRIMÉPRAZINE)

Co. Orl 5 mg

Panectyl 01926292 SLP ACDEFGV

R06AE DÉRIVÉS DU PIPERAZINE

R06AE07 CÉTIRIZINE

Co. Orl 10 mg

Reactine 02223554 JNJ G

Apo-Cetirizine 02231603 APX G

Cetirizine Extra Strength 02517566 JPC G

Jamp Cetirizine 02451778 JPC G

Co. Orl 20 mg

Reactine 01900978 JNJ (SA)

Apo-Cetirizine 02453363 APX (SA)

Cetirizine 02515695 SAS (SA)

Jamp Cetirizine Tablets 02517353 JPC (SA)

M-Cetirizine 02512025 MRA (SA)

Mar-Cetirizine 02427141 MAR (SA)

pms-Cetirizine 02315963 PMS (SA)

Teva-Cetirizine 02528681 TEV (SA)

R06AX DIVERS ANTIHISTAMINIQUES SYSTEMIQUES

R06AX13 LORATADINE

Co. Orl 10 mg

Claritin 00782696 BAY G

Apo-Loratadine 02243880 APX G

R06AX17 KÉTOTIFÈNE

Co. Orl 1 mg

Zaditen 00577308 TEV CDEFG

R07 AUTRES PRODUITS DU SYSTÈME RESPIRATOIRE

R07A AUTRES PRODUITS DU SYSTÈME RESPIRATOIRE

R07AX AUTRES PRODUITS DU SYSTÈME RESPIRATOIRE

R07AX02 IVACAFTOR

Co. Orl 150 mg

Kalydeco 02397412 VTX (SA)

R07AX32 IVACAFTOR, TEZACAFTOR ET ELEXACAFTOR

Co. Orl 37,5 mg / 25 mg / 50 mg,
75mg

Trikafta 02526670 VTX (SA)

Co. Orl 75 mg / 50 mg / 100 mg,
150mg

Trikafta 02517140 VTX (SA)

S ORGANES SENSORIELS

S01 AGENTS OPHTHALMOLOGIQUES

S01A ANTIINFECTIEUX

S01AA ANTIBIOTIQUES

S01AA12 TOBRAMYCINE

Liq Oph 0,3%

Tobrex 00513962 NVR ACDEFGV

Sandoz Tobramycin 02241755 SDZ ACDEFGV

Ont Oph 0,3%

Tobrex 00614254 NVR ACDEFGV

S01AA17 ÉRYTHROMYCINE

Ont Oph 0,5%

Erythromycin 02326663 SGQ ACDEFGV

pdp-Erythromycin 01912755 PDP ACDEFGV

S01AA30 EN COMBINAISON AVEC DIFFERENTS ANTIBIOTIQUES

SULFATE DE POLYMYXINE B / BACITRACINE

Ont Oph 10 000 IU / 500 IU

Polysporin 02239157 JNJ G

SULFATE DE POLYMYXINE B / SULFATE DE TRIMÉTHOPRIME

Liq Oph 10000 U/mL

Polytrim (Disc/non disp Oct 19/23) 02011956 ALL ACDEFGV

Sandoz Polytrimethoprim 02239234 SDZ ACDEFGV

S01AD ANTIVIRAUX

S01AD02 TRIFLURIDINE

Liq Oph 1%

Viroptic 00687456 BSL ACDEFGV

S01AE FLUOROQUINOLONES

S01AE01 OFLOXACINE

Liq Oph 0,3%

Ocuflox 02143291 ABV (SA)

S01AE03 CIPROFLOXACINE

Liq Oph 0,3%

Ciloxan 01945270 NVR (SA)

Sandoz Ciprofloxacin 02387131 SDZ (SA)

Ont Oph 0,3%

Ciloxan 02200864 NVR (SA)

S01AE06 GATIFLOXACINE

Liq Oph 0,3%

Zymar 02257270 ABV ACDEFGV

Apo-Gatifloxacin 02327260 APX ACDEFGV

S01AE07 MOXIFLOXACINE

S01AE07 MOXIFLOXACINE

Liq Oph 0,5%

Vigamox	02252260	NVR	ACDEFGV
Apo-Moxifloxacin	02406373	APX	ACDEFGV
Jamp-Moxifloxacin	02472120	JPC	ACDEFGV
Moxifloxacin	02529076	SAS	ACDEFGV
pms-Moxifloxacin	02432218	PMS	ACDEFGV
Sandoz Moxifloxacin	02411520	SDZ	ACDEFGV

S01B AGENTS ANTIINFLAMMATOIRES**S01BA CORTICOSTÉROÏDES, ORDINAIRES****S01BA01 DEXAMÉTHASONE**

Gttes Oph 0,1%

Maxidex 00042560 NVR ACDEFGV

Ont Oph 0,1%

Maxidex 00042579 NVR ACDEFGV

S01BA04 PREDNISOLONE

Susp Oph 1%

Pred Forte	00301175	ABV	ACDEFGV
Sandoz Prednisolone	01916203	SDZ	ACDEFGV
Teva-Prednisolone	00700401	TEV	ACDEFGV

S01BA07 FLUOROMÉTHOLONE

Gttes Oph 0,1%

FML	00247855	ABV	ACDEFGV
Sandoz Fluorometholone	00432814	SDZ	ACDEFGV

Susp Oph 0,1%

Flarex 00756784 NVR ACDEFGV

S01BC AGENTS ANTIINFLAMMATOIRES, NON STÉROÏDIENS**S01BC03 DICLOFÉNAC**

Liq Oph 0,1%

Voltaren	01940414	NVR	ACDEFGV
Apo-Diclofenac	02441020	APX	ACDEFGV
Diclofenac	02475065	PST	ACDEFGV
Mint-Diclofenac	02475197	MNT	ACDEFGV
Sandoz Diclofenac Ophtha	02454807	SDZ	ACDEFGV

S01BC05 KÉTOROLAC

Liq Oph 0,45%

Acuvail 02369362 ABV ACDEFGV

Liq Oph 0,5%

Acular	01968300	ABV	ACDEFGV
Ketorolac	02245821	AAP	ACDEFGV

S01C AGENTS ANTIINFLAMMATOIRES ET ANTIINFECTIEUX EN COMBINAISON**S01CA CORTICOSTÉROÏDES ET ANTIINFECTIEUX EN COMBINAISON**

S01CA01	DEXAMÉTHASONE ET ANTIINFECTIEUX						
	DEXAMÉTHASONE / NÉOMYCINE / POLYMYXINE B						
Ont	Oph	1 mg / 3,5 mg / 6 000 IU	Maxitrol	00358177	NVR	ACDEFGV	
Susp	Oph	1 mg / 3,5 mg / 6 000 IU	Maxitrol	00042676	NVR	ACDEFGV	
	DEXAMÉTHASONE / TOBRAMYCINE						
Ont	Oph	0,1% / 0,3%	Tobradex	00778915	NVR	ACDEFGV	
Susp	Oph	0,1% / 0,3%	Tobradex	00778907	NVR	ACDEFGV	

S01E PRÉPARATIONS ANTIGLAUCOME ET MIOTIQUES

S01EA ADRENERGIQUES POUR LE TRAITEMENT DU GLAUCOME

S01EA03	APRACLONIDINE						
Liq	Oph	0,5%	Iopidine	02076306	NVR	ACDEFGV	
S01EA05	BRIMONIDINE						
Liq	Oph	0,15%	Alphagan P	02248151	ABV	ACDEFGV	
			Brimonidine P	02301334	AAP	ACDEFGV	
Liq	Oph	0,2%	Alphagan	02236876	ABV	ACDEFGV	
			Brimonidine Tartrate	02515377	HIK	ACDEFGV	
			Jamp-Brimonidine	02449226	JPC	ACDEFGV	
			Med-Brimonidine	02507811	GMP	ACDEFGV	
			pms-Brimonidine	02246284	PMS	ACDEFGV	
			Sandoz Brimonidine	02305429	SDZ	ACDEFGV	

S01EB PARA-ADRENERGIQUES

S01EB01	PILOCARPINE						
Gttes	Oph	2%	Isopto Carpine	00000868	NVR	ACDEFGV	

S01EC INHIBITEURS DE L'ANHYDRASE CARBONIQUE

S01EC01	ACÉTAZOLAMIDE						
Co.	Orl	250 mg	Acetazolamide	00545015	AAP	ACDEFGV	
S01EC03	DORZOLAMIDE						
Liq	Oph	2%	Trusopt	02216205	ELV	ACDEFGV	
			Jamp-Dorzolamide	02453347	JPC	ACDEFGV	
			Med-Dorzolamide	02457210	GMP	ACDEFGV	
			Sandoz Dorzolamide	02316307	SDZ	ACDEFGV	

S01EC04	BRINZOLAMIDE							
Liq	Oph 1%			Azopt	02238873	NVR	ACDEFGV	
S01EC05	MÉTHAZOLAMIDE							
Co.	Orl 50 mg			Methazolamide	02245882	AAP	ACDEFGV	
S01EC54	BRINZOLAMIDE EN COMBINAISON BRINZOLAMIDE / BRIMONIDINE							
Liq	Oph 1% / 0,2%			Simbrinza	02435411	NVR	ACDEFGV	
S01ED	BETA-BLOQUANTS							
S01ED01	TIMOLOL							
Gttes	Oph 0,25%			Sandoz Timolol Maleate	02166712	SDZ	ACDEFGV	
Gttes	Oph 0,5%			Timoptic Oph	00451207	ELV	ACDEFGV	
				Apo-Timop	00755834	APX	ACDEFGV	
				Jamp-Timolol	02447800	JPC	ACDEFGV	
				Sandoz Timolol Maleate	02166720	SDZ	ACDEFGV	
				Timo-Stulln (Temporary Benefit)	09858120	PST	ACDEFGV	
Liq	Oph 0,25%			Timolol Maleate-EX	02242275	SDZ	ACDEFGV	
Liq	Oph 0,5%			Timoptic-XE Oph	02171899	ELV	ACDEFGV	
				Timolol Maleate-EX	02242276	SDZ	ACDEFGV	
S01ED02	BÉTAXOLOL							
Susp	Oph 0,25%			Betoptic S	01908448	NVR	ACDEFGV	
S01ED51	TIMOLOL EN COMBINAISON TIMOLOL / BRIMONIDINE							
Liq	Oph 0,5% / 0,2%			Combigan	02248347	ABV	ACDEFGV	
				Apo-Brimonidine-Timop	02375311	APX	ACDEFGV	
				Jamp Brimonidine/Timolol	02531704	JPC	ACDEFGV	
	TIMOLOL / BRINZOLAMIDE							
Susp	Oph 0,5% / 1%			Azarga	02331624	NVR	ACDEFGV	
	TIMOLOL / DORZOLAMIDE							

S01ED51 TIMOLOL EN COMBINAISON

TIMOLOL / DORZOLAMIDE

Liq	Oph	0,5% / 2%	Cosopt	02240113	ELV	ACDEFGV
			Cosopt PF	02258692	ELV	ACDEFGV
			Apo-Dorzo-Timop	02299615	APX	ACDEFGV
			Dorzolamide and Timolol	02489635	HIK	ACDEFGV
			Dorzolamide-Timolol	02522020	JPC	ACDEFGV
			Jamp-Dorzolamide-Timolol	02457539	JPC	ACDEFGV
			Med-Dorzolamide-Timolol	02437686	GMP	ACDEFGV
			Riva-Dorzolamide/Timolol	02441659	RIV	ACDEFGV
			Sandoz Dorzolamide/Timolol	02344351	SDZ	ACDEFGV

TIMOLOL / LATANOPROST

Liq	Oph	0,5% / 0,005%	Xalacom	02246619	BGP	ACDEFGV
			Act Latanoprost/Timolol	02436256	TEV	ACDEFGV
			GD-Latanoprost/Timolol	02373068	UJC	ACDEFGV
			Jamp-Latanoprost-Timolol	02453770	JPC	ACDEFGV
			Latanoprost and Timolol Ophthalmic (Disc/non disp Aug 8/24)	02489368	HIK	ACDEFGV
			M-Latanoprost-Timolol	02514516	MRA	ACDEFGV
			Med-Latanoprost-Timolol	02454505	GMP	ACDEFGV

TIMOLOL / TRAVOPROST

Liq	Oph	0,5% / 0,004%	Duo Trav PQ	02278251	NVR	ACDEFGV
			Apo-Travoprost-Timop	02415305	APX	ACDEFGV

S01EE ANALOGUES DE LA PROSTAGLANDINE

S01EE01 LATANOPROST

Liq	Oph	0,005%	Xalatan	02231493	UJC	ACDEFGV
			Apo-Latanoprost	02296527	APX	ACDEFGV
			GD-Latanoprost	02373041	UJC	ACDEFGV
			Jamp-Latanoprost	02453355	JPC	ACDEFGV
			Latanoprost Ophthalmic Solution	02489570	HIK	ACDEFGV
			M-Latanoprost	02513285	MRA	ACDEFGV
			Med-Latanoprost	02426935	GMP	ACDEFGV
			pms-Latanoprost	02317125	PMS	ACDEFGV
			Riva-Latanopost	02341085	RIV	ACDEFGV
			Sandoz Latanoprost	02367335	SDZ	ACDEFGV
			Teva-Latanoprost	02254786	TEV	ACDEFGV

S01EE03 BIMATOPROST

S01EE03 BIMATOPROST
 Liq Oph 0,01% Lumigan RC 02324997 ABV ACDEFGV
 Liq Oph 0,03% Vistitan 02429063 SDZ ACDEFGV

S01EE04 TRAVOPROST
 Liq Oph 0,003% Izba 02457997 NVR ACDEFGV
 Liq Oph 0,004% Travatan Z 02318008 NVR ACDEFGV
 Apo-Travoprost Z 02415739 APX ACDEFGV
 Sandoz Travoprost 02413167 SDZ ACDEFGV

S01EE06 LATANOPROSTÉNE BUNOD
 Liq Oph 0,024% Vyzulta 02484218 BSH ACDEFGV

S01F MYDRIATIQUES ET CYCLOPLEGIQUES

S01FA ANTICHOLINERGIQUES

S01FA01 ATROPINE
 Gttes Oph 1% Isopto Atropine 00035017 ALC ACDEFGVW
 Atropine 02023695 PST ACDEFGVW

S01FA04 CYCLOPENTOLATE
 Liq Oph 1% Cyclogyl 00252506 ALC ACDEFGV

S01FA06 TROPICAMIDE
 Liq Oph 0,5% Mydriacyl 00000981 ALC ACDEFGV
 Liq Oph 1% Mydriacyl 00001007 ALC ACDEFGV

S01G DÉCONGESTIONNANTS ET ANTIALLERGIQUES

S01GX AUTRES ANTIALLERGIQUES

S01GX01 ACIDE CROMOGLICIQUE
 Liq Oph 2% Cromolyn Ophthalmic Solution 02009277 PDP ACDEFGV

S01GX08 KÉTOTIFÈNE
 Liq Oph 0,025% Zaditor 02242324 LTH ACDEFGV

S01GX09 OLOPATADINE
 Liq Oph 0,1% Patanol 02233143 NVR ACDEFGV
 Apo-Olopatadine 02305054 APX ACDEFGV
 Jamp-Olopatadine 02458411 JPC ACDEFGV
 Sandoz Olopatadine 02358913 SDZ ACDEFGV

S01GX09 OLOPATADINE

Liq Oph 0,2%

Pataday 02362171 NVR ACDEFGV
Apo-Olopatadine 02402823 APX ACDEFGV
Mint-Olopatadine 02508605 MNT ACDEFGV
Sandoz Olopatadine 02420171 SDZ ACDEFGV

S01L AGENTS POUR LES TROUBLES VASCULAIRES OCULAIRES

S01LA AGENTS ANTINÉOVASCULAIRES

S01LA04 RANIBIZUMAB

Liq IVL 10 mg/mL

Byoovis 02525852 BIG (SA)

S01LA05 AFLIBERCEPT

Liq IVL 40 mg/mL

Eylea 02415992 BAY (SA)

S01LA06 BROLUCIZUMAB

Liq IVL 6 mg / 0,05 mL

Beovu 02496976 NVR (SA)

S01LA09 FARICIMAB

Liq IVL 6 mg / 0,05 mL

Vabysmo 02527618 HLR (SA)

S01X AUTRES OPHTHALMOLOGIQUES

S01XA AUTRES OPHTHALMOLOGIQUES

S01XA03 CHLORURE DE SODIUM, HYPERTONIQUE

Gttes Oph 5%

Muro 128 00750824 BSH AEFGV
Odan-Sodium Chloride 80046737 ODN AEFGV

Ont Oph 5%

Muro 128 00750816 BSH AEFGV
Odan-Sodium Chloride 80046696 ODN AEFGV

S01XA18 CICLOSPORIN

Émuls Oph 0,1%

Verkazia 02484137 SNN (SA)

S01XA21 MERCAPTAMINE (CYSTÉAMINE)

Liq Oph 0,37%

Cystadrops 02485605 RRD (SA)

S02 AGENTS OTOLOGIQUES

S02C CORTICOSTÉROÏDES ET ANTIINFECTIEUX EN COMBINAISON

S02CA CORTICOSTÉROÏDES ET ANTIINFECTIEUX EN COMBINAISON

S02CA02 FLUMETASONE ET ANTIINFECTIEUX

FLUMÉTASONE / CLIOQUINOL

Gttes Ot 0,2% / 1%

Locacorten-Vioform 00074454 PAL ACDEFGV

S02CA06	DEXAMÉTHASONE ET ANTIINFECTIEUX							
	DEXAMÉTHASONE / CIPROFLOXACINE							
Susp	Ot	0,1% / 0,3%		Ciprodex	02252716	NVR	ACDEFGV	
				Sandoz Ciprofloxacin/Dexamethasone	02506882	SDZ	ACDEFGV	
				Taro-Ciprofloxacin/Dexamethasone	02481901	TAR	ACDEFGV	
S03	PRÉPARATIONS OPHTHALMOLOGIQUES ET OTOLOGIQUES							
S03C	CORTICOSTÉROÏDES ET ANTIINFECTIEUX EN COMBINAISON							
S03CA	CORTICOSTÉROÏDES ET ANTIINFECTIEUX EN COMBINAISON							
S03CA01	DEXAMÉTHASONE ET ANTIINFECTIEUX							
	DEXAMÉTHASONE / FRAMYCÉTINE / GRAMICIDINE							
Gttes	Oph	0,5 mg / 5 mg / 0,05 mg		Sofracort E/E	02224623	SAV	ACDEFGV	
V	DIVERS							
V01	ALLERGENES							
V01A	ALLERGENES							
V01AA	EXTRAITS D'ALLERGENES							
V01AA02	POLLEN DE GRAMINÉES							
Co.S.L.	Orl	100 IR		Oralair	02381885	STA	(SA)	
Co.S.L.	Orl	300 IR		Oralair	02381893	PAL	(SA)	
Tro	SC	105, 250, 700, 2 150 PNU		Pollinex-R	00464988	PAL	(SA)	
V01AA20	DIVERS EXTRAITS D'ALLERGENE							
Liq	Inj			Allergy Sera	00999938	HJM	EF-18G	
V03	TOUS LES AUTRES PRODUITS THERAPEUTIQUES							
V03A	TOUS LES AUTRES PRODUITS THERAPEUTIQUES							
V03AB	ANTIDOTES							
V03AB06	THIOSULFATE							
	THIOSULFATE DE SODIUM							
Liq	Inj	250 mg/mL		Seacalphyx	02386666	SFD	ACDEFGVW	
V03AC	AGENTS CHÉLATEURS DE FER							
V03AC01	DÉFÉROXAMINE							
Pds.	Inj	500 mg		Desferal	01981242	NVR	ACDEFGV	
				Deferoxamine Mesilate	02241600	PFI	ACDEFGV	
Pds.	Inj	2 g		Deferoxamine Mesilate	02247022	PFI	ACDEFGV	

V03AC02	DÉFÉRIPRONE						
Co.	Orl	1 000 mg	Ferriprox	02436558	CCC	(SA)	
Liq	Orl	100 mg/mL	Ferriprox	02436523	APO	(SA)	

V03AC03	DÉFÉRASIROX						
Co.	Orl	90 mg	Jadenu	02452219	NVR	(SA)	
			Apo-Deferasirox (Type J)	02485265	APX	(SA)	
			pms-Deferasirox (Type J)	02528290	PMS	(SA)	
			Sandoz Deferasirox (Type J)	02489899	SDZ	(SA)	
			Taro-Deferasirox (Type J)	02507315	TAR	(SA)	
Co.	Orl	180 mg	Jadenu	02452227	NVR	(SA)	
			Apo-Deferasirox (Type J)	02485273	APX	(SA)	
			pms-Deferasirox (Type J)	02528304	PMS	(SA)	
			Sandoz Deferasirox (Type J)	02489902	SDZ	(SA)	
			Taro-Deferasirox (Type J)	02507323	TAR	(SA)	
Co.	Orl	360 mg	Jadenu	02452235	NVR	(SA)	
			Apo-Deferasirox (Type J)	02485281	APX	(SA)	
			pms-Deferasirox (Type J)	02528312	PMS	(SA)	
			Sandoz Deferasirox (Type J)	02489910	SDZ	(SA)	
			Taro-Deferasirox (Type J)	02507331	TAR	(SA)	

V03AE POUR LE TRAITEMENT DE HYPERKALEMIA ET HYPERPHOSPHATEMIA

V03AE01	POLYSTYRÈNE SULFONATE						
	POLYSTYRÈNE SULFONATE DE SODIUM						
Pds.	Orl	1 g/g	Kayexalate	02026961	SAV	ACDEFGV	
			Jamp Sodium Polystyrene Sulfonate	02497557	JPC	ACDEFGV	
			Odan-Sodium Polystyrene Sulfonate	02473941	ODN	ACDEFGV	
			Solystat	00755338	PDP	ACDEFGV	
Susp	Orl	250 mg/mL	Odan-Sodium Polystyrene Sulfonate	02473968	ODN	ACDEFGV	
			Solystat	00769541	PDP	ACDEFGV	
	SULFONATE DE POLYSTYRÈNE CALCIQUE						
Pds.	Orl	999 mg/g	Resonium Calcium	02017741	SAV	ACDEFGV	
			Jamp Calcium Polystyrene Sulfonate	02502631	JPC	ACDEFGV	
V03AE02	SEVELAMER						

V03AE02	SEVELAMER							
Co.	Orl	800 mg		Renagel	02244310	SAV	ACDEFGV	
				Accel-Sevelamer	02461501	ACC	ACDEFGV	
Pds.	Orl	0,8 g		Renvela	02485559	SAV	(SA)	
Pds.	Orl	2,4 g		Renvela	02485567	SAV	(SA)	
V03AE03	LANTHANUM CARBONATE							
Co. C.	Orl	250 mg		Fosrenol (Disc/non disp Apr 30/24)	02287145	TAK	(SA)	
Co. C.	Orl	500 mg		Fosrenol	02287153	TAK	(SA)	
Co. C.	Orl	750 mg		Fosrenol	02287161	TAK	(SA)	
Co. C.	Orl	1000 mg		Fosrenol	02287188	TAK	(SA)	
V03AE05	OXYHYDROXYDE SUCRO-FERRIQUE							
Co.C.	Orl	500 mg		Velphoro	02471574	VFM	(SA)	
V03AF	AGENTS DÉTOXIFIANTS POUR TRAITEMENT ANTINÉOPLASIQUE							
V03AF01	MESNA							
	MESNA							
Pds.	Inj	100 mg/mL		Uromitexan	02241411	BAX	ACDEFGV	
V03AF03	FOLINATE DE CALCIUM							
	LEUCOVORINE CALCIQUE							
Co.	Orl	5 mg		Lederle Leucovorin	02170493	PFI	ACDEFGV	
				Mint-Leucovorin	02496828	MNT	ACDEFGV	
				Riva Leucovorin	02493357	RIV	ACDEFGV	
V03AG	MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DE L'HYPERCALCEMIE							
V03AG99	MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DE L'HYPERCALCEMIE							
	PHOSPHATE ACIDE DE SODIUM / BICARBONATE DE SODIUM / POTASSIUM							
Co.Eff.	Orl	500 mg / 469 mg / 123 mg		Jamp-Sodium Phosphate	80047562	JPC	ACDEFGV	
V03AH	POUR LE TRAITEMENT DE HYPOGLYCÉMIE							
V03AH01	DIAZOXIDE							
Caps	Orl	100 mg		Proglycem	00503347	FRS	ACDEFGV	
V04	AGENTS DIAGNOSTIQUES							
V04C	AUTRES AGENTS DIAGNOSTIQUES							

V04CJ TESTS DE LA FONCTION THYROÏDIENNE

V04CJ01 THYROTROPINE

Pds. IM 0,9 mg

Thyrogen 02246016 GZM (SA)

APPENDIX I-A / ANNEXE I-A

ABBREVIATIONS OF DOSAGE FORMS / ABRÉVIATIONS DES FORMES POSOLOGIQUES

FORM	CODE	FORME
Metered-Dose Aerosol	Aem/Aém.	Aérosol-dose mesurée
Aerosol (with propellants)	Aer/Aér.	Aérosol (avec agents de propulsion)
Aerosol (without propellants)	Asp	Aérosol (sans agents de propulsion)
Capsule	Cap/Caps	Capsule
Chewable Tablets	TabC/Co.C.	Comprimés à croquer
Controlled Delivery Capsules	CDC/Caps.L.C.	Capsules à libération contrôlée
Cleanser	Clr/Net	Nettoyant
Cream	Crm/Cr.	Crème
Cartridge	Ctg/Cart	Cartouche
Douche	Dch	Douche
Delayed Action (Injectables)	Dla	Soluté injectable-retard
Delayed Release Capsule	CDR/Caps.L.R.	Capsule à libération retardée
Drop	Dps/Gttes	Gouttes
Dressing	Dre	Pansement
Enteric Coated Capsule	ECC/Caps.Ent.	Capsule entérique
Each	Ech/Ch	Chacun
Enteric Coated Granule	Ecg	Granule entérique
Enteric Coated Tablet	ECT/Co.Ent	Comprimés entérique
Elixir	Elx	Élixir
Emulsion	Em/Émuls	Émulsion
Enema	Enm/Lav.	Lavement
Extended Release	ER	À libération prolongée
Extended Release Capsules	ERC/Caps.L.P.	Capsules à libération prolongée
Extended Release Tablets	ERT/Co.L.P.	Comprimés à libération prolongée
Effervescent Granule	Evg/Gev	Granule effervescente
Effervescent Powder	Ecp/Pev	Poudre effervescente
Effervescent Tablet	Evt/Co.Eff.	Comprimé effervescent
Film Coated	FC	pelliculés
Gas	Gas	Gaz
Gel	Gel	Gelée
Granules	Gran	Granules
Immediate release	IR	Libération immédiate

APPENDIX I-A / ANNEXE I-A

ABBREVIATIONS OF DOSAGE FORMS / ABRÉVIATIONS DES FORMES POSOLOGIQUES

FORM	CODE	FORME
Inhaler	Inh	Inhalateur
Instrument	Ins	Pièce à insérer
Insulin	Ins	Insuline
Intra-Articular	IA	Intra-articulaire
Kit	Kit/Tro	Trousse
Liniment	Lin	Liniment
Liquid	Liq	Liquide
Lente Suspension	Lla/Susp.	Suspension
Lotion	Lot	Lotion
Lozenge	Loz	Pastille
Miscellaneous	Misc	Divers
Mist, Aerosol	Mst/Baer	Bruine en aérosol
Mouthwash	MWH/R.-B.	rince-bouche
Nebules	Neb	Nébules
Orally Disintegrating Film	ODF	Film à désintégration orale
Orally Disintegrating Tablet	ODT/Co.D.O.	Comprimés à désintégration orale
Oral liquid	O/L	Liquide Oral
Ointment	Ont	Onguent, pommade
Pad	Pad/Gaze	Compresse
Package	Pck	Paquet
Paste	Pst	Pâte
Patch	Pth	Timbre cutané
Preservative Free	PF	Sans agent de conservation
Powderrevl	Pwr/Pd.	Poudre
Powder for Solution / Powder for Suspension	Pws/Pds.	Poudre pour solution / Poudre pour suspension
Rapid Dissolving	RD	Dissolution rapide
Rapid Disintegrating	RPD	Désintégration rapide
Shampoo	Shp	Shampooing
Semi-Lente Suspension	SLA	Suspension semi-lente
Slow release	SR	Libération lente
Sublingual Tablet	Slit/Co.S.L.	Comprimé sublingual

APPENDIX I-A / ANNEXE I-A

ABBREVIATIONS OF DOSAGE FORMS / ABRÉVIATIONS DES FORMES POSOLOGIQUES

FORM	CODE	FORME
Spray	Spr/Vap	Vaporisateur
Sustained-Released Capsule	SRC/Caps.L.L.	Capsule à libération lente
Packet	Packet/Sachets	Sachet/Paquet,
Sustained-Release Disc	Srd	Disque à action soutenue
Sustained-Release Syrup	SRS	Sirop à action soutenue
Sustained-Release Tablet	SRT/Co.L.L.	Comprimé à libération lente
Suppository	Sup/Supp.	Suppositoire
Suspension	Susp/Susp	Suspension
Syrup	Syr/Sir.	Sirop
Tablet	Tab/Co.	Comprimé
Ultra-Lente Suspension	Ula	Suspension ultra-lente
Wafer	Waf	Gaufrette

APPENDIX I-B/ ANNEXE I-B

ABBREVIATIONS OF ROUTES / ABRÉVIATIONS DES VOIES D'ADMINISTRATION

ROUTE	CODE	VOIE
Buccal	Buc	Buccale, orale
Dental	Den	Dentaire
Inhalation	Inh	Inhalation
Injectable	Inj	Injectable
Instillation	ISL	Instillation
Instrument(s)	Ins	Instrument(s)
Intervertebral	IND	Intervertébrale
Intra Articular	IA	Intra-articulaire
Intrabursal	IBU	Intrabursique
Intracardiac	ICD	Intracardiaque
Intracavity	ICV	Intra-cavitaire
Intradermal	ID	Intradermique
Intrafollicular	INF	Intra-folliculaire
Intraintestinal	ITT	Intraintestinale
Intramuscular	IM	Intramusculaire
Intraocular	IO	Intraoculaire
Intraperitoneal	IP	Intrapéritonéale
Intrapleural	IPL	Intrapleurale
Intrapulmonary	IPU	Intrapulmonaire
Intrathecal	INT	Intra-thécale
Intravenous	IV	intraveineuse
Intraventricular	IVR	Intraventriculaire
Intravesicular	ITV	Intravésicale
Intravitreal	IVL	Intravitréenne
Irrigation	IR	Irrigation
Miscellaneous	Mis	Divers
Nasal	Nas	Nasale
Nil	NIL	Néant
Ophthalmic	Oph	Ophtalmique
Oral	Orl	Orale
Otic	Ot	Otique

APPENDIX I-B/ ANNEXE I-B**ABBREVIATIONS OF ROUTES / ABRÉVIATIONS DES VOIES D'ADMINISTRATION**

ROUTE	CODE	VOIE
Parenteral (Unspecified)	Prt	Parentérale (non spécifiée)
Retrobulbar	RB	Rétrobulbaire
Rectal	Rt	Rectale
Subcutaneous	SC	Sous-cutané
Sublingual	Slg	Sublinguale
Topical	Top	Topique
Transdermal	Trd	Transdermique
Vaginal	Vag	Vaginale

APPENDIX I-C/ ANNEXE I-C

ABBREVIATIONS OF UNITS / ABRÉVIATIONS DES UNITÉS DE MESURE

UNIT	CODE	UNITÉS
Ampoule	Amp	Ampoule
Billion	B	Milliard
Bottle	Bottl	Flacon, bouteille
Box	Box	Boîte
Capsule	Cap	Capsule
Cubic Centimetre	CC	Centimètre cube
Centimetre	cm	Centimètre
Disk	Disk	Disque
Fluid Ounce	Fl oz	Once liquide
Gallon	Gal	Gallon
Gram	g	Gramme
Grain	Gr	Grain
Kilogram	kg	Kilogramme
Kit	Kit/Tro	Trousse
Litre	L	Litre
Pound	lb	Livre
Lozenge	Loz	Pastille
Million	M	Million
Microgram	mcg	Microgramme
Milli-equivalent	mEq	Milli-équivalent
Milligram	mg	Milligramme
Drop	dps/gttes	Goutte
Millitre	mL	Millilitre
Millimole	Mmol	Millimole
Nil	Nil	Néant
Ounce	oz	Once
Package	Pcg	Paquet, emballage
Syringe	SYR	Seringue
Tablet	Tab/Co.	Comprimé
Tablespoon	Tbs	Cuillerée à soupe
Trace	Trace	Trace

APPENDIX I-C/ ANNEXE I-C

ABBREVIATIONS OF UNITS / ABRÉVIATIONS DES UNITÉS DE MESURE

UNIT	CODE	UNITÉS
Teaspoon	Tsp	Cuillerée à thé
Tube	Tube	Tube
International Unit	IU	Unité internationale
Vial	Vial	Fiole
By Weight	w/w	En poids

APPENDIX I-D / ANNEXE I-D

ABBREVIATIONS OF MANUFACTURER'S NAMES/ABRÉVIATIONS DES NOMS DE FABRICANTS

AAP	AA Pharma Inc.	FRE	Fresenius Medical Care Canada
ABB	Abbott Laboratories, Ltd.	FRS	Merck Canada Inc.
ABV	Abbvie Corporation	GAC	Galderma Canada Inc.
ACC	Accel Pharma	GCH	GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Inc.
ACT	Actelion Pharmaceuticals Canada Inc.	GIL	Gilead Sciences Inc.
ADZ	Advanz Pharma Canada Inc.	GLM	Glenmark Pharmaceuticals Canada Inc.
AGA	Amgen Canada Inc.	GMD	GenMed, a division of Pfizer Canada Inc.
AHC	Athena Canada Inc.	GMP	Generic Medical Partners
AHI	Accord Healthcare Inc.	GSK	GlaxoSmithKline
AKT	Akcea Therapeutics Inc.	GZM	Genzyme- A Division of Sanofi-Aventis
ALC	Alcon Canada Inc.	HIK	Hikma Canada Ltd.
ALL	Allergan Inc.	HJM	Medavie Blue Cross
ALM	Almirall Canada Ltd.	HLR	Hoffmann-La Roche Ltd/Ltee.
ALN	Alnylam Netherlands B.V.	HLS	HLS Therapeutics Inc.
ALX	Alexion Pharma	HLZ	Hill Dermaceuticals Inc.
ALY	Amylyx Canada Inc.	HOS	Hospira Healthcare Corporation
AMT	Amicus Therapeutics UK Ltd.	HRZ	Horizon Pharma Ireland Ltd.
APN	Aspen Pharmacare Canada Inc.	INP	Insight Pharmaceuticals Corp.
APO	ApoPharma Inc.	IPS	Ipsen Biopharmaceuticals
APX	Apotex Inc.	IUK	Indivior UK Limited
ARN	Accelera Pharma Canada Inc.	JAM	Jamieson Laboratories Ltd.
ARO	Auro Pharma Inc.	JAN	Janssen Inc.
ARZ	Aralez Pharmaceuticals Canada Inc.	JCB	Jacobus Pharmaceutical Company Inc.
ASL	Astellas Pharma Canada Inc.	JNJ	Johnson & Johnson Consumer Group
ATL	Laboratoire Atlas Inc.	JNO	Juno Pharmaceuticals Corp
ATS	Altius Healthcare Inc.	JPC	Jamp Pharma Corporation
ATV	Actavis Pharma Company	KEG	Kego Corporation
AVI	Avir Pharma Inc.	KLO	Kaleo Inc.
AXC	Aptalis	KNI	Knight Therapeutics Inc.
AZE	AstraZeneca Canada Inc.	KVR	KVR Pharmaceuticals Inc.
BAX	Baxter Corporation	KYE	Kye Pharmaceuticals Inc.
BAY	Bayer Inc., HealthCare Division	LBI	Leadiant Biosciences Inc.
BGN	BeiGene (Canada) ULC	LBK	Lundbeck Inc.
BGP	BGP Pharma Inc.	LDN	Leadiant Biosciences Inc.
BIG	Biogen Idec Canada, Inc.	LEO	Leo Pharma Inc.
BMR	Biomarin Pharmaceuticals Canada	LIL	Eli Lilly Canada Inc.
BOE	Boehringer Ingelheim (Canada) Ltd.	LIN	Linepharma International Inc.
BOX	Biocodex SA	LTH	Labtician Thea
BRI	Bristol-Myers Squibb Canada Inc.	LUP	Lupin Pharma Canada Ltd.
BSH	Bausch & Lomb Canada Inc.	MAR	Marcan Pharmaceuticals Inc
BSL	Bausch Health Canada Inc.	MBT	Mitsubishi Tanabe Pharma Corporation
BVT	Swedish Orphan Biovitrum AB	MCK	Mckesson Canada Corp.
CBP	Cubist Pharmaceuticals Inc.	MDI	Medtech Products Inc.
CCC	Chiesi Canada Corp	MDK	MendeliKABS Inc.
CCM	CellChem Pharmaceuticals Inc.	MDU	Medunik Canada
CEL	Celgene	MDX	Medexus Inc.
CHC	Pfizer Canada Inc., Consumer Healthcare	MJO	Mead Johnson Canada
CHU	Church and Dwight Canada Corp.	MNT	Mint Pharmaceuticals Inc.
CIP	Cipher Pharmaceuticals Inc.	MRA	Mantra Pharma
CLC	Columbia Laboratories Canada Inc.	MRZ	Merz Pharmaceuticals Canada Ltd.
CPC	Covis Pharma Canada Ltd.	MSD	MSD Inc.
CTL	Celltrion Healthcare Co., Ltd.	MTP	Methapharm Inc.
DPT	Dermtek Pharmaceuticals Ltd	MYL	Mylan Pharmaceuticals ULC
DUI	Duchesnay	NAT	Natco Pharma (Canada) Inc.
EDO	Endo Ventures Ltd.	NHI	Nic-Hit International Inc.
EIS	Eisai Limited	NNO	Novo Nordisk Canada Inc.
ELV	Elvium Life Science- A Purdue Company	NRA	Nora Phama Inc.
EMD	EMD Serono Canada Inc.	NUT	Nutricorp International
ERF	Erfa Canada Inc.	NVR	Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.
ETH	Ethypharm Inc.	ODN	Odan Laboratories Ltd.
EXZ	Exzell Pharma Inc.	OMG	Omega Laboratories Limited
FEI	Ferring Inc.	ORG	Organon Canada Inc.
FKB	Fresenius Kabi Canada Ltd.	ORI	Orimed Pharma Corporation

APPENDIX I-D / ANNEXE I-D

ABBREVIATIONS OF MANUFACTURER'S NAMES/ABRÉVIATIONS DES NOMS DE FABRICANTS

OTS	Otsuka Canada Pharmaceuticals Inc.	WAM	Wampole Brands
PAL	Paladin Labs Inc	WLS	Wellspring Pharmaceutical Canada Corp
PCI	Phebra Canada Inc.	WMD	Waymade Canada Inc.
PDL	Pro Doc Laboratories Ltd	WNC	Warner Chilcott Canada Co.
PDP	PendoPharm, Division of Pharmascience	WNP	WN Pharmaceuticals Ltd.
PFB	Pierre Fabre Dermo-Cosmetique	XPI	Xediton Pharmaceuticals Inc.
PFI	Pfizer Canada Inc.		
PFR	Purdue Pharma		
PJC	Pharmacie Jean Coutu.		
PMS	Pharmascience Inc.		
PRZ	Pharmaris Canada Inc.		
PST	Pharma Stulln Inc.		
PSV	Pharmasave		
RAN	Ranbaxy Pharmaceuticals Canada Inc		
RCH	Dr. Reddy's Laboratories Inc.		
RIV	Riva Laboratories Ltee		
ROG	Rougier Pharma Inc, Div of Ratiopharm		
RRD	Recordati Rare Diseases Canada Inc		
SAS	Sanis Health Inc.		
SAV	Sanofi-Aventis Canada Inc.		
SAX	Salix Pharmaceuticals Inc.		
SDM	Shoppers Drug Mart		
SDZ	Sandoz Canada Incorporated		
SEV	Servier Canada Inc.		
SFD	Seaford Pharmaceuticals Inc.		
SGC	Seagen Canada Inc.		
SGQ	Sterigen Inc.		
SHI	Shire Canada Inc.		
SIV	Sivem Pharmaceuticals		
SLP	Searchlight Pharma Inc.		
SNC	Sanofi Consumer Health Inc.		
SNE	Smith & Nephew, Inc.		
SNN	Santen Incorporated		
SNV	Sunovion Pharmaceuticals Canada Inc		
SOB	Sobey's Pharmacy		
SPT	Septa Pharmaceuticals Inc.		
STA	Stallergenes Canada Inc.		
STD	Strides Pharma Canada Inc.		
STR	Sterimax Inc.		
SUN	Sun Pharma Canada Inc.		
TAI	Taiho Pharma Canada Inc.		
TAK	Takeda Canada Inc.		
TAR	Taro Pharmaceuticals Inc.		
TEV	Teva Canada Limited		
TLI	Labs Laboratoire Trianon		
TMP	Teva Canada Innovation		
TOL	Tolmar International Ltd.		
TPH	TaroPharma, Divison of Taro Pharmaceuticals		
UCB	UCB Canada Inc.		
UJC	Upjohn Canada ULC		
UGX	Ultragenyx Canada Inc.		
UTC	United Therapeutics Corporation		
VFM	Vifor Fresenius Medical Care Renal Pharma Ltd.		
VIV	ViiV Healthcare ULC		
VLH	Lundbeck Canada Inc.		
VRT	Verity Pharmaceuticals		
VTH	Vita Health Company (1985) Ltd		
VTX	Vertex Pharmaceuticals (Canada) Inc.		
VVS	Vivus Inc.		
WAL	Walmart Pharmacy		

ANNEXE II

Préparations extemporanées (préparations magistrales)

Une préparation extemporanée (préparation magistrale) est définie comme un médicament ou un mélange de médicaments préparé ou composé par une pharmacie selon les ordres du prescripteur.

Médicaments admissibles

Pour être admissible, la préparation magistrale doit répondre à l'un des critères suivants :

1. Contenir au moins un médicament assuré à titre régulier*.
2. Contenir au moins un médicament nécessitant une autorisation spéciale pour lequel une approbation a été accordée.
3. Contenir une combinaison de médicaments assurés à titre régulier* et de médicaments nécessitant une autorisation spéciale pour lesquels une approbation a été accordée.
4. Être une préparation magistrale qui a été approuvée par l'entremise d'une autorisation spéciale.

* Les médicaments assurés à titre régulier comprennent les médicaments inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick qui ne nécessitent pas d'autorisation spéciale, ainsi que les médicaments et les ingrédients utilisés dans les préparations magistrales indiquées ci-dessous.

Médicaments non admissibles

La préparation magistrale n'est pas un médicament admissible si l'une des situations suivantes s'applique :

1. Un autre médicament est offert sur le marché.
2. La préparation contient un médicament ou un produit qui figure sur la liste des exclusions.
3. La préparation est réalisée selon une recette exclusive à partir d'une liste d'ingrédients qui n'a pas été divulguée.
4. La préparation contient un médicament dont la présentation n'est pas admissible (p. ex., poudre plutôt que comprimés), sauf dans les cas où une autorisation spéciale a été accordée.
5. Il s'agit d'une préparation d'hormones bio-identiques réalisée sur mesure.

Remarque : Tout produit ou médicament manipulé conformément à son mode d'emploi (p. ex. mélange, reconstitution, remplissage d'une seringue, remplissage du réservoir d'une pompe à perfusion) n'est pas considéré comme une préparation extemporanée.

Pénurie de produits

Lorsqu'il existe une pénurie ou un manque de produit autorisé normalement disponible et que, selon le professionnel de la santé, ce produit est médicalement nécessaire, le produit peut être préparé en pharmacie, exclusivement pendant la période de pénurie ou de manque d'approvisionnement. (Politique sur la fabrication et la préparation en pharmacie de produits pharmaceutiques au Canada Inspectorat de la Direction générale des produits de santé et des aliments, 26 janvier 2009).

Préparations extemporanées assurées à titre régulier

Nom du produit/Ingrédient	PIN	Plans
Anthraline, poudre en composés pour application topique	00901113	ACDEFGV
Disulfiram, poudre	00999087	ACDEFG
Hydrochlorothiazide, poudre et subst. en susp. pour usage par voie orale	00999106	ACDEFGV
Hydrocortisone, poudre (concentration > 0,5 %) pour application topique	00990841	ACDEFGV
LCD (Solution de goudron de houille) pour application topique	00358495	ACDEFGV
Meclizine, poudre	00903076	ACDEFGV
Méthoxsalen, poudre	00903588	ACDEFGVW
Prednisone, poudre et suspension pour usage par voie orale	00999108	ACDEFGV
Acide salicylique, en composés pour application topique	00900788	ACDEFGV
Solution saturée d'iodure de potassium	00999105	ACDEFGV
Spironolactone, poudre et subst. en susp. pour usage par voie orale	00999107	ACDEFGV
Soufre, en composés pour application topique	00900826	ACDEFGV

Remarque : Le NIP peut être utilisé pour la soumission des demandes de remboursement visant toute concentration de la préparation extemporanée.

Demandes de remboursement en pharmacie

Des renseignements sur la soumission de demandes de remboursement aux Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick peuvent être consultés en [cliquant ici](#).

- Les demandes de remboursement pour les préparations magistrales doivent être soumises par voie électronique au moyen du DIN/NIP admissible d'au moins un des ingrédients contenus dans la préparation.
- Si une préparation contient à la fois un médicament assuré à titre régulier et un médicament nécessitant une autorisation spéciale, il doit être facturé à l'aide du DIN du médicament nécessitant une autorisation spéciale pour lequel une approbation préalable a été accordée.
- Les demandes de remboursement doivent être identifiées en entrant le code approprié de la version 3 de l'APhC.
- Les demandes de remboursement soumises manuellement par les bénéficiaires (qui ont d'abord payé la préparation directement) seront acceptées uniquement pour les préparations assurées à titre régulier. Si la préparation ne contient pas de médicament assuré à titre régulier, la demande de remboursement ne pourra être traitée, à moins qu'une autorisation spéciale ait été accordée.
- Si un fournisseur participant ne soumet pas une demande de remboursement électronique, mais plutôt un reçu à un bénéficiaire pour ensuite soumettre une demande de remboursement manuelle, le fournisseur participant ne doit pas facturer un montant supérieur au montant qui serait payé si la demande était soumise par voie électronique.

Vérifications auprès des pharmacies

- Les paiements versés pour les préparations magistrales pourraient faire l'objet d'une vérification et d'un recouvrement.
- Des lettres de vérification visant les préparations magistrales peuvent être envoyées aux fournisseurs pour obtenir des documents attestant les ingrédients utilisés dans la préparation magistrale et le coût d'achat de chaque ingrédient.
- Même s'il est possible de soumettre par voie électronique une demande de remboursement comprenant un DIN/NIP admissible, le paiement pourrait faire l'objet d'un recouvrement si la préparation contient un médicament non admissible.

ANNEXE III

Plan de médicaments du Nouveau-Brunswick Critère d'autorisation spéciale

ABATACEPT (ORENCIA) **Fiole de 250 mg / 15 mL**

Polyarthrite juvénile idiopathique

Pour le traitement des enfants (de 6 à 17 ans) atteints d'une forme active d'intensité modérée à grave de polyarthrite juvénile idiopathique (PJI) qui sont intolérants ou qui ont réagi de façon inadéquate à l'éta nercept.

Note pour les demandes de règlement:

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'abatacept ne sera pas remboursé en combinaison avec un agent inhibiteur du facteur de nécrose tumorale (TNF).
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Injection intraveineuse : La dose intraveineuse est administrée aux semaines 0, 2 et 4, puis toutes les 4 semaines.
- Le traitement initial se limite à un maximum de 16 semaines. Le traitement peut être répété pour les enfants qui ont répondu adéquatement au traitement initial et qui sont victimes d'une poussée d'arthrite.

ABATACEPT (ORENCIA) **Fiole de 250 mg / 15 mL et seringue préremplie de 125 mg/mL**

Polyarthrite Rhumatoïde

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

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Infusion intraveineuse : 500 mg pour les patients de inférieur à 60 kg, 750 mg pour les patients de 60-100 kg et 1000 mg pour les patients de supérieur à 100 kg, donné aux semaines 0, 2 et 4 et par la suite toutes les 4 semaines.
- Injection sous-cutanée : une seule dose initiale d'attaque par voie IV pouvant aller jusqu'à 1000 mg peut être administrée, suivie d'une injection sous-cutanée dans un délai d'un jour, et ensuite une injection sous-cutanée de 125 mg une fois par semaine.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

ABIRATÉRON (ZYTIGA et marques génériques) **Comprimé de 250 mg et comprimé pelliculé de 500 mg**

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

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an

**ABOBOTULINUMTOXINA (DYSPORT THERAPEUTIC)
300 et 500 unités par fiole**

1. Pour le traitement de la dystonie cervicale (torticollis spasmodique) chez les adultes.
2. Pour le traitement de la spasticité focale du membre supérieur et inférieur chez les adultes.
3. Pour le traitement de la spasticité des membres inférieurs chez les enfants âgés de 2 ans et plus.

**ACALABRUTINIB (CALQUENCE)
Capsule de 100 mg**

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

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

**ACETATE DE NORÉTHINDRONE (NORLUTATE)
Comprimé de 5 mg**

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

**ACIDE OBÉTICHOLOQUE (OCALIVA)
Comprimés de 5 mg et 10 mg**

Pour le traitement de la cholangite biliaire primitive (CBP) chez les adultes, dans l'une des deux situations suivantes :

- En association avec l'acide ursodésoxycholique (AUDC) chez les patients ayant présenté une réponse inadéquate à un traitement d'au moins 12 mois par l'AUDC.
- En monothérapie chez les patients présentant une intolérance non traitable à l'AUDC.

Exigences relatives aux demandes initiales :

- Les taux de phosphatases alcalines (PAL) et de bilirubine mesurés avant le début du traitement par l'acide obéticholique doivent être fournis.

Critère de renouvellement :

- Les demandes de renouvellement seront prises en considération pour les patients qui ont:
 - une réduction du taux de PAL à moins de 1,67 fois la limite supérieure de la normale (LSN); ou
 - une réduction d'au moins 15 % du taux de PAL par rapport au départ (c.-à-d. avant le début du traitement par l'acide obéticholique).

Notes cliniques :

1. Le diagnostic doit être confirmé par la présence d'anticorps antimitochondries ou par une biopsie hépatique mettant en évidence une CBP.
2. Une réponse inadéquate est définie comme suit :
 - Taux de PAL \geq 1,67 fois la LSN, ou
 - Taux de bilirubine $>$ LSN et $<$ 2 fois la LSN, ou
 - Signe de cirrhose compensée
3. Des détails doivent être fournis dans le cas des patients qui présentent une intolérance non traitable à l'AUDC.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un gastroentérologue, un hépatologue ou un autre médecin ayant l'expérience du traitement de la CBP.
- Période d'approbation: 12 mois.

ADALIMUMAB

Abrilada seringue préremplie de 20 mg / 0,4 mL, auto-injecteur et seringue préremplie de 40 mg / 0,8 mL
Amgevita seringue préremplie de 20 mg / 0,4 mL, auto-injecteur et seringue préremplie de 40 mg / 0,8 mL
Hadlima auto-injecteur et seringue préremplie de 40 mg / 0,8 mL
Hulio seringue préremplie de 20 mg / 0,4 mL, auto-injecteur et seringue préremplie de 40 mg / 0,8 mL
Hyrimoz seringue préremplie de 20 mg / 0,4 mL, auto-injecteur et seringue préremplie de 40 mg / 0,8 mL
Idacio auto-injecteur de 40 mg / 0,8 mL
Simlandi auto-injecteur et seringue préremplie de 40 mg / 0,4 mL, seringue préremplie de 80 mg / 0,8 mL
Yuflyma auto-injecteur de 40 mg / 0,4 mL

Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

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.

AFATINIB (GIOTRIF)

Comprimés pelliculés de 20 mg, 30 mg, et de 40 mg

Pour le traitement de première intention du cancer du poumon non à petites cellules localement avancé (ne se prêtant pas à un traitement curatif) ou métastatique avec mutation de l'EGFR.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement.

Note clinique :

- Les patients doivent présenter un bon indice fonctionnel.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les approbations seront pour une dose maximale de 40 mg par jour.
- Période d'approbation : 1 an.

AFLIBERCEPT (EYLEA)
Solution de 40 mg/mL pour injection intravitréenne

Œdème maculaire diabétique

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

- Œdème maculaire diabétique atteignant le centre de la macula et important du point de vue clinique pour lequel la photocoagulation par laser est également indiquée
- Épaisseur rétinienne centrale de 250 micromètres ou plus

Notes pour les demandes de règlement :

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

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

Pour le traitement de la forme néovasculaire (humide) de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).

Critères d'arrêt du traitement :

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

Notes cliniques :

- La MAVC doit être fournie avec la demande initiale et avec les demandes de renouvellement subséquentes.

Notes pour les demandes de règlement :

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

Œdème maculaire à la suite d'une occlusion veineuse rétinienne

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

ALECTINIB (ALECENSARO)

Capsules de 150 mg

Pour le traitement des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules ALK (*anaplastic lymphoma kinase*)-positif, localement avancé (pour lequel il n'existe aucun traitement curatif) ou métastatique :

- en tant que traitement de première ligne, ou
- à la suite de la progression de la maladie avec crizotinib, ou en cas d'intolérance à ce dernier.

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement.

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant le alectinib ne seront pas admissibles dans le cas des patients dont la maladie a progressé avec un inhibiteur de l'ALK autre que le crizotinib.
- Aucun autre traitement avec un inhibiteur de l'ALK ne sera remboursé à la suite d'une progression de la maladie avec le alectinib.

- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

ALEMTUZUMAB (LEMTRADA) **Fiole à usage unique de 12 mg / 1,2 mL**

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

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement:

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

ALGLUCOSIDASE ALFA (MYOZYME) **Fiole de 50 mg**

Indiqué pour le traitement de la maladie de Pompe infantile qui se manifeste par l'apparition de symptômes et un diagnostic confirmé de myocardiopathie dans les 12 premiers mois de vie.

Suivi du traitement

Le suivi des indicateurs de la gravité de la maladie et de la réaction au traitement doit, à tout le moins, comprendre:

1. Poids, longueur et circonférence de la tête;
2. Besoin d'aide ventilatoire, notamment supplément d'oxygène, appareil de pression passive expiratoire continue (CPAP), appareil de pression positive expiratoire à deux niveaux (BiPAP) ou intubation endotrachéale et ventilation;
3. Indice de masse du ventricule gauche déterminé par échocardiographie (non pas par un ECG seul);
4. Consultations périodiques en cardiologie;
5. Consultations périodiques en pneumologie.

Abandon du traitement

1. Les patients admissibles au remboursement du coût du traitement à l'alglucosidase alfa doivent accepter de participer à une évaluation à long terme de l'efficacité du traitement en subissant des examens médicaux périodiques. Le défaut de se soumettre aux examens médicaux recommandés et aux enquêtes pourrait faire en sorte de rendre le patient inadmissible au remboursement du médicament.
2. La nécessité de poursuivre un traitement de soins ventilatoires invasif après avoir commencé un traitement de substitution doit être considéré comme un échec du traitement. Le financement d'un traitement de substitution doit être arrêté dans les 6 mois suivant l'introduction d'un ventilateur quand les bébés ne réussissent pas à respirer sans ventilateur ou quand leur état se détériore davantage.
3. La détérioration de la fonction cardiaque, mise en évidence par un échec de l'hypertrophie ventriculaire gauche (comme l'indique l'indice de masse ventriculaire gauche), par plus d'une unité Z=1, ou des résultats cliniques ou des résultats à l'échocardiogramme de dysfonction systolique ou diastolique sans signe d'amélioration, malgré un traitement de substitution s'échelonnant sur 24 semaines, doit être considérée comme un échec du traitement et le financement pour le traitement de substitution doit être arrêté.

ALIROCUMAB (PRALUENT) Stylo prérempli de 75 mg/mL et 150 mg/mL

Pour le traitement de l'hypercholestérolémie familiale (HF) hétérozygote chez les patients adultes qui doivent obtenir une diminution supplémentaire du taux de cholestérol à lipoprotéines de faible densité (C-LDL), si les critères suivants sont respectés :

- Diagnostic probable ou définitif d'HF hétérozygotes à l'aide des critères de Simon Broome ou du Dutch Lipid Network, ou d'un test génétique;
- Le patient n'arrive pas à atteindre la cible souhaitée pour le taux de C-LDL (moins de 2 mmol/L ou au moins une diminution de 50 % du taux de C-LDL par rapport à la valeur observée avant le traitement) malgré une adhésion au traitement confirmé d'au moins 3 mois avec :
 - une statine à dose élevée (p. ex., atorvastatine 80 mg, rosuvastatine 40 mg) en association avec ézétimibe; ou
 - ézétimibe seul, si une forte dose de statine n'est pas possible en raison d'une rhabdomyolyse, d'une contre-indication ou d'une intolérance.

Critères visant le renouvellement initial :

- Une diminution du taux de C-LDL d'au moins 40 % par rapport à la valeur observée avant le traitement ou atteinte du taux de C-LDL cible de 2 mmol/L.

Critères visant les renouvellements subséquents :

- Le patient doit continuer de maintenir une diminution du taux de C-LDL de 40 % par rapport à la valeur observée avant le traitement ou avoir atteint un taux de C-LDL cible de 2 mmol/L.

Notes cliniques :

1. Les taux de C-LDL doivent être fournis.
2. L'intolérance à une statine à dose élevée sera considérée si le patient présente une myopathie ou des biomarqueurs anormaux documentés (c.-à-d., créatinine kinase plus élevée que 5 fois la limite supérieure de la normale) après un essai d'au moins deux statines, et
 - pour chaque statine, une réduction de la dose a été tentée plutôt qu'un arrêt de la statine, et l'intolérance a été réversible au moment de l'arrêt de la statine, mais est réapparue lors de la reprise du traitement avec la statine (lorsqu'approprié du point de vue clinique); et
 - au moins une statine a été instaurée à la plus faible de dose quotidienne de départ; et
 - les autres causes d'intolérance ont été éliminées.
3. Les détails doivent être fournis pour les patients qui ne peuvent pas prendre d'ézétimibe en raison d'une intolérance ou d'une contre-indication.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les approbations seront pour une quantité maximum de 300 mg chaque 4 semaines.
- Période d'approbation : 6 mois.

ALTEPLASE (CATHFLO) Fiole de 2 mg

Pour le traitement de l'occlusion du cathéter veineux central chez les patients qui reçoivent une hémodialyse à domicile.

AMBRISANTAN (VOLIBRIS et marques génériques) Comprimés de 5 mg et de 10 mg

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

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

AMIFAMPRIDINE (RUZURGI) Comprimé de 10 mg

Pour le traitement du syndrome myasthénique de Lambert-Eaton (SMLE) chez les patients âgés de 6 ans ou plus.

Critères de renouvellement initial :

- Une amélioration d'au moins 30 % au test chronométré du lever de chaise de Mathias (3TUG) par rapport à la mesure de référence.

Critères de renouvellement subséquent :

- Le patient continue de maintenir une amélioration d'au moins 30 % au test 3TUG par rapport à la mesure de référence.

Note clinique :

- Le résultat du test 3TUG doit être fourni au moment de la demande initiale et des demandes de renouvellement.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un neurologue.
- Les autorisations seront accordées jusqu'à une dose quotidienne maximale de 40 mg pour les patients pesant moins de 45 kg et de 100 mg pour les patients pesant 45 kg ou plus.
- Période d'approbation initiale : 3 mois
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

AMLODIPINE (pdp-AMLODIPINE) Solution orale de 1 mg/mL

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

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation: 1 an

ANTICHOLINERGIQUE À LONGUE DURÉE D'ACTION (ACLA)

Bromure d'aclidinium (Tudorza Genuair poudre pour inhalation de 400 mcg)

Bromure de glycopyrronium (Seebri Breezhaler poudre pour inhalation de 50 mcg)

Bromure de tiotropium (Spiriva poudre pour inhalation de 18 mcg, Spiriva Respimat solution pour inhalation de 2,5 mcg)

Bromure d'uméclidinium (Incruse Ellipta poudre pour inhalation de 62,5 mcg)

- Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), définie par la spirométrie, chez les patients :
 - qui présentent des symptômes persistants, définis par un score d'au moins 3 à l'échelle de la dyspnée du Conseil de recherches médicales (CRM) ou par un score d'au moins 10 au test CAT (COPD Assessment test), et dont le VEMS après bronchodilatation est inférieur à 80 % de la valeur théorique; ou
 - qui ont présenté au cours de la dernière année au moins deux exacerbations modérées de la MPOC ayant nécessité un traitement par antibiotiques et/ou corticostéroïdes à action générale; ou
 - qui ont présenté au moins une exacerbation aiguë grave de la MPOC ayant nécessité une hospitalisation.
- Pour le traitement de la MPOC, définie par la spirométrie, en association avec un bêta₂-agoniste à longue durée d'action/corticostéroïde en inhalation (BALA/CSI), chez les patients dont la maladie n'est pas maîtrisée adéquatement malgré un traitement par un BALA/CSI ou un bêta₂-agoniste à longue durée d'action/anticholinergique à longue durée d'action (BALA/ACLA).

Notes cliniques :

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

Note pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant un traitement d'association par des bronchodilatateurs à longue durée d'action (c.-à-d. BALA et ACLA) pris individuellement ne seront pas prises en considération. Les produits associant un BALA et un ACLA dans le même dispositif d'administration requièrent une autorisation spéciale et sont soumis à des critères qui leur sont propres.

APALUTAMIDE (ERLEADA) **Comprimé de 60 mg**

Cancer de la prostate métastatique sensible à la castration

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

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

Cancer de la prostate non métastatique androgéno-indépendant

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

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

Critères de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

APOMORPHINE (KYNMOBI)

Film à désintégration orale de 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg et 30 mg

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.

APOMORPHINE (MOVAPO)
Stylo préremplie de 30 mg / 3 mL

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

Note clinique :

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

Notes pour les 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.
- Période d'approbation : 1 an.

APRÉPITANT (EMEND)
Capsules de 80 mg et de 125 mg
Emballage de trois capsules (capsules de 2x80 mg + capsule de 125 mg)

En association avec un antagoniste des récepteurs 5-HT₃ et la dexaméthasone pour la prévention des nausées et des vomissements immédiats et différés chez les patients qui reçoivent :

- une chimiothérapie hautement émétisante;
- une chimiothérapie modérément émétisante et qui ne sont pas parvenus à maîtriser adéquatement les symptômes avec un antagoniste des récepteurs 5-HT₃ et la dexaméthasone lors d'un cycle antérieur.

Note pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par les hématologues, les oncologues, les clinicien(ne)s adjoint(e)s en oncologie ou les omnipraticien(nes) en oncologie détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.

ARIPIRAZOLE (ABILIFY MAINTENA)
Fioles de 300 mg et de 400 mg

Pour le traitement chez les patients qui :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour le traitement des symptômes psychotiques associés à la démence ne seront pas admissibles.
- Période d'approbation : long terme.

ASCIMINIB (SCEMBLIX)
Comprimés de 20 mg et de 40 mg

Pour le traitement des patients adultes atteints de leucémie myéloïde chronique (LMC) en phase chronique (PC) et porteurs du chromosome Philadelphie (Ph+), qui présentent une résistance ou une intolérance à au moins deux inhibiteurs de tyrosine kinase et ne présentent aucun signe de mutations T315i ou V299L.

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas prises en considération dans le cas des patients atteints de LMC en phase accélérée ou blastique.
- Période d'approbation : 1 an.

ASÉNAPINE (SAPHRIS)
Comprimés sublinguaux de 5 mg et de 10 mg

Pour le traitement de courte durée du trouble bipolaire de type I, soit :

1. en monothérapie, après une réponse inadéquate à l'essai d'un traitement par le lithium ou le divalproex sodique, chez les patients ayant des antécédents de réponse inadéquate ou d'intolérance à au moins un antipsychotique moins coûteux; ou
2. en association avec le lithium ou le divalproex sodique, chez les patients ayant des antécédents de réponse inadéquate ou d'intolérance à au moins un antipsychotique moins coûteux.
3. Les demandes seront considérées pour les personnes présentement inscrites dans les Régimes ACDEFGV.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : long terme.

ASFOTASE ALFA (STRENSIQ)

Fiole à usage unique de 18 mg / 0,45 mL, 28 mg / 0,7 mL, 40 mg / 1 mL et 80 mg / 0,8 mL

Pour les traitements des patients atteints d'hypophosphatasie de forme périnatale, infantile ou juvénile.

Note clinique :

- L'admissibilité au traitement de l'hypophosphatasie est établie par le comité d'experts cliniques canadien sur l'hypophosphatasie. Veuillez communiquer avec les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick au 1-800-332-3691 pour obtenir le formulaire de demande.

Note pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un spécialiste en médecine métabolique ayant de l'expérience du diagnostic et de la gestion de l'hypophosphatasie.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

AXITINIB (INLYTA)

Comprimés de 1 mg et de 5 mg

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

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

Critères de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

AZACITIDINE (ONUREG)

Comprimé de 200 mg et de 300 mg

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

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

Critère de renouvellement :

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

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement par un agent 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](#).

AZITHROMYCINE (marques génériques)
Comprimé de 600 mg

Pour la prévention des infections disséminées à Mycobacterium Avium Intracellulare (MAI) chez les personnes souffrant d'une infection à VIH qui sont grandement immunodéprimés à des niveaux CD4 <0,1 x 10⁹/L.

AZTRÉONAM (CAYSTON)
Poudre pour inhalation de 75 mg

Pour le traitement des infections pulmonaires chroniques causées par la bactérie *Pseudomonas aeruginosa* chez les personnes atteintes d'une forme modérée à grave de fibrose kystique dont l'état clinique se détériore malgré un traitement de tobramycine pour inhalation.

Note clinique :

- Le traitement cyclique est calculé par cycles de 28 jours et il compte 28 jours de traitement suivis par 28 jours sans traitement.

Notes pour les demandes de règlement :

- L'utilisation combinée d'aztréonam avec d'autres antibiotiques pour inhalation (p. ex. tobramycine, lévofloxacine), soit de façon concomitante ou durant les périodes sans traitement (dans le cadre de l'administration cyclique d'antibiotiques), ne sera pas remboursée.
- Les demandes des personnes inscrites aux Plans ACDEFGV seront examinées.

BARICITINIB (OLUMIANT)
Comprimé de 2 mg

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

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

BENRALIZUMAB (FASENRA)
Auto-injecteur et seringue préremplie de 30 mg/mL

Indiqué à titre de médicament d'appoint pour le traitement de l'asthme éosinophile grave chez les patients adultes dont l'état n'est pas adéquatement maîtrisé malgré des corticostéroïdes en inhalation (CSI) à dose élevée jumelée à un ou

plusieurs autres médicaments de prévention (p. ex. un bêta-agoniste à longue durée d'action), et qui répondent à l'un des critères suivants :

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

Critères initiaux d'arrêt du traitement :

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

Critères subséquents d'arrêt du traitement :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les réclamations :

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

BÊTA-2 AGONISTE À LONGUE DURÉE D'ACTION (BALA)

Formotérol (Oxeze Turbuhaler poudre pour inhalation de 6 mcg, 12 mcg)

Formotérol (Foradil poudre pour inhalation de 12 mcg)

Indacatérol (Onbrez Breezhaler poudre pour inhalation de 75 mcg)

Salmétérol (Serevent Diskus poudre pour inhalation de 50 mcg)

Asthme

Pour le traitement de l'asthme chez les patients qui utilisent des doses optimales de corticostéroïdes en inhalation, mais dont l'état est encore mal maîtrisé.

Maladie pulmonaire obstructive chronique

Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), définie par la spirométrie, chez les patients :

- qui présentent des symptômes persistants, définis par un score d'au moins 3 à l'échelle de la dyspnée du Conseil de recherches médicales (CRM) ou par un score d'au moins 10 au test CAT (COPD Assessment test), et dont le VEMS après bronchodilatation est inférieur à 80 % de la valeur théorique; ou
- qui ont présenté au cours de la dernière année au moins deux exacerbations modérées de la MPOC ayant nécessité un traitement par antibiotiques et/ou corticostéroïdes à action générale; ou
- qui ont présenté au moins une exacerbation aiguë grave de la MPOC ayant nécessité une hospitalisation.

Note clinique :

- La MPOC est définie par une spirométrie indiquant un rapport VEMS/CVF après bronchodilatation inférieur à 0,7. Des rapports de spirométrie de toute date seront acceptés. S'il est impossible d'obtenir une spirométrie, les raisons doivent être clairement expliquées et d'autres données attestant de la gravité de la MPOC doivent être fournies (c.-à-d. score à l'échelle de la dyspnée du CRM).

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant un traitement d'association par des bronchodilatateurs à longue durée d'action (c.-à-d. bêta₂-agoniste à longue durée d'action [BALA] et anticholinergique à longue durée d'action [ACLA]) pris individuellement ne seront pas prises en considération. Les produits associant un BALA et un ACLA dans le même dispositif d'administration requièrent une autorisation spéciale et sont soumis à des critères qui leur sont propres.
- Oxeze Turbuhaler n'est pas indiqué pour le traitement de la MPOC, par conséquent les demandes visant ce produit seront considérées seulement pour le traitement de l'asthme.
- Onbrez Breezhaler n'est pas indiqué pour le traitement de l'asthme, par conséquent, les demandes visant ce produit seront considérées seulement pour le traitement de la MPOC.

BÊTA2-AGONISTE À LONGUE DURÉE D'ACTION / ANTICHOLINERGIQUE À LONGUE DURÉE D'ACTION (BALA/ACLA) COMBINAISONS

Formotérol et bromure d'acéclidinium (Duaklir Genuair poudre pour inhalation de 12 mcg / 400 mcg)
Indacatérol et /bromure de glycopyrronium (Ultibro Breezhaler poudre pour inhalation de 110 mcg / 50 mcg)
Olodatérol et bromure de tiotropium (Inspiroto Respimat solution pour inhalation de 2,5 mcg / 2,5 mcg)
Vilantérol et bromure d'umécridinium (Anoro Ellipta poudre pour inhalation de 25 mcg / 62,5 mcg)

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

Notes cliniques :

1. La MPOC est définie par une spirométrie indiquant un rapport VEMS/CVF après bronchodilatation inférieur à 0,7. Des rapports de spirométrie de toute date seront acceptés. S'il est impossible d'obtenir une spirométrie, les raisons doivent être clairement expliquées et d'autres données attestant de la gravité de la MPOC doivent être fournies (c.-à-d. score à l'échelle de la dyspnée du CRM).
2. Une maladie qui n'est pas maîtrisée adéquatement est définie par la présence de symptômes persistants (p. ex. : score d'au moins 3 à l'échelle de la dyspnée du CRM ou score d'au moins 10 au test CAT [COPD Assessment test]) après au moins un mois de traitement par un ACLA ou un BALA.
3. Les associations BALA/ACLA ne sont pas destinées à être utilisées avec un corticostéroïde en inhalation (CSI), à moins que les critères relatifs à la trithérapie par inhalation (BALA/ACLA/CSI) soient respectés.

BÊTA-2 AGONISTE À LONGUE DURÉE D'ACTION / CORTICOSTÉROÏDE INHALATION (BALA/CSI) COMBINAISONS

Formotérol et Budésonide (Symbicort Turbuhaler poudre pour inhalation de 6 mcg / 100 mcg, 6 mcg / 200 mcg)
Formotérol et Mométasone (Zenhale suspension pour inhalation de 5 mcg / 100 mcg, 5 mcg / 200 mcg)
Indacatérol et Mométasone (Aectura Breezhaler poudre pour inhalation de 150 mcg / 80 mcg, 150 mcg / 160 mcg, 150 mcg / 320 mcg)
Salmétérol et Fluticasone (Advair suspension pour inhalation de 25 mcg / 125 mcg, 25 mcg / 250 mcg)
Salmétérol et Fluticasone (Advair Diskus et marques génériques poudre pour inhalation de 50 mcg / 100 mcg, 50 mcg / 250 mcg, 50 mcg / 500 mcg)
Vilantérol et Fluticasone (Breo Ellipta poudre pour inhalation de 25 mcg / 100 mcg, 25 mcg / 200 mcg)

Asthme

Pour le traitement de l'asthme chez les patients :

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

Maladie pulmonaire obstructive chronique

- Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), définie par la spirométrie, en association avec anticholinergique à longue durée d'action (ACLA), chez les patients dont la maladie n'est pas maîtrisée adéquatement malgré un traitement par un bêta₂-agoniste à longue durée d'action/anticholinergique à longue durée d'action (BALA/ACLA).
- Pour le traitement des patients qui présentent un chevauchement asthme-maladie pulmonaire obstructive chronique (ACO), lorsque les antécédents du patient et les études de la fonction pulmonaire indiquent un diagnostic d'ACO.

Notes cliniques :

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

Note pour les demandes de règlement :

- Aectura Breezhaler, Breo Ellipta 25 mcg/200 mcg et Zenhale ne sont pas indiqués pour le traitement de la MPOC, par conséquent les demandes visant ces produits seront considérées seulement pour le traitement de l'asthme.

**BICARBONATE DE SODIUM (marques génériques)
Comprimés de 500 mg**

Pour le traitement de l'acidose métabolique chez les patients qui souffrent de maladie du rein chronique d'insuffisance rénale chronique dont le bicarbonate sérique (CO₂) est de 22 mmol/L et moins.

**BICTÉGRAVIR, EMTRICITABINE ET TENOFOVIR ALAFENAMIDE (BIKTARVY)
Comprimés de 50 mg / 200 mg / 25 mg**

Pour le traitement des patients adultes infectés par le VIH-1 qui ne présentent aucune substitution connue associée à une résistance aux composants individuels de Biktarvy.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées pour les bénéficiaires du Régimes CU par un infectiologue ou un microbiologiste médical détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Période d'approbation : long terme.

**BIMEKIZUMAB (BIMZELX)
Auto-injecteur et seringue préremplis de 160 mg/mL**

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une dose de 320 mg administrée toutes les 4 semaines pendant 16 semaines, puis toutes les 8 semaines par la suite.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

**BINIMÉTINIB (MEKTOVI)
Comprimé pelliculé de 15 mg**

Pour le traitement des patients présentant un mélanome localement avancé, non résécable ou métastatique, porteur de la mutation BRAF V600, lorsqu'il est utilisé en association avec l'encorafenib.

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le binimétinib ne sera pas remboursé pour les patients dont la maladie a progressé durant un traitement ciblant la protéine BRAF.

- Les demandes seront admissibles pour les patients qui ont reçu un traitement adjuvant ciblant la protéine BRAF si la progression de la maladie est survenue au moins six mois après la fin du traitement.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.

BOSENTAN (TRACLEER et marques génériques)
Comprimés de 62,5 mg et de 125 mg

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

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin possédant de l'expérience dans le traitement de l'HAP.
- L'utilisation combinée de plus d'un antagoniste des récepteurs de l'endothéline ne sera pas remboursée.
- La dose maximale de bosentan remboursée sera de 125 mg deux fois par jour.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme.

BOSUTINIB (BOSULIF)
Comprimés de 100 mg et de 500 mg

Pour le traitement des patients adultes atteints de leucémie myéloïde chronique à chromosome Philadelphie positif (Ph+ LMC) en phase chronique, en phase accélérée ou en crise blastique qui ont présenté une résistance ou une intolérance à un traitement préalable par un inhibiteur de tyrosine kinase.

Note clinique :

- Le patient doit présenter un bon indice de performance.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an

BRIGATINIB (ALUNBRIG)
Comprimés de 30 mg, 90 mg, 180 mg

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

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement.

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

BRIVARACÉTAM (BRIVLERA)
Comprimés de 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg et 100 mg

Pour le traitement d'appoint des crises épileptiques partielles réfractaires chez les patients qui prennent actuellement deux médicaments antiépileptiques ou plus et qui ont présenté une réponse inadéquate ou une intolérance à un minimum de trois autres médicaments antiépileptiques.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le patient doit être sous les soins d'un médecin ayant l'expérience du traitement de l'épilepsie.

BRODALUMAB (SILIQ)
Seringue préremplie de 210 mg / 1,5 mL

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

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité de 210 mg les semaines 0, 1 et 2, puis de 210 mg toutes les deux semaines par la suite.
- Période initiale d'approbation: 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

BROLUCIZUMAB (BEOVU)

Seringue préremplie de 6 mg / 0,05 mL

Néovasculaire (humide) de la dégénérescence maculaire liée à l'âge

Pour le traitement de la forme néovasculaire (humide) de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).

Critères d'arrêt du traitement :

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

Note clinique :

- La MAVC doit être fournie avec la demande initiale et avec les demandes de renouvellement subséquentes.

Notes pour les demandes de règlement :

- Une demande de règlement initiale pouvant comprendre jusqu'à deux seringues préremplies (une seringue par œil traité) sera automatiquement remboursée si le médicament est prescrit par un ophtalmologiste au Nouveau-Brunswick. Si un traitement en continu est nécessaire, une demande d'autorisation spéciale doit être soumise.
- Les autorisations seront accordées pour un maximum d'une seringue préremplie par œil toutes les 4 semaines pendant 12 semaines, puis d'une seringue préremplie par œil toutes les 8 semaines.
- Période d'approbation : 1 an.

Œdème maculaire diabétique

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

- Œdème maculaire diabétique atteignant le centre de la macula et important du point de vue clinique pour lequel la photocoagulation par laser est également indiquée
- Épaisseur rétinienne centrale de 250 micromètres ou plus

Notes pour les demandes de règlement :

- Une demande de règlement initiale pouvant comprendre jusqu'à deux seringues préremplies (une seringue par œil traité) sera automatiquement remboursée si le médicament est prescrit par un ophtalmologiste au Nouveau-Brunswick. Si un traitement en continu est nécessaire, une demande d'autorisation spéciale doit être soumise.
- Les autorisations seront accordées pour un maximum d'une seringue préremplie par œil toutes les 6 semaines pendant 30 semaines, puis d'une seringue préremplie par œil toutes les 8 semaines.
- Période d'approbation : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise

BROMURE D'IPRATROPIUM (marques génériques)

Solution pour inhalation de 125 mcg/mL et 250 mcg/mL

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

- Qui sont incapables de suivre les instructions, de tenir le tube d'espacement ou de tenir le dispositif suffisamment longtemps pour l'actionner en raison de limitations cognitives ou physiques; ou

- Qui ont des difficultés à générer un effort inspiratoire suffisant pour obtenir un bienfait thérapeutique.

Notes pour les demandes de règlement :

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

BUDÉSONIDE (PULMICORT NEBUAMP et marques génériques)
Suspension pour inhalation de 0,125 mg/mL, 0,25 mg/mL et 0,5 mg/mL

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

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.

BUPRÉNORPHINE (PROBUPHINE)
Implant sous-cutané à 80 mg

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

Note clinique :

1. Les implants sous-cutanés sont insérés pour quatre cycles d'une durée maximale de six mois chacun. La poursuite du traitement au-delà de quatre cycles (cinquième insertion d'implants) n'est pas recommandée à l'heure actuelle.
2. L'insertion des implants sous-cutanés doit être effectuée par un fournisseur de soins de santé qui a suivi le programme de formation.

Note pour les demandes de règlement :

- Les approbations seront accordées pour quatre trousse d'implants. Les demandes pour des implants supplémentaires ne sont pas admissibles.
- Période d'approbation : 2 ans

BUPROPION (ZYBAN)
Comprimé de 150 mg

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Un maximum de 12 semaines de traitement standard (168 comprimés) sera remboursé chaque année sans autorisation spéciale.
- Dans le cas des patients qui réussiront très probablement à cesser de fumer avec un traitement prolongé, une quantité supplémentaire de 168 comprimés pourrait être approuvée dans le cadre du processus d'autorisation spéciale.
- Les demandes visant un traitement de remplacement de la nicotine (timbre, gomme, pastille) destiné à être utilisé en association avec un médicament d'ordonnance pour l'abandon du tabac sans nicotine (varénicline ou bupropion) ne sont pas admissibles.
- Les demandes d'autorisation spéciale devront être soumises à l'aide du formulaire de demande d'autorisation spéciale Thérapie d'abandon du tabac.

BUROSUMAB (CRYSVITA)
Fioles unidoses de 10 mg/mL, de 20 mg/mL ou de 30 mg/mL

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

- Initié chez l'enfant d'au moins un an pour qui la fermeture épiphysaire ne s'est pas encore produite

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

Critères d'arrêt du traitement :

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

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

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

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

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

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

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant des adultes n'ayant jamais été traités ne sont pas admissibles.
- Doit être prescrit par un médecin qui travaille au sein d'une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé qui ont de l'expérience avec le diagnostic et la prise en charge de l'hypophosphatémie liée au chromosome X.
- Les approbations pour les enfants (1 à 17 ans) seront pour une quantité maximale de 90 mg toutes les deux semaines.
- Les approbations pour les adultes (18 ans et plus) seront pour une quantité maximale de 90 mg toutes les quatre semaines.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

CABOTEGRAVIR (VOCABRIA)

Comprimé de 30 mg

CABOTEGRAVIR ET RILPIRIVINE (CABENUVA)

Trousse de dosage de 600 mg / 3 ml et 900 mg / 3 ml

Trousse de dosage de 400 mg / 2 ml et 600 mg / 2 ml

Pour le traitement de l'infection par le VIH-1 chez les adultes présentant une suppression virologique stable (taux d'ARN du VIH-1 inférieur à 50 copies par ml).

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées pour les bénéficiaires du Régime CU par un infectiologue ou un microbiologiste médical détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Période d'approbation : long terme

CABOZANTINIB (CABOMETYX)

Comprimés de 20 mg, 40 mg et 60 mg

Adénocarcinome rénal métastatique

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

- traitement de deuxième intention à la suite de la progression de la maladie pendant un traitement par le sunitinib, le pazopanib ou le pembrolizumab en association avec l'axitinib; ou

- traitement de troisième intention à la suite de la progression de la maladie pendant une immunothérapie et un traitement par un inhibiteur de la tyrosine kinase du VEGFR (c.-à-d., sunitinib ou pazopanib), utilisés dans n'importe quelle séquence.

Critère de renouvellement :

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

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

Carcinome hépatocellulaire avancé

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

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

Critères de renouvellement :

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

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

CANAGLIFLOZIN (INVOKANA)

Comprimés de 100 mg et de 300 mg

Pour le traitement du diabète de type 2, lorsqu'ajouté à la metformine et à une sulfonylurée chez les patients qui ne parviennent pas à contrôler adéquatement leur glycémie avec la metformine et une sulfonylurée.

Note clinique :

- Dans le cas des patients qui ne peuvent pas prendre la metformine ou une sulfonylurée en raison de contre-indications ou d'intolérance, des détails doivent être fournis.

CANAKINUMAB (ILARIS)

Solution pour injection de 150 mg/mL

Pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique évolutive chez les patients âgés de deux ans ou plus qui ont présenté une réponse inadéquate ou une intolérance aux corticostéroïdes systémiques (avec ou sans méthotrexate) et au tocilizumab.

Note clinique :

- L'intolérance se définit par la manifestation d'un effet indésirable grave comme décrit dans la monographie du produit. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un rhumatologue qui connaît bien l'utilisation des ARMM biologiques chez les enfants.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité de 4 mg/kg pour les patients supérieur à 9 kg, jusqu'à un maximum de 300 mg, administré toutes les quatre semaines.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation de renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.
- Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

CEFTOLOZANE ET TAZOBACTAM (ZERBAXA)

Fioles de 1 g / 0,5 g

Pour le traitement des patients atteints d'un *Pseudomonas aeruginosa* multirésistant aux médicaments, lorsqu'aucune autre option thérapeutique n'est possible.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un spécialiste en maladies infectieuses ou un médecin microbiologiste.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

CÉRITINIB (ZYKADIA)

Capsules de 150 mg

En monothérapie pour le traitement des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules ALK (anaplastic lymphoma kinase)-positif, localement avancé (pour lequel il n'existe aucun traitement curatif) ou métastatique, qui ont présenté une progression de leur maladie pendant un traitement par le crizotinib ou qui ne tolèrent pas ce médicament.

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant le céritinib ne seront pas admissibles dans le cas des patients dont la maladie a progressé avec un inhibiteur de l'ALK autre que le crizotinib.
- Aucun autre traitement avec un inhibiteur de l'ALK ne sera remboursé à la suite d'une progression de la maladie avec le céritinib.
- Période d'approbation : 1 an.

CERLIPONASE ALFA (BRINEURA)

Solution de 150 mg / 5 mL pour perfusion intracérébroventriculaire

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

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

Critères d'arrêt du traitement :

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

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

CERTOLIZUMAB PEGOL (CIMZIA)

Auto-injecteur et seringue préremplie de 200 mg/mL

Polyarthrite psoriasique

- Pour le traitement de l'arthrite psoriasique à prédominance axiale chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose maximale tolérée pendant une période minimale de deux semaines chacun.
- Pour le traitement de l'arthrite psoriasique à prédominance périphérique chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication :

- à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose maximale tolérée pendant une période minimale de deux semaines chacun; et
- au méthotrexate (par voie orale ou parentérale) à une dose de supérieur ou égal à 20 mg par semaine (supérieur ou égal à 15 mg si le patient est âgé de supérieur ou égal à 65 ans) pendant au moins 8 semaines; et
- au léflunomide pris pendant au moins 10 semaines ou à la sulfasalazine prise pendant au moins 3 mois.

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour un maximum de 400 mg aux semaines 0, 2 et 4, puis 200 mg toutes les deux semaines (ou 400 mg toutes les quatre semaines).
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

Polyarthrite rhumatoïde

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

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 400 mg pour les semaines 0, 2, et 4, puis 200 mg toutes les deux semaines (ou 400 mg toutes les quatre semaines)
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

Spondylarthrite ankylosante

- Indiqués pour le traitement des patients atteints de spondylarthrite ankylosante d'intensité modérée à grave (p. ex. score supérieur ou égal à 4 sur 10 mesuré à l'aide de l'indice d'activité de la spondylarthrite ankylosante de Bath [Bath AS Disease Activity Index – BASDAI]) qui :
 - présentent des symptômes axiaux et qui n'ont pas réagi à l'usage séquentiel d'au moins deux AINS à la dose optimale sur une période minimale de 2 semaines chaque ou chez qui les traitements par AINS sont contre-indiqués; ou
 - ont des symptômes périphériques et qui ne répondent pas, ou qui ont des contre-indications, à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose optimale pendant une période minimale de 2 semaines chaque et qui ont réagi inadéquatement à la dose optimale ou à la dose de tolérance maximale d'un ARMM.
- Les demandes de renouvellement doivent comprendre les renseignements présentant les bienfaits du traitement, plus précisément :
 - une diminution d'au moins deux points sur l'échelle BASDAI, comparativement au score obtenu avant le traitement; ou

- l'opinion du patient et du spécialiste concernant la réponse clinique adéquate, déterminée par une amélioration fonctionnelle importante (mesurée par les résultats de tests tels que le questionnaire d'évaluation de l'état de santé [QEES] ou « la capacité à retourner au travail »).

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 400 mg pour les semaines 0, 2, et 4, puis 200 mg toutes les deux semaines (ou 400 mg toutes les quatre semaines)
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

**CÉTIRIZINE (REACTINE et marques génériques)
Comprimé pelliculé à 20 mg**

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

Note pour les demande de règlement :

- Période d'approbation : long terme.

**CIPROFLOXACINE (CILOXAN et marques générique)
Onguent ophtalmique de 0,3%
Solution ophtalmique de 0,3%**

1. Pour le traitement des infections ophtalmiques causées par des bactéries sensibles.
2. Pour la prévention des infections ophtalmiques associées à une chirurgie oculaire non urgente.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par des ophtalmologistes et des optométristes prescripteurs détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.

**CIPROFLOXACINE (CIPRO et marques génériques)
Comprimés de 250 mg, 500 mg et de 750 mg**

1. Pour le traitement de ce qui suit :
 - Exacerbations aiguës d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, en présence d'un risque d'infection à *Pseudomonas*
 - Prostatite bactérienne
 - Infections pulmonaires liées à la fibrose kystique
 - Neutropénie fébrile
 - Infections par un microorganisme à Gram négatif (p. ex., ostéomyélite, infections articulaires) qui résistent aux autres antibactériens oraux
 - Infections causées par les bactéries *Pseudomonas aeruginosa* (chez les souches vulnérables)
 - Gastroentérite bactérienne grave lorsque les autres antibactériens (p. ex., macrolides, sulfaméthoxazole/triméthoprim) sont inefficaces, non tolérés ou contre-indiqués
 - Otite externe grave (maligne)
 - Infections des voies urinaires ou pyélonéphrite aiguë non compliquées lorsque des bactéries résistantes sont en cause ou lorsque les autres antibactériens sont inefficaces, non tolérés ou contre-indiqués
2. Pour la chimioprophylaxie après un contact étroit avec un cas d'infection invasive à méningocoque.
3. Pour la prévention de l'endophtalmie chez les patients ayant subi une chirurgie de la cataracte avec vitrectomie non planifiée.

Notes pour les demandes de règlement :

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

CIPROFLOXACINE (CIPRO) **Suspension orale de 500 mg / 5 mL**

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

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.

CLADRIBINE (MAVENCLAD) **Comprimés de 10 mg**

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

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un neurologue.
- Les demandes des personnes inscrites aux régimes ACDEFGV seront examinées.
- Les approbations seront pour une quantité de 1,75 mg/kg, jusqu'à concurrence de 200 mg par année de traitement.
- La période d'approbation est de deux ans.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

COBIMÉTINIB (COTELLIC) **Comprimé de 20 mg**

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

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient a répondu au traitement et qu'il n'y a aucun signe de progression de la maladie.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent avoir un bon statut de rendement.
2. Si des métastases cérébrales sont présentes, les patients devraient être asymptomatiques ou présenter des symptômes stables.
3. Le traitement doit être arrêté en cas de progression de la maladie ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

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

CODÉINE (CODEINE CONTIN) **Comprimés à libération contrôlée de 50 mg, 100 mg, 150 mg et de 200 mg**

Pour le traitement d'une douleur associée au cancer d'intensité légère à modérée ou d'une douleur chronique bénigne d'intensité légère à modérée.

CRIZOTINIB (XALKORI)
Capsules de 200 mg et de 250 mg

1. Pour le traitement des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules ALK (anaplastic lymphoma kinase)-positif, localement avancé (pour lequel il n'existe aucun traitement curatif) ou métastatique, en tant que :
 - traitement de première ligne, ou
 - traitement de deuxième intention à la suite d'une chimiothérapie.
2. En monothérapie pour le traitement de première intention des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules localement avancé (pour lequel il n'existe aucun traitement curatif) ou métastatique ROS1-positif.

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement.

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant le crizotinib ne seront pas admissibles dans le cas des patients dont la maladie a progressé avec un inhibiteur de l'ALK.
- Période d'approbation : 1 an.

CYCLOSPORINE (VERKAZIA)
Émulsion ophtalmique à 0,1 %

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

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

Critères d'arrêt du traitement :

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

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

CYSTEAMINE (CYSTADROPS)
Solution ophtalmique de 0,37%

Pour le traitement des dépôts cornéens de cristaux de cystine chez les patients âgés de deux ans ou plus atteints de cystinose.

Note clinique :

- Diagnostic de cystinose confirmé par une mutation du gène de la cystinosine (transporteur de la cystine du lysosome) ou un taux élevé de cystine des globules blancs. De la documentation doit être fournie.

Note pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un ophtalmologiste ayant l'expérience du traitement des dépôts cornéens de cristaux de cystine.

CYSTÉAMINE (PROCYSBI)
Capsules à libération retardée de 25 mg et 75 mg

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin expérimenté dans le diagnostic et la gestion de la cystinose.

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

**DABIGATRAN ETEXILATE (PRADAXA et marque générique)
Capsules de 110 mg et de 150 mg**

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : long terme.

**DABRAFÉNIB (TAFINLAR)
Capsules de 50 mg et de 75 mg**

Mélanome métastatique

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

Critères de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

Traitement adjuvant du mélanome

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

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

**DALTÉPARIN (FRAGMIN)
Ampoule de 10,000 IU/mL
Seringue préremplie de 12,500 IU/mL
Seringue préremplie et flacon multidose de 25,000 IU/mL**

1. Pour le traitement d'une thrombo-embolie veineuse (TEV) et/ou d'une embolie pulmonaire (PE) pour un maximum de 30 jours.
2. Pour le traitement prolongé d'une thrombo-embolie veineuse (TEV) symptomatique récidivante qui est survenue pendant que le patient reçoit des doses thérapeutiques de warfarine.
3. Indiqué pour la prévention des événements thromboemboliques veineux (EDEV) jusqu'à 35 jours après une arthroplastie élective de la hanche ou d'une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche.
4. Indiqué pour la prévention des EDEV jusqu'à 14 jours après une arthroplastie élective du genou.
5. Indiqué pour la prévention des événements thromboemboliques veineux (EDEV) après une chirurgie abdominale ou pelvienne pour le traitement d'une tumeur maligne, pendant une période maximale de 28 jours.

6. Pour le traitement et la prévention secondaire d'une thrombo-embolie veineuse (TEV) symptomatique ou d'embolie pulmonaire (PE) pour une période maximale de 6 mois pour les patients souffrant de cancer chez qui le warfarin n'est pas une option.

Note pour les demandes de règlement :

- Une quantité annuelle de 35 jours de traitement est possible sans autorisation spéciale.

DAPAGLIFLOZINE ET METFORMINE (XIGDUO)
Comprimé pelliculé de 5 mg / 850 mg, 5 mg / 1000 mg

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

DAPTOMYCINE (CUBICIN RF)
Fiole à usage unique de 500 mg / 10mL

Pour le traitement des infections à bactéries Gram positif résistantes, y compris les infections causées par des souches de *Staphylococcus aureus* résistantes à la méthicilline, chez les patients qui n'ont pas répondu ou qui présentent une contre-indication ou une intolérance à la vancomycine, ou chez qui la vancomycine i.v. ne convient pas.

Note clinique :

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

Note pour les demandes de règlement :

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

DARBÉPOÉTINE ALFA (ARANESP)
Seringue préremplie SingleJect de 10 mg / 0,4 mL, 20 mg / 0,5 mL, 30 mcg / 0,3 mL, 40 mcg / 0,4 mL, 50 mcg / 0,5 mL, 60 mcg / 0,3 mL, 80 mcg / 0,4 mL, 100 mcg / 0,5 mL, 130 mcg / 0,65 mL, 150 mcg / 0,3 mL, 200 mcg / 0,4 mL, 300 mcg / 0,6 mL et de 500 mcg / 1 mL

- Traitement de l'anémie associé à une insuffisance rénale chronique.

Note pour les demandes de règlement :

- La darbépoétine est administrée aux patients qui reçoivent des traitements de dialyse (néphropathie en phase terminale) par l'entremise de dialyseurs.

- Indiqué pour le traitement des patients tributaires de transfusions sanguines qui souffrent d'une hémopathie maligne, qui ont besoin d'une transfusion ≥ 2 unités de culot globulaire par mois sur une période de 3 mois.

Note clinique :

- L'approbation pour d'autres périodes de 12 semaines sera accordée si la réponse clinique est satisfaisante ou si le nombre d'unités de culot globulaire est réduit à moins de 2 par mois.

Note pour les demandes de règlement :

- L'approbation initiale sera accordée pour une période de 12 semaines.

DARIFÉNACINE (ENABLEX et marque générique)
Comprimés à libération prolongée de 7,5 mg et 15 mg

Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale manifestée par le besoin impérieux d'uriner, l'incontinence urinaire ou les mictions fréquentes chez les patients qui ont été intolérants ou qui ont eu une réponse insuffisante à une période d'essai raisonnable avec un médicament destiné au traitement de l'hyperactivité vésicale inscrit à titre de garantie régulière (p. ex. oxybutynine à libération immédiate, solifénacine ou toltérodine).

Notes cliniques :

1. Les demandes pour le traitement de l'incontinence d'effort ne seront pas prises en considération.
2. À ne pas utiliser en association avec d'autres traitements pharmacologiques pour l'hyperactivité vésicale.

DAROLUTAMIDE (NUBEQA)
Comprimé pelliculé de 300 mg

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

Critères de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

DARUNAVIR ET COBICISTAT (PREZCOBIX)

Comprimé pelliculé de 800 mg / 150 mg

Pour le traitement de l'infection par le VIH-1 chez les patients qui n'ont jamais reçu de traitement ou qui ont déjà été traités et qui ne présentent pas de mutation associée à une résistance au darunavir.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées pour les bénéficiaires du Régimes CU par un infectiologue ou un microbiologiste médical détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Période d'approbation : long terme.

DASATINIB (SPRYCEL et marques génériques)

Comprimés de 20 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg, 100 mg et de 140 mg

1. Pour le traitement des patients adultes atteints de leucémie myéloïde chronique (LMC) à chromosome Philadelphie positif (Ph+) en phase chronique, accélérée ou blastique.
2. Pour le traitement des patients atteints de leucémie lymphoblastique aiguë (LLA) à chromosome Philadelphie positif (Ph+).

Critère de renouvellement :

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

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an

DÉCITABINE / CÉDAZURIDINE (INQOVI)

Comprimé de 35 mg/100 mg

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

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

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Note sur la demande de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

DEFERASIROX (JADENU et marques génériques)
Comprimés pelliculés de 90 mg, 180 mg et 360 mg

Pour le traitement de la surcharge en fer chronique.

DÉFÉRIPRONE (FERRIPROX)
Comprimé de 1000 mg et solution orale à 100 mg/mL

Pour le traitement des patients présentant une surcharge en fer post-transfusionnelle en raison de syndromes thalassémiques et lorsque le traitement par chélation actuel est inefficace.

Note pour les demandes de règlement :

- L'utilisation combinée de plus d'un traitement par chélation du fer ne sera pas remboursée.

DENOSUMAB (PROLIA)
Seringue préremplie de 60 mg/mL

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 ($\geq 20\%$) 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.

DENOSUMAB (XGEVA)
Fiole à usage unique de 120 mg / 1,7 mL

Indiqué pour la prévention des complications liées au squelette chez les patients atteints d'un cancer de la prostate résistant à la castration et qui présentent un ou plusieurs métastases osseuses et un indice de performance de l'ECOG de 0 à 2*.

Note clinique :

- *Patients qui sont asymptomatiques ou patients qui sont symptomatiques, mais qui passent moins de 50% de leur temps au lit.

DESMOPRESSINE (marques génériques)
Comprimés de 0,1 mg et de 0,2 mg
DESMOPRESSINE (DDAVP MELT)
Comprimés à dissolution orale de 60 mcg et 120 mcg

- Indiqué pour le traitement du diabète insipide.
- Indiqué pour le traitement des patients âgés de 18 ans ou plus atteints d'énurésie nocturne.

Note pour les demandes de règlement :

- Les formes orales de desmopressine sont des services assurés habituel pour les régimes CDEF-18G.

DESMOPRESSINE (marque générique)
Vaporisateur intranasale de 10 mcg/dose mesurée

- Pour le traitement des patients atteints de diabète insipide.

Note clinique :

- L'utilisation des préparations nasales n'est plus indiquée pour les patients atteints d'énurésie nocturne à cause d'un risque d'hyponatrémie.

DIÉNOGEST (VISANNE et marques génériques)
Comprimé de 2 mg

Pour la douleur pelvienne liée à l'endométriose chez les femmes pour qui un traitement hormonal de rechange moins coûteux s'est révélé inefficace ou contre-indiqué.

Note clinique :

- Les contraceptifs oraux combinés en continu et la médroxyprogestérone sont des exemples d'hormones moins coûteuses.

DIPYRIDAMOLE ET ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE (marques génériques)
Capsules de 200 mg / 25 mg

Pour la prévention secondaire d'un accident ischémique cérébral/AIT chez les patients qui ont éprouvé un accident thrombotique récurrent (accident cérébrovasculaire, symptômes d'AIT) en prenant de l'ASA.

DOLUTÉGRAVIR ET RILPIVIRINE (JULUCA)
Comprimés de 50 mg / 25 mg

Comme régime complet de remplacement du régime antirétroviral courant pour le traitement de l'infection par le VIH-1 chez les patients adultes présentant une suppression virologique stable (taux d'ARN du VIH-1 inférieur à 50 copies par mL).

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées pour les bénéficiaires du Régimes CU par un infectiologue ou un microbiologiste médical détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Période d'approbation : long terme.

DORAVIRINE (PIFELTRO)
Comprimé de 100 mg

À utiliser en association avec d'autres antirétroviraux chez les patients adultes infectés par le VIH-1 qui ne présentent aucune mutation connue associée à une résistance à la doravirine.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées pour les bénéficiaires du Régimes CU par un infectiologue ou un microbiologiste médical détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Période d'approbation : long terme.

DORNASE ALFA (PULMOZYME)
Solution de 1 mg/mL

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes présentées par les personnes inscrites aux Régimes ABCDEFGV seront examinées.
- Période d'approbation : long terme

DULOXÉTINE (CYMBALTA et marques génériques)
Capsules à libération retardée de 30 mg et de 60 mg

Douleur chronique

Pour le traitement des patients souffrant de douleur chronique.

Note pour les demandes de règlement :

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

Trouble dépressif majeur

Pour le traitement du trouble dépressif majeur chez les patients de 18 ans et plus qui ont échoué un traitement avec au moins un antidépresseur moins coûteux.

Note pour les demandes de règlement :

- La dose maximale recommandée est de 60mg par jour.

DUPILUMAB (DUPIXENT)

Seringue et stylo préremplis de 200 mg / 1,14 mL

Seringues et stylo préremplis de 300 mg / 2 mL

Asthme

1. Pour le traitement d'appoint de l'asthme sévère de type 2 ou de phénotype éosinophilique chez les patients de 6 à 11 ans dont l'état n'est pas adéquatement maîtrisé malgré une corticothérapie en inhalation à dose moyenne ou élevée jumelée à un ou plusieurs autres médicaments de prévention (p. ex., un bêta₂-agoniste à longue durée d'action) ou une corticothérapie en inhalation à dose élevée seule et qui répondent aux critères suivants :
 - nombre d'éosinophiles dans la circulation sanguine $\geq 0,15 \times 10^9/L$ au cours des 12 derniers mois; et
 - asthme non maîtrisé avec au moins une exacerbation de l'asthme cliniquement significative au cours des 12 derniers mois.

Critères initiaux d'arrêt du traitement :

- Le score au questionnaire sur la maîtrise de l'asthme ne s'est pas amélioré 12 mois après le début du traitement, ou
- Le nombre d'exacerbations de l'asthme cliniquement significatives a augmenté au cours des 12 derniers mois.

Critères subséquents d'arrêt du traitement :

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

Notes cliniques :

1. Une évaluation initiale et annuelle de la maîtrise des symptômes de l'asthme basée sur un questionnaire validé de la maîtrise de l'asthme doit être fournie.
2. Une corticothérapie en inhalation à dose moyenne correspond à une dose quotidienne de 200 à 400 mcg de propionate de fluticasone ou l'équivalent et une corticothérapie en inhalation à dose élevée correspond à une dose quotidienne supérieure à 400 mcg de propionate de fluticasone ou l'équivalent.
3. Une exacerbation cliniquement significative est définie comme une aggravation de l'asthme nécessitant l'administration d'une corticothérapie à action générale pendant au moins 3 jours, l'hospitalisation du patient ou une visite aux urgences.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un pneumologue ou un allergologue pédiatrique ayant de l'expérience dans le traitement de l'asthme sévère.
 - L'utilisation combinée de dupilumab avec d'autres médicaments biologiques destinés au traitement de l'asthme ne sera pas remboursée.
 - Quantité maximale approuvée : 200 mg toutes les deux semaines ou 300 mg toutes les quatre semaines.
 - Période d'approbation : 1 an.
2. Pour le traitement d'appoint de l'asthme sévère de type 2 ou de phénotype éosinophilique ou de l'asthme sévère nécessitant une corticothérapie orale chez les patients de 12 ans et plus dont l'état n'est pas adéquatement maîtrisé malgré une corticothérapie en inhalation à dose élevée jumelée à un ou plusieurs autres médicaments de prévention (p. ex., un bêta₂-agoniste à longue durée d'action) et qui répondent à l'un des critères suivants :
 - nombre d'éosinophiles dans la circulation sanguine $\geq 0,15 \times 10^9/L$ au cours des 12 derniers mois; ou
 - asthme nécessitant une corticothérapie orale.

Critères initiaux d'arrêt du traitement :

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

Critères subséquents d'arrêt du traitement :

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

Notes cliniques :

1. Une évaluation initiale et annuelle de la maîtrise des symptômes de l'asthme basée sur un questionnaire validé de la maîtrise de l'asthme doit être fournie.
2. Une évaluation initiale et annuelle du nombre d'exacerbations cliniquement significatives de l'asthme doit être fournie.

3. Une corticothérapie en inhalation à dose élevée est définie comme une dose quotidienne de 500 mcg ou plus de propionate de fluticasone ou l'équivalent.
4. Une exacerbation cliniquement significative est définie comme une aggravation de l'asthme nécessitant l'administration d'une corticothérapie à action générale pendant au moins 3 jours, l'hospitalisation du patient ou une visite aux urgences.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un pneumologue, un immunologue clinique, un allergologue ou un interniste expérimenté dans le traitement de l'asthme sévère.
- L'utilisation combinée de dupilumab avec d'autres médicaments biologiques destinés au traitement de l'asthme ne sera pas remboursée.
- Quantité maximale approuvée : 600 mg à la semaine 0, puis 300 mg toutes les deux semaines par la suite.
- Période d'approbation : 1 an.

Dermatite Atopique

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

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

Critères de renouvellement :

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

Note clinique :

- Ne pas utiliser en association avec la photothérapie ou des médicaments immunomodulateurs (p. ex. des médicaments biologiques ou des inhibiteurs de Janus kinase) pour le traitement de la DA modérée à grave.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue, un pédiatre ou un immunologiste clinique ayant de l'expérience dans le traitement de la DA modérée à grave.
- Quantité maximale approuvée de 600 mg à la semaine 0, suivie de 300 mg toutes les deux semaines par la suite.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

ÉCULIZUMAB (SOLIRIS)

Fiole à usage unique de 300 mg / 30 mL

Pour le traitement de l'hémoglobinurie paroxystique nocturne (HPN).

Notes cliniques :

1. Il est nécessaire de soumettre une demande de couverture en incluant les formulaires de consentement et d'autorisation spéciale requis dûment remplis. De plus, le patient doit :
 - a) répondre aux critères cliniques d'admissibilité à la couverture pour l'eculizumab (couverture initiale ou continue, selon le cas);
 - b) ne répondre à aucun des critères énoncés dans les paragraphes traitant des contre-indications ou de la révocation de la couverture.
2. S'il vous plaît, contactez le régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick au 1-800-332-3691 pour obtenir une trousse de renseignements sur les critères cliniques et les formulaires nécessaires.

Note pour les demandes de règlement :

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

ÉDARAVONE (RADICAVA)

Solution pour injection 0,3 mg/mL

Solution orale de 105 mg / 5 mL

Pour le traitement de la sclérose latérale amyotrophique (SLA) probable ou certaine chez les patients qui répondent à tous les critères suivants :

- score d'au moins deux points pour chaque élément sur l'échelle d'évaluation fonctionnelle ALS-Révisée (ALSFRS-R);
- capacité vitale forcée (CVF) égale ou supérieure à 80 % de la valeur théorique;
- présence de symptômes de la SLA depuis deux ans ou moins;
- une ventilation permanente non effractive ou effractive n'est pas requise.

Critères d'arrêt du traitement :

- Le patient est non ambulatoire (score de 0 ou 1 pour l'élément 8 de l'échelle ALSFRS-R) et incapable de couper sa nourriture et de se nourrir sans aide, indépendamment du fait qu'une gastrostomie soit en place (score de 0 pour les éléments 5a ou 5b de l'échelle ALSFRS-R);
- Le patient a besoin de ventilation permanente non effractive ou effractive;

Note clinique :

- Les scores ALSFRS-R et la CVF doivent être fournis.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin expérimenté dans le diagnostic et la gestion de la SLA.
- Période d'approbation initiale: 6 mois
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

ÉLOSULFASE ALFA (VIMIZIM)

Fiole à usage unique de 5 mg / 5 mL

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

Note clinique :

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

Note pour les demandes de règlement :

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

EMPAGLIFLOZINE (JARDIANCE)

Comprimés de 10 mg et de 25 mg

1. Pour le traitement du diabète de type 2, lorsqu'ajouté à la metformine et à une sulfonylurée chez les patients qui ne parviennent pas à contrôler adéquatement leur glycémie avec la metformine et une sulfonylurée.
2. Comme traitement d'appoint à un régime alimentaire, à l'exercice et au traitement standard pour réduire l'incidence des décès d'origine cardiovasculaire chez les patients atteints de diabète de type 2 :
 - qui ne parviennent pas à maîtriser adéquatement leur glycémie malgré l'essai adéquat d'un traitement par la metformine; ou qui présentent une contre-indication ou une intolérance à la metformine; et
 - qui présentent une maladie cardiovasculaire établie.

Notes cliniques :

1. Dans le cas des patients qui ne peuvent pas prendre la metformine ou une sulfonylurée en raison de contre-indications ou d'intolérance, des détails doivent être fournis.
2. La maladie cardiovasculaire établie se définit par la présence de l'un des éléments suivants (les détails doivent être fournis)
 - infarctus du myocarde (IM);
 - maladie coronarienne plurivasculaire touchant au moins deux artères coronaires principales (sans égard à l'état de la revascularisation);
 - maladie coronarienne monovasculaire accompagnée d'une sténose importante et d'un résultat d'épreuve d'effort non effractive positif;
 - angine instable avec maladie coronarienne monovasculaire ou plurivasculaire;
 - antécédents d'accident ischémique cérébral ou d'AVC hémorragique;
 - maladie artérielle occlusive périphérique.

EMPAGLIFLOZINE ET METFORMINE (SYNJARDY)

**Comprimés de 5 mg / 500 mg, 5 mg / 850 mg et 5 mg / 1000 mg,
12,5 mg / 500 mg, 12,5 mg / 850 mg, 12,5 mg / 1000 mg**

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

EMTRICITABINE, RILPIVIRINE ET TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE (ODEFSEY)

Comprimés de 200 mg / 25 mg / 25 mg

Pour le traitement des patients adultes infectés par le VIH-1 qui répondent aux critères suivants :

- Aucune mutation connue associée à une résistance au ténofovir, à l'emtricitabine ou à la classe des inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI).
- Charge virale égale ou inférieure à 100 000 copies/mL.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées pour les bénéficiaires du Régimes CU par un infectiologue ou un microbiologiste médical détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Période d'approbation : long terme.

EMTRICITABINE, TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE, ELVITÉGRAVIR, ET COBICISTAT (GENVOYA)

Comprimé de 150 mg / 150 mg / 200 mg / 10 mg

Pour le traitement de l'infection par le VIH- chez les patients âgés de 12 ans et plus (pesant au moins 35 kg) qui ne présentent pas de mutation associée à une résistance aux composants individuels de Genvoya.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées pour les bénéficiaires du Régimes CU par un infectiologue ou un microbiologiste médical détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Période d'approbation : long terme.

EMTRICITABINE, TÉNOFOVIR DISOPROXIL, ELVITÉGRAVIR, ET COBICISTAT (STRIBILD)

Comprimé de 200 mg / 300 mg / 150 mg / 150 mg

Indiqué comme régime complet pour les patients infectés par le VIH-1 qui n'ont jamais reçu de traitement antirétroviral pour qui l'éfavirenz n'est pas indiqué.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées pour les bénéficiaires du Régimes CU par un infectiologue ou un microbiologiste médical détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Période d'approbation : long terme.

ENCORAFENIB (BRAFTOVI)

Capsules de 75 mg

Cancer colorectal métastatique

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

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

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

Mélanome métastatique

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

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

ENTRECTINIB (ROZLYTREK)

Capsules de 100 mg et 200 mg

Traitement du cancer du poumon non à petites cellules

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

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an

Tumeurs solides qui présentent une fusion du gène NTRK

En monothérapie pour le traitement des patients adultes atteints de tumeurs solides extra-crâniennes non résécables, localement avancées ou métastatiques, qui répondent à l'ensemble des critères suivants :

- Les tumeurs ont une fusion du gène NTRK (récepteur tyrosine-kinase de la neurotrophine) sans mutation de résistance acquise connue;
- Pas d'autres options thérapeutiques satisfaisantes;
- Pas admissible à la chirurgie et/ou à la radiothérapie en raison d'un risque important de morbidité.

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

1. Les patients doivent présenter un bon indice fonctionnel.
2. Si des métastases au niveau du système nerveux central sont présentes, les patients doivent être asymptomatiques.
3. Le traitement doit être arrêté en cas de confirmation radiographique que la maladie a progressé ou d'effets toxiques inacceptables.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas prises en considération dans le cas des patients dont la maladie a évolué pendant un traitement par un inhibiteur des récepteurs TRK.
- Période d'approbation : 6 mois.

ENZALUTAMIDE (XTANDI)

Capsule de 40 mg

Cancer de la prostate métastatique résistant à la castration

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

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 ou darolutamide.
- Période d'approbation : 1 an

Cancer de la prostate métastatique sensible à la castration

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

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 : 1 an

Cancer de la prostate non métastatique résistant à la castration

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

Critères de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

ÉPLÉRÉNONE (INSPRA et marque générique)

Comprimés de 25 mg et de 50 mg

Pour le traitement des patients souffrant d'une insuffisance cardiaque chronique de classe II de la New York Heart Association (NYHA) avec une dysfonction systolique du ventricule gauche (avec une fraction d'éjection inférieure ou égale à 40 %), comme traitement d'appoint au traitement standard.

Note clinique :

- Les patients doivent suivre une thérapie optimale avec un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA), ou un bloqueur des récepteurs de l'angiotensine (BRA), et un bêta bloquant (à moins d'être contre-indiqué), à la dose recommandée ou la dose maximale tolérée.

ÉPOÉTINE ALFA (EPREX)

Seringue préremplie de 1 000 UI / 0,5 mL, 2 000 UI / 0,5 mL, 3 000 UI / 0,3 mL, 4 000 UI / 0,4 mL, 5000 UI / 0,5 mL, 6 000 UI / 0,6 mL, 8 000 UI / 0,8 mL, 10 000 UI / mL, 20 000 UI / mL, 30 000 IU / 0,75 mL et de 40 000 UI/mL

1. Pour le traitement de l'anémie associée à une insuffisance rénale chronique.

Note pour les demandes de règlement :

- Les patients dialysés (néphropathie au stade ultime) reçoivent l'époétine par l'intermédiaire des unités de dialyse.
2. Pour le traitement de l'anémie post-transfusionnelle associée au traitement des patients infectés par le VIH et traités à la zidovudine.
 3. Indiqué pour le traitement des patients tributaires de transfusions sanguines qui souffrent d'une hémopathie maligne, qui ont besoin d'une transfusion ≥ 2 unités de culot globulaire par mois sur une période de 3 mois.

Note clinique :

- L'approbation pour d'autres périodes de 12 semaines sera accordée si la réponse clinique est satisfaisante ou si le nombre d'unités de culot globulaire requis est réduit à moins de 2 par mois.

Note pour les demandes de règlement :

- L'approbation initiale sera accordée pour une période de 12 semaines.

ÉPOPROSTÉNOLO SODIUM (CARIPUL et FLOLAN)

Fiole de 0,5 mg et de 1,5 mg

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

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

ESLICARBAZÉPINE (APTIOM)

Comprimés de 200 mg, 400 mg, 600 mg et de 800 mg

Traitement d'appoint pour les crises épileptiques partielles réfractaires chez les patients qui prennent actuellement deux médicaments antiépileptiques ou plus, et qui ne réagissent pas adéquatement ou qui sont intolérants à un minimum de trois autres médicaments antiépileptiques.

Note pour les demandes de règlement :

- Le patient doit être sous les soins d'un médecin ayant l'expérience du traitement de l'épilepsie.

ÉTANERCEPT

Brenzys auto-injecteur et seringue préremplie de 50 mg/mL

Erelzi seringue préremplie de 25 mg / 0,5 mL, auto-injecteur et seringue préremplie de 50 mg/mL

Polyarthrite juvénile idiopathique

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

Polyarthrite psoriasique

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

Polyarthrite rhumatoïde

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

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

Psoriasis en plaques

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

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un dermatologue.

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

Spondylarthrite ankylosante

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

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

ÉTRAVIRINE (INTELENCE)

Comprimés de 100 mg et de 200 mg

Indiqué pour le traitement des patients infectés par le VIH-1 (bénéficiaires du plan U) qui ont reçu un traitement antirétroviral et subi un échec virologique en raison de souches de VIH-1 qui résistent à plusieurs agents antirétroviraux, y compris d'autres inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse

ÉVÉROLIMUS (AFINITOR et marques génériques)

Comprimés de 2,5 mg, 5 mg et de 10 mg

Adénocarcinome rénal métastatique

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

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

Cancer du sein avancé

Pour le traitement du cancer du sein avancé avec récepteurs hormonaux positifs et HER2 négatif chez les personnes ménopausées, en association avec l'exémestane, à la suite d'une récurrence ou d'une progression de la maladie après un traitement par un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien.

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant l'évérolimus ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement par un inhibiteur des kinases dépendantes des cyclines (CDK) 4 et 6.
- Période d'approbation : 1 an.

Tumeurs neuroendocrines

- Pour le traitement des tumeurs neuroendocrines pancréatiques (TNEP) évolutives bien ou modérément différenciées, non résécables, localement avancées ou métastatiques.
- Pour le traitement des tumeurs neuroendocrines (TNE) non fonctionnelles du tube digestif ou du poumon, bien différenciées, non résécables, localement avancées ou métastatiques, chez les patients dont la maladie a progressé au cours des six derniers mois selon les examens radiologiques.

Critères de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant l'évérolimus ne seront pas prises en considération dans le cas des patients dont la maladie a évolué pendant un traitement par le sunitinib pour des TNEP.
- Période d'approbation : 1 an.

ÉVOLOCUMAB (REPATHA)

120 mg/mL mini-doseur automatique avec cartouche préremplie

140 mg/mL auto-injecteur

Pour le traitement de l'hypercholestérolémie familiale (HF) hétérozygote chez les patients adultes qui doivent obtenir une diminution supplémentaire du taux de cholestérol à lipoprotéines de faible densité (C-LDL), si les critères suivants sont respectés :

- Diagnostic probable ou définitif d'HF hétérozygotes à l'aide des critères de Simon Broome ou du Dutch Lipid Network, ou d'un test génétique;
- Le patient n'arrive pas à atteindre la cible souhaitée pour le taux de C-LDL (moins de 2 mmol/L ou au moins une diminution de 50 % du taux de C-LDL par rapport à la valeur observée avant le traitement) malgré une adhésion au traitement confirmé d'au moins 3 mois avec :
 - une statine à dose élevée (p. ex., atorvastatine 80 mg, rosuvastatine 40 mg) en association avec ézétimibe; ou
 - ézétimibe seul, si une forte dose de statine n'est pas possible en raison d'une rhabdomyolyse, d'une contre-indication ou d'une intolérance.

Critères visant le renouvellement initial :

- Une diminution du taux de C-LDL d'au moins 40 % par rapport à la valeur observée avant le traitement ou atteinte du taux de C-LDL cible de 2 mmol/L.

Critères visant les renouvellements subséquents :

- Le patient doit continuer de maintenir une diminution du taux de C-LDL de 40 % par rapport à la valeur observée avant le traitement ou avoir atteint un taux de C-LDL cible de 2 mmol/L.

Notes cliniques :

1. Les taux de C-LDL doivent être fournis.
2. L'intolérance à une statine à dose élevée sera considérée si le patient présente une myopathie ou des biomarqueurs anormaux documentés (c.-à-d., créatinine kinase plus élevée que 5 fois la limite supérieure de la normale) après un essai d'au moins deux statines, et
 - pour chaque statine, une réduction de la dose a été tentée plutôt qu'un arrêt de la statine, et l'intolérance a été réversible au moment de l'arrêt de la statine, mais est réapparue lors de la reprise du traitement avec la statine (lorsqu'approprié du point de vue clinique); et
 - au moins une statine a été instaurée à la plus faible de dose quotidienne de départ; et
 - les autres causes d'intolérance ont été éliminées.
3. Les détails doivent être fournis pour les patients qui ne peuvent pas prendre d'ézétimibe en raison d'une intolérance ou d'une contre-indication.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les approbations seront pour une quantité maximum de 140 mg chaque 2 semaines ou de 420 mg par mois.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

**EXTRAIT ALLERGÉNIQUE DE POLLEN DE GRAMINÉES (ORALAIR)
Comprimés sublinguaux de 100IR et de 300IR**

Pour le traitement saisonnier de la rhinite allergique au pollen de plantes herbacées chez les patients qui n'ont pas répondu à la pharmacothérapie conventionnelle, ou qui y sont intolérants.

Notes cliniques :

1. Un traitement aux extraits d'allergènes de plantes herbacées doit être commencé par un médecin ayant la formation et l'expérience adéquates pour le traitement des maladies allergiques respiratoires.
2. Le traitement doit être commencé quatre mois avant le début de la saison pollinique et ne doit pas se poursuivre au-delà de la saison.
3. Le traitement ne doit pas être administré pendant plus de trois années consécutives.

**EXTRAIT MODIFIÉ D'HERBE À POUX ABSORBÉ SUR TYROSINE (POLLINEX-R)
Seringues pré-remplies de 105 PNU / 0,5 mL, 250 PNU / 0,5 mL, 700 PNU / 0,5 mL, 2150 PNU / 0,5 mL**

Pour le traitement des patients qui souffrent de rhinoconjonctivite allergique IgE-dépendante grave et saisonnière (qui dure depuis deux ans ou plus), lorsqu'une thérapie optimale (ex. corticostéroïdes administrés par voie nasale ou antihistaminiques H₁) et l'éviction de l'allergène ont été insuffisantes pour contrôler les symptômes.

Notes cliniques :

1. Un traitement aux extraits allergéniques de pollen d'herbe à poux doit être commencé par un médecin ayant la formation et l'expérience adéquates pour traiter des maladies allergiques respiratoires.
2. Le traitement doit être commencé un mois avant le début de la saison de l'herbe à poux.
3. La durée optimale du traitement est inconnue. Par conséquent, si aucune amélioration des symptômes n'est notée après trois ans, le traitement doit être arrêté.

**FARICIMAB (VABYSMO)
Fliale à usage unique de 6 mg / 0,05 mL**

Œdème maculaire diabétique

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

- Œdème maculaire diabétique atteignant le centre de la macula et important du point de vue clinique pour lequel la photocoagulation par laser est également indiquée
- Épaisseur rétinienne centrale de 250 micromètres ou plus

Notes pour les demandes de règlement :

- Une demande de règlement initiale pouvant comprendre jusqu'à deux flacons (un flacon par œil traité) sera automatiquement remboursée si le médicament est prescrit par un ophtalmologiste au Nouveau-Brunswick. Si un traitement en continu est nécessaire, une demande d'autorisation spéciale doit être soumise.
- Les approbations concerneront un maximum d'un flacon par œil tous les 4 semaines.
- Période d'approbation : 1 an. Une confirmation de la réponse continue est requise.

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

Pour le traitement de la forme néovasculaire (humide) de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).

Critères d'arrêt du traitement :

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

Notes cliniques :

- La MAVC doit être fournie avec la demande initiale et avec les demandes de renouvellement subséquentes.

Notes pour les demandes de règlement :

- Une demande de règlement initiale pouvant comprendre jusqu'à deux flacons (un flacon par œil traité) sera automatiquement remboursée si le médicament est prescrit par un ophtalmologiste au Nouveau-Brunswick. Si un traitement en continu est nécessaire, une demande d'autorisation spéciale doit être soumise.

- Les approbations concernent un maximum d'un flacon par œil tous les 4 semaines pour 16 semaines, suivi de 1 flacon par œil toutes les 8 semaines par la suite.
- Période d'approbation : 1 an.

**FÉBUXOSTAT (marques génériques)
Comprimé de 80 mg**

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

**FÉDRATINIB (INREBIC)
Capsule de 100 mg**

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

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

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé à la suite d'un traitement avec ruxolitinib.
- Période d'approbation initiale : 6 mois
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

**FENTANYL (marques génériques)
Timbre transdermique de 12 mcg/h, 25 mcg/h, de 50 mcg/h, de 75 mcg/h et de 100 mcg/h**

Pour le traitement de la douleur cancéreuse et de la douleur chronique non cancéreuse chez les patients adultes qui recevaient précédemment une dose quotidienne orale d'au moins 60 mg d'équivalent morphine et qui :

- ont présenté une réponse inadéquate, une intolérance ou une contre-indication aux opioïdes par voie orale; ou
- sont incapables de prendre un traitement par voie orale.

**FERRIC DERISOMALTOSE (MONOFERRIC)
Fiole de 100 mg/mL**

Pour le traitement de l'anémie ferriprive chez les patients qui :

- sont intolérant aux préparations de fer orale ; ou
- n'ont pas répondu à un essai convenable de fer oral.

**FÉSOTÉRODINE (TOVIAZ et marque générique)
Comprimés à libération prolongée de 4 mg et 8 mg**

Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale manifestée par le besoin impérieux d'uriner, l'incontinence urinaire ou les mictions fréquentes chez les patients qui ont été intolérants ou qui ont eu une réponse insuffisante à une période d'essai raisonnable avec un médicament destiné au traitement de l'hyperactivité vésicale inscrit à titre de garantie régulière (p. ex. oxybutynine à libération immédiate, solifénacine ou toltérodine).

Notes cliniques :

1. Les demandes pour le traitement de l'incontinence d'effort ne seront pas prises en considération.
2. À ne pas utiliser en association avec d'autres traitements pharmacologiques pour l'hyperactivité vésicale.

**FIDAXOMICINE (DIFICID)
Comprimé pelliculé de 200 mg**

Pour le traitement de l'infection à *Clostridium difficile* (ICD) chez les patients :

- qui ont présenté un deuxième épisode ou un épisode subséquent à la suite d'un traitement par la vancomycine orale; ou
- qui ont présenté un échec thérapeutique avec la vancomycine orale pour l'épisode actuel d'ICD; ou

- qui ont une intolérance ou une contre-indication à la vancomycine orale.

Critères de second traitement :

- Le second traitement par la fidaxomicine sera seulement considéré en cas de récurrence rapide survenant dans les 8 semaines suivant le début du traitement le plus récent par la fidaxomicine.

Notes cliniques :

1. Un échec au traitement est défini par un traitement de 14 jours à la vancomycine sans amélioration clinique acceptable.
2. L'intolérance est définie par la manifestation d'effets indésirables graves. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un spécialiste des maladies infectieuses ou un gastroentérologue.
- Les demandes seront approuvées pour 200 mg, deux fois par jour, pendant 10 jours.

FILGRASTIM

Grastofil seringue préremplie de 300 mcg / 0,5 mL et 480 mcg / 0,8 mL

Nivestym seringue préremplie de 300 mcg/0,5 mL et 480 mcg/0,8 mL, fiole de 300 mcg/mL et 480 mcg/1,6 mL

Appui à la chimiothérapie

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

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

Note clinique :

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

Indications pour cas bénins

- Pour augmenter le nombre de neutrophiles et réduire l'incidence et la durée de l'infection chez les patients atteints de neutropénie congénitale, idiopathique ou cyclique.
- Pour la prévention et le traitement de la neutropénie chez les patients présentant une infection au VIH.

Soutien pour la greffe de cellules souches

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

Notes pour les demande de règlement :

- Toutes les demandes de couverture pour le filgrastim seront approuvées pour les versions biosimilaires seulement.

FINGOLIMOD (GILENYA et marques génériques)

Capsule de 0,5 mg

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

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

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes des personnes inscrites aux Plans ACDEFGV seront examinées.
- L'utilisation combinée avec d'autres agents modificateurs de la maladie destinés au traitement de la SPRR ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation : deux ans.

FLUCONAZOLE (DIFLUCAN)
Poudre pour suspension orale à 50 mg / 5 mL

Pour le traitement des patients souffrant :

- d'une candidose oropharyngée qui n'ont pas obtenu de réponse avec de la nystatine, ou
- d'infections systémiques et pour qui les comprimés oraux de fluconazole ne sont pas une option.

FLUDARABINE (FLUDARA)
Comprimé pelliculé de 10 mg

- Pour le traitement de première intention de la leucémie lymphoïde chronique (LLC) /du lymphome à petits lymphocytes (LPL) en association avec le rituximab (avec ou sans cyclophosphamide).
- Pour le traitement de la LLC / du LPL chez les patients qui n'ont pas répondu à un traitement antérieur par un agent alkylant ou qui ont présenté une récurrence pendant ou après un tel traitement.

FLUOXÉTINE (marques génériques)
Solution orale de 20 mg / 5 mL

Pour les patients chez qui les capsules orales ne sont pas une option.

FORMOTEROL, GLYCOPYRRONIUM BROMIDE ET BUDESONIDE (BREZTRI AEROSPHERE)
Suspension pour inhalation 5,8 mcg / 8,2 mcg / 182 mcg

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

Notes cliniques :

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

Note sur la demande de règlement :

- Période d'approbation : long terme.

FOSFOMYCINE (MONUROL et marque générique)
Sachet de 3g

Pour le traitement des infections urinaires non compliquées chez les patientes adultes lorsque:

- Le microorganisme infectieux résiste aux autres agents oraux; OU
- Les autres traitements moins coûteux ne sont pas tolérés.

Note clinique :

- L'usage de la fosfomycine n'est pas indiqué pour le traitement de la pyélonéphrite ou d'un phlegmon périnéphrétique.

FRÉMANEZUMAB (AJOVY)
Auto-injecteur et seringue préremplie de 225 mg / 1,5 mL

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 :

- L'utilisation combinée avec d'autres antagonistes du récepteur du peptide lié au gène de la calcitonine (CGRP) ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

FUMARATE DE DIMÉTHYLE (TECFIDERA et marques génériques)

Capsules à libération retardée de 120 mg et de 240 mg

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

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

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes des personnes inscrites aux Plans ACDEFGV seront examinées.
- Les ordonnances rédigées par des neurologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- L'utilisation combinée avec d'autres agents modificateurs de la maladie destinés au traitement de la SPRR ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation: 2 ans.

FUROATE DE FLUTICASONE ET UMÉCLINDINIUM ET VILANTÉROL (TRELEGY ELLIPTA)

Poudre sèche pour inhalation de 100 mcg / 62.5 mcg / 25 mcg

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

Notes cliniques :

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

GALANTAMINE (marques génériques)

Capsules à libération prolongée de 8 mg, 16 mg et de 24 mg

Pour le traitement de la démence légère à modérée chez les patients qui présentent une intolérance au donépézil et répondent aux critères suivants :

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

Notes cliniques :

1. Les demandes doivent mentionner le score au MMSE et à l'échelle FAST le plus récent obtenu dans les 6 mois précédant la demande.
2. La nature de l'intolérance doit être décrite.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an

GALCANÉZUMAB (EMGALITY)

Auto-injecteur et seringue préremplis de 120 mg/mL

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 :

- L'utilisation combinée avec d'autres antagonistes du récepteur du peptide lié au gène de la calcitonine (CGRP) ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation de renouvellement : 1 an.

GILTÉRITINIB (XOSPATA)

Comprimé de 40 mg

En monothérapie pour le traitement des patients adultes atteints d'une leucémie myéloïde aiguë récidivante ou réfractaire exprimant une mutation du gène de la tyrosine kinase-3 de type FMS (FLT3) et qui répondent à tous les critères suivants :

- Confirmation de la présence de la mutation FLT3 au moment de la rechute ou de la détermination de la maladie réfractaire
- Présence d'une mutation de type FLT3-ITD, FLT3-TKD/D835 ou FLT3-TKD/I836

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être poursuivi aussi longtemps qu'il apporte des bienfaits cliniques ou jusqu'à l'apparition d'une toxicité inacceptable.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 6 mois.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

GLÉCAPRÉVIR ET PIBRENTASVIR (MAVIRET)
Comprimés de 100 mg / 40 mg

Pour les patients adultes atteints d'une infection chronique au virus de l'hépatite C (VHC) qui ont déjà été traités ou qui n'ont jamais subi de traitement et qui répondent aux critères suivants :

Période d'approbation	
Genotypes 1, 2, 3, 4, 5 or 6 <ul style="list-style-type: none"> • qui n'ont jamais subi de traitement 	8 semaines
Genotypes 1, 2, 4, 5 or 6 <ul style="list-style-type: none"> • Patient ayant déjà reçu un traitement contenant du peginterféron/de la ribavirine (PR) et/ou du sofosbuvir (SOF) 	8 semaines (12 semaines avec cirrhose)
Genotype 1 <ul style="list-style-type: none"> • Patient n'ayant jamais reçu de traitement avec un inhibiteur de la NS5A et ayant reçu un traitement contenant : <ul style="list-style-type: none"> – du brocépévir/PR; ou – du simépévir(SMV)/SOF; ou – du SMV/PR; ou – du télaprèvir/PR. 	12 semaines
Genotype 1 <ul style="list-style-type: none"> • Patient n'ayant jamais reçu de traitement avec un inhibiteur de la NS3/4A et ayant reçu un traitement contenant : <ul style="list-style-type: none"> – du daclatasvir (DCV)/SOF; ou – du DCV/PR; ou – du lédipasvir/SOF. 	16 semaines
Genotype 3 <ul style="list-style-type: none"> • Patient ayant reçu un traitement contenant du PR et/ou du SOF 	16 semaines

Les renseignements suivants sont également requis :

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

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le traitement doit être prescrit par un hépatologue, un gastroentérologue ou un infectiologue (ou un autre prescripteur qui a de l'expérience dans le traitement de l'infection au virus de l'hépatite C).
- Les demandes seront considérées pour les personnes présentement inscrites dans les Régimes ACDEFGV.
- Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

GLUCAGON (BAQSIMI)
Poudre nasale de 3 mg

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Un maximum de 2 doses sera remboursé 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.

GLUCONATE FERRIQUE DE SODIUM (FERRLECIT)

Ampoule et fiole de 12,5 mg/mL

Pour le traitement de l'anémie ferriprive chez les patients qui:

- sont intolérant aux préparations de fer orale; ou
- n'ont pas répondu à un essai convenable de fer oral.

GOLIMUMAB (SIMPONI)

Auto-injecteur et seringue préremplis de 50 mg / 0,5 mL et 100 mg/mL

Colite ulcéreuse

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin avec une spécialité en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Une dose maximale de 200 mg sera approuvée pour la semaine 0, puis de 100 mg pour la semaine 2 et enfin, de 100 mg toutes les quatre semaines par la suite.
- Période d'approbation initiale : 3 mois.
- Période d'approbation de renouvellement: 1 an.

Polyarthrite psoriasique

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour un maximum de 50 mg par mois.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

Polyarthrite rhumatoïde

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

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 50 mg par mois.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

Spondylarthrite ankylosante

- Indiqués pour le traitement des patients atteints de spondylarthrite ankylosante d'intensité modérée à grave (p. ex. score supérieur ou égal à 4 sur 10 mesuré à l'aide de l'indice d'activité de la spondylarthrite ankylosante de Bath [Bath AS Disease Activity Index – BASDAI]) qui :
 - présentent des symptômes axiaux et qui n'ont pas réagi à l'usage séquentiel d'au moins deux AINS à la dose optimale sur une période minimale de 2 semaines chaque ou chez qui les traitements par AINS sont contre-indiqués; ou
 - ont des symptômes périphériques et qui ne répondent pas, ou qui ont des contre-indications, à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose optimale pendant une période minimale de 2 semaines chaque et qui ont réagi inadéquatement à la dose optimale ou à la dose de tolérance maximale d'un ARMM.
- Les demandes de renouvellement doivent comprendre les renseignements présentant les bienfaits du traitement, plus précisément :
 - une diminution d'au moins deux points sur l'échelle BASDAI, comparativement au score obtenu avant le traitement; ou
 - l'opinion du patient et du spécialiste concernant la réponse clinique adéquate, déterminée par une amélioration fonctionnelle importante (mesurée par les résultats de tests tels que le questionnaire d'évaluation de l'état de santé [QEESS] ou « la capacité à retourner au travail »).

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 50 mg par mois.
- Période d'approbation initiale : 4 mois.
- Période d'approbation de renouvellement: 1 an.

HEXACÉTONIDE DE TRIAMCINOLONE (TRISPAN)

Suspension injectable de 20 mg/mL

Pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique.

IBRUTINIB (IMBRUVICA)

Capsule de 140 mg

1. En monothérapie pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique (LLC)/du lymphome à petits lymphocytes (LPL) chez les patients adultes n'ayant jamais été traités auparavant et pour qui le traitement à base de fludarabine

est considéré comme inapproprié en raison des risques élevés d'anomalies cytogénétiques (c.-à-d., une délétion 17p, une mutation TP53 ou un IGHV non muté).

2. En monothérapie pour le traitement des patients atteints de leucémie lymphoïde chronique (LLC) ou d'un lymphome à petits lymphocytes (LPL) ayant reçu au moins un traitement antérieur.
3. En monothérapie pour le traitement des patients atteints du lymphome à cellules du manteau en rechute ou réfractaire.

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas prises en considération dans le cas des patients dont la maladie a évolué pendant un traitement avec un inhibiteur de la tyrosine kinase de Burton (BTK) ou Idélalisib.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

ICATIBANT (FIRAZYR)

Seringue préremplie de 30 mg / 3 mL

Pour le traitement des crises aiguës d'angio-oedème héréditaire de type I ou II chez les adultes dont les résultats des analyses laboratoires confirment une carence en inhibiteur de la C1 estérase, ou si les conditions suivantes sont respectées:

- crises non laryngées qui soient au moins de sévérité modérée
OU
- crises laryngées aiguës.

Notes cliniques :

1. La prise de plus de trois doses dans une période de 24 heures n'est pas recommandée.
2. L'innocuité de la prise de plus de 8 injections par mois n'a pas été étudiée dans le cadre d'essais cliniques.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un médecin ayant l'expérience du traitement de l'angio-oedème héréditaire, ou prescrit en consultation avec un tel médecin.
- La couverture se limite à une seule dose par crise.
- La quantité maximale remise en une seule fois est de deux doses.

ICOSAPENT ÉTHYLE (VASCEPA)

Capsules de 1 g

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

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

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

IDÉLALISIB (ZYDELIG)
Comprimés pelliculés de 100 mg et de 150 mg

Pour le traitement des patients atteints de leucémie lymphoïde chronique/lymphome à petits lymphocytes récidivante, en association avec rituximab.

Critères de renouvellement :
Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas prises en considération dans le cas des patients dont la maladie a évolué pendant un traitement avec un inhibiteur de la tyrosine kinase de Burton (BTK), sauf s'il s'agit de préparer une greffe.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 12 mois.

IMIQUIMOD (ALDARA P et marque générique)
Crème 5%

1. Pour le traitement des verrues génitales et périanales externes (condylomes acuminés).

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 16 semaines.

2. Pour le traitement de la kératose sénile chez les patients qui n'ont pas réagi au traitement par le 5-Fluorouracil (5-FU) et à la cryothérapie.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 16 semaines.

3. Pour le traitement du carcinome basocellulaire superficiel confirmé par biopsie:

- Avec une tumeur de ≤ 2 cm

ET

- Situé sur le tronc, les extrémités ou le cou (à l'exclusion des mains et des pieds)

ET

- Lorsqu'une chirurgie ou la radiothérapie n'est pas indiquée comme traitements récurrents dans une région déjà irradiées

OU

- lésions multiples, trop nombreuses pour être irradiées ou enlevées par chirurgie.

Note clinique :

- La gestion par chirurgie devrait être considérée comme un traitement de première ligne pour les carcinomes basocellulaires superficiels chez la plupart des patients, particulièrement pour les lésions isolées.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 6 semaines.

INCOBOTULINUMTOXINEA (XEOMIN)
50 LD₅₀ units par fiole et 100 LD₅₀ units pour fiole

- Pour le traitement du blépharospasme chez les patients de 18 ans et plus.
- Pour le traitement de la dystonie cervicale (torticollis spasmodique) chez les patients de 18 ans et plus.

INDACATEROL, BROMURE DE GLYCOPYRRONIUM ET MOMETASONE (ENERZAIER BREEZHALER)
Poudre pour inhalation de 160 mcg / 50 mcg / 150 mcg

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

INFLIXIMAB (AVSOLA, INFECTRA, RENFLEXIS) Fliale de 100 mg

Colite ulcéreuse

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

Maladie de Crohn

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

Polyarthrite psoriasique

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

Notes cliniques :

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

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

Polyarthrite rhumatoïde

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

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

Psoriasis en plaques

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

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

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

Spondylarthrite ankylosante

- Indiqués pour le traitement des patients atteints de spondylarthrite ankylosante d'intensité modérée à grave (p. ex. score supérieur ou égal à 4 sur 10 mesuré à l'aide de l'indice d'activité de la spondylarthrite ankylosante de Bath [Bath AS Disease Activity Index – BASDAI]) qui :
 - présentent des symptômes axiaux et qui n'ont pas réagi à l'usage séquentiel d'au moins deux AINS à la dose optimale sur une période minimale de 2 semaines chaque ou chez qui les traitements par AINS sont contre-indiqués; ou
 - ont des symptômes périphériques et qui ne répondent pas, ou qui ont des contre-indications, à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose optimale pendant une période minimale de 2 semaines chaque et qui ont réagi inadéquatement à la dose optimale ou à la dose de tolérance maximale d'un ARMM.
- Les demandes de renouvellement doivent comprendre les renseignements présentant les bienfaits du traitement, plus précisément :
 - une diminution d'au moins deux points sur l'échelle BASDAI, comparativement au score obtenu avant le traitement; ou
 - l'opinion du patient et du spécialiste concernant la réponse clinique adéquate, déterminée par une amélioration fonctionnelle importante (mesurée par les résultats de tests tels que le questionnaire d'évaluation de l'état de santé [QEES] ou « la capacité à retourner au travail »).

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

INOTERSEN (TEGSEDI)

Seringue préremplie de 284 mg / 1,5 mL

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

- Avoir reçu un diagnostic d'attr héréditaire confirmé par un test génétique;
- Présenter une neuropathie symptomatique de stade précoce;
- Ne pas être atteint d'insuffisance cardiaque de classe iii ou iv selon la classification de la new york heart association (nyha);
- Ne pas avoir subi de transplantation hépatique.

Critères d'arrêt du traitement :

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

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

INSULINE DÉTÉMIR (LEVEMIR)

Cartouche et stylo prérempli FlexTouch de 100 U/mL

1. Pour le traitement des patients atteints de diabète de type 1 ou de type 2 qui ont pris d'autres analogues de l'insuline à action prolongée (insuline glargine et insuline degludec), et qui ont :
 - vécu des épisodes inexplicables d'hypoglycémie nocturne au moins une fois par mois malgré une gestion optimale; ou
 - des réactions allergiques documentées graves ou continues, systémiques ou localisées.
2. Pour le traitement des enfants et des adolescents atteints de diabète de type 1.
3. Pour le traitement des personnes enceintes atteintes de diabète de type 1 ou de type 2 nécessitant de l'insuline.

INTERFÉRON BÊTA-1A (AVONEX PS)

Auto-injecteur et seringue préremplie de 30 mcg / 0,5 ml

1. Pour le traitement des patients adultes qui ont subi un syndrome clinique isolé.
2. Pour le traitement de la forme récurrente-rémittente de la sclérose en plaques (SPRR) chez les patients adultes qui répondent aux critères suivants :
 - Diagnostic confirmé selon les critères de McDonald;
 - Au moins une rechute invalidante ou nouvelle activité révélée par un examen d'imagerie par résonance magnétique au cours des deux dernières années;
 - Patient ambulatoire, avec ou sans aide (c.-à-d. score récent de 6,5 ou moins sur l'échelle étendue du statut d'invalidité [EDSS]).

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté chez les patients dont le score à l'échelle EDSS est de 7 ou plus.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes présentées par les personnes inscrites aux Plans ACDEFGHV seront examinées.
- Les ordonnances rédigées par des neurologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- L'utilisation combinée avec d'autres agents modificateurs de la maladie destinés au traitement de la SPRR ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation: 2 ans.

INTERFÉRON BÊTA-1A (REBIF)

Seringue préremplie de 22 mcg / 0,5 mL et de 44 mcg / 0,5 mL

Cartouche préremplie de 66 mcg / 1,5 mL et de 132 mcg / 1,5 mL

1. Pour le traitement des patients adultes qui ont subi un syndrome clinique isolé.
2. Pour le traitement de la forme récurrente-rémittente de la sclérose en plaques (SPRR) chez les patients adultes qui répondent aux critères suivants :
 - Diagnostic confirmé selon les critères de McDonald;
 - Au moins une rechute invalidante ou nouvelle activité révélée par un examen d'imagerie par résonance magnétique au cours des deux dernières années;
 - Patient ambulatoire, avec ou sans aide (c.-à-d. score récent de 6,5 ou moins sur l'échelle étendue du statut d'invalidité [EDSS]).

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté chez les patients dont le score à l'échelle EDSS est de 7 ou plus.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes présentées par les personnes inscrites aux Plans ACDEFGHV seront examinées.
- Les ordonnances rédigées par des neurologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- L'utilisation combinée avec d'autres agents modificateurs de la maladie destinés au traitement de la SPRR ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation: 2 ans.

INTERFÉRON BÊTA-1B (BETASERON)

Fiole à usage unique de 0,3mg

1. Pour le traitement des patients adultes qui ont subi un syndrome clinique isolé.
2. Pour le traitement de la forme récurrente-rémittente de la sclérose en plaques (SPRR) chez les patients adultes qui répondent aux critères suivants :
 - Diagnostic confirmé selon les critères de McDonald;
 - Au moins une rechute invalidante ou nouvelle activité révélée par un examen d'imagerie par résonance magnétique au cours des deux dernières années;

- Patient ambulatoire, avec ou sans aide (c.-à-d. score récent de 6,5 ou moins sur l'échelle étendue du statut d'invalidité [EDSS]).
3. Pour le traitement de la sclérose en plaques progressive secondaire (SPPS) chez les patients adultes qui répondent aux critères suivants :
- Antécédents de SPRR;
 - Patient ambulatoire, avec ou sans aide (c.-à-d. score récent de 6,5 ou moins sur l'échelle étendue du statut d'invalidité [EDSS]).

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté chez les patients dont le score à l'échelle EDSS est de 7 ou plus.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour Betaseron présentées par les personnes inscrites aux Plans ACDEFGHV seront examinées.
- Les ordonnances rédigées par des neurologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- L'utilisation combinée avec d'autres agents modificateurs de la maladie destinés au traitement de la SP ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation: 2 ans.

ISAVUCONAZOLE (CRESEMBA)

Capsule de 100 mg

Fiole de 200 mg

- Pour le traitement des patients adultes atteints d'aspergillose invasive qui n'ont pas répondu ou qui présentent une contre-indication ou une intolérance au voriconazole oral et à la caspofongine.
- Pour le traitement des patients adultes atteints de mucormycose invasive.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un spécialiste des maladies infectieuses ou un microbiologiste médical.
- Les demandes initiales seront approuvées pour un maximum de 3 mois.
- Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

ITRACONAZOLE (SPORANOX)

Solution orale à 10 mg/mL

Pour le traitement de la candidose buccale et/ou œsophagienne chez les adultes immunodéprimés.

Note clinique :

- La solution orale d'itraconazole n'est pas interchangeable avec les capsules d'itraconazole en raison de différences relatives à la biodisponibilité.

IVABRADINE (LANCORA)

Comprimés pelliculés à 5 mg et 7,5 mg

Pour le traitement de l'insuffisance cardiaque stable de classe II ou III de la New York Heart Association (NYHA), en association avec un traitement standard, afin de réduire l'incidence des décès et des hospitalisations d'origine cardiovasculaire, chez les patients adultes qui répondent à tous les critères suivants :

- fraction d'éjection ventriculaire gauche inférieure ou égale 35%;
- rythme sinusal et fréquence cardiaque au repos ≥ 77 battements par minute (bpm);
- symptômes de classe II ou III, selon la NYHA, malgré au moins 4 semaines de traitement avec les médicaments suivants :
 - dose stable d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II); et
 - une dose stable d'un bêtabloquant; et
 - un antagoniste de l'aldostérone.

Notes cliniques :

1. La fréquence cardiaque au repos doit être de ≥ 77 bpm en moyenne, selon un ECG enregistré lors d'au moins trois consultations distinctes ou au moyen d'une méthode de surveillance continue.
2. Des détails doivent être fournis dans le cas des patients qui n'ont pas suivi un traitement de 4 semaines avec un IECA/ARA II, bêtabloquant et un antagoniste de l'aldostérone en raison d'une intolérance ou d'une contre-indication.
3. La mise en route du traitement et l'augmentation de la dose doivent être effectuées sous la supervision d'un médecin expérimenté dans le traitement des patients atteints d'insuffisance cardiaque.

IVACAFTOR (KALYDECO) Comprimé de 150 mg

Pour le traitement de la fibrose kystique chez les patients :

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

Critère de renouvellement :

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

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

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

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

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

Notes cliniques :

1. La concentration de chlorure dans la sueur du patient et le VEMS doivent être indiqués dans chaque demande.
2. Une évaluation de la concentration de chlorure dans la sueur doit être effectuée quelques mois après le début du traitement par l'ivacaftor, afin de déterminer si la concentration de chlorure dans la sueur diminue.
 - Si la diminution prévue survient, une évaluation de la concentration de chlorure dans la sueur doit être effectuée à nouveau six mois après le début du traitement, afin de déterminer si la diminution complète prévue a bel et bien été obtenue. Ensuite, la concentration de chlorure dans la sueur doit être vérifiée chaque année.
 - Si la diminution prévue ne survient pas, une évaluation de la concentration de chlorure dans la sueur doit être effectuée à nouveau une semaine plus tard. Si les critères ne sont pas respectés, la couverture cessera.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes sont admissibles pour les personnes inscrites aux régimes ACDEFGV.
- Le patient doit être sous les soins d'un médecin ayant l'expérience du diagnostic et de la prise en charge de la fibrose kystique.
- L'utilisation combinée de plus d'un modulateur de la perméabilité transmembranaire de la fibrose kystique ne sera pas remboursée.
- Posologie approuvée : 150 mg toutes les 12 heures.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

IVACAFTOR, TÉZACAFTOR, ÉLÉXACAFTOR (TRIKAFTA) Comprimé de 75 mg / 50 mg / 100 mg et 150 mg Comprimé de 37,5 mg / 25 mg / 50 mg et 75 mg

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 ACDEFGV seront examinées.
- Le patient doit être sous les soins d'un médecin ayant l'expérience du diagnostic et de la prise en charge de la fibrose kystique.
- L'utilisation combinée de plus d'un modulateur de la perméabilité transmembranaire de la fibrose kystique ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation initiale : 7 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.
- Les demandes de 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](#).

IXÉKIZUMAB (TALTZ)

Auto-injecteur et seringue préremplie de 80 mg/mL

Polyarthrite psoriasique

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité de 160 mg à la semaine 0, suivie de 80 mg toutes les quatre semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

Psoriasis en plaques

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

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

Notes cliniques :

1. Le traitement doit être arrêté si aucune réponse n'est obtenue après 12 semaines.
2. 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.
3. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
4. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires aux traitements. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité de 160 mg à la semaine 0, suivie de 80 mg aux semaines 2, 4, 6, 8 et 10, puis 80 mg mensuellement.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

**LACTULOSE (marques génériques)
Sirop de 667 mg/mL**

Indiqué pour le traitement de l'encéphalopathie hépatique chez les patients qui souffrent d'une maladie du foie.

Note clinique :

- Veuillez prendre note que les demandes de règlement pour le traitement de la constipation ne sont pas admissibles.

**LAMIVUDINE (marques génériques)
Comprimés de 100 mg**

Pour le traitement de l'hépatite.

Note pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un hépatologue, un gastroentérologue, un infectiologue ou un autre médecin possédant de l'expérience dans le traitement de l'hépatite B.

**LAMIVUDINE ET DOLUTÉGRAVIR (DOVATO)
Comprimés de 50 mg / 300 mg**

Pour le traitement de l'infection par le VIH-1 chez les patients âgés de 12 ans ou plus et pesant au moins 40 kg, qui respectent les critères suivants :

- aucun traitement antérieur contre le VIH-1;
- charge virale égale ou inférieure à 500 000 copies/mL.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées pour les bénéficiaires du Régimes CU par un infectiologue ou un microbiologiste médical détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Période d'approbation : long terme.

**LAMIVUDINE, TENOFOVIR DISOPROXIL ET DORAVIRINE (DELSTRIGO)
Comprimé de 300 mg / 300 mg / 100 mg**

Pour le traitement de l'infection par le VIH-1 chez les patients adultes qui ne présentent aucune mutation connue associée à une résistance aux composants individuels de Delstrigo.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées pour les bénéficiaires du Régimes CU par un infectiologue ou un microbiologiste médical détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Période d'approbation : long terme.

**LANADÉLUMAB (TAKHZYRO)
Fiole et seringue préremplie de 300 mg/2 mL**

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

Critères d'arrêt du traitement :

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

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le patient doit être sous les soins d'un médecin ayant l'expérience du diagnostic et du traitement de l'AOH.
- Ne doit pas être utilisé en association avec d'autres traitements de prophylaxie à long terme (p. ex. inhibiteur de l'estérase de C1).
- Une dose maximale de 300 mg toutes les 2 semaines sera approuvée.
- Période d'approbation initiale : 3 mois
- Période d'approbation du renouvellement : 6 mois
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

LANSOPRAZOLE (PREVACID et marques génériques)

Capsules à libération prolongée de 15 mg et de 30 mg

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : long terme.

LANSOPRAZOLE (PREVACID FASTAB)

Comprimés à libération prolongée de 15 mg et de 30 mg

Pour les patients dont les médicaments doivent être administrés au moyen d'une sonde d'alimentation ou qui ne peuvent prendre un comprimé ou une capsule.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : long terme.

LANTHANE (FOSRENOL)

Comprimés à croquer de 250 mg, 500 mg, 750 mg et 1000 mg

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation: long terme.

LAPATINIB (TYKERB)

Comprimé de 250 mg

En association avec la capécitabine pour le traitement des patients atteints d'un cancer du sein HER2 positif non résecable, localement avancé ou métastatique lorsqu'il est utilisé comme :

- en traitement de première intention à la suite d'une rechute de la maladie pendant ou dans les six mois suivant la fin d'un traitement adjuvant par trastuzumab ou trastuzumab emtansine; ou
- en traitement de deuxième intention après progression de la maladie au cours d'un traitement par trastuzumab, avec ou sans pertuzumab, au stade avancé.

Critère de renouvellement :

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

Note clinique :

- Le patient doit présenter un bon indice de performance.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation: 6 mois

LAROTRECTINIB (VITRAKVI)
Capsules de 25 mg et de 100 mg
Solution orale de 20 mg/ml

En monothérapie pour le traitement des patients adultes et pédiatriques atteints de tumeurs solides non résecables, localement avancées ou métastatiques, qui répondent à l'ensemble des critères suivants :

- Les tumeurs ont une fusion du gène NTRK (récepteur tyrosine-kinase de la neurotrophine) sans mutation de résistance acquise connue;
- Pas d'autres options thérapeutiques satisfaisantes;
- Pas admissible à la chirurgie et/ou à la radiothérapie en raison d'un risque important de morbidité

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

1. La patiente doit présenter un bon indice de performance.
2. Si des métastases cérébrales sont présentes, les patients devraient être asymptomatiques.
3. Le traitement doit être arrêté en cas de confirmation radiographique que la maladie a progressé ou d'effets toxiques inacceptables.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas prises en considération dans le cas des patients dont la maladie a évolué pendant un traitement avec un inhibiteur des récepteurs TRK.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

LÉNALIDOMIDE (REVLIMID et marques génériques)
Capsules de 2,5 mg, 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg et 25 mg

Myélome multiple

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

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

Syndrome myélodysplasique

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

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

Critères de renouvellement :

- Les patients qui ont une dépendance transfusionnelle doivent démontrer une réduction des besoins de transfusion d'au moins 50 %.
- Les demandes de renouvellement pour les patients qui n'ont pas de dépendance transfusionnelle seront considérées si les résultats d'une série de formule sanguine complète (FSC) (avant et après le traitement par le lénalidomide) et tout autre signe objectif de réponse au traitement sont fournis.

Note clinique :

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

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

LENVATINIB (LENVIMA)

Emballage favorisant l'observance, 10 mg/dose, 14 mg/dose, 20 mg/dose, 24 mg/dose

Cancer différencié de la thyroïde

Pour le traitement du cancer différencié de la thyroïde, évolutif et localement récidivant ou métastatique, chez les patients qui répondent aux critères suivants :

- cancer papillaire ou folliculaire de la thyroïde confirmé sur le plan pathologique, et
- maladie réfractaire ou résistante à l'iode radioactif, et
- signes radiographiques de progression de la maladie dans les 13 mois précédents, et
- pas plus d'un traitement antérieur par un inhibiteur de tyrosine kinase (ITK).

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

LENVATINIB (LENVIMA)

Emballage favorisant l'observance, 4 mg/dose, 8 mg/dose, 12 mg/dose

Carcinome hépatocellulaire avancé

Pour le traitement du carcinome hépatocellulaire non résécable comme traitement de première ou de deuxième intention après une progression de la maladie avec atezolizumab en association avec bevacizumab pour les patients qui répondent aux critères suivants :

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

Critères de renouvellement :

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

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

LÉTERMOVIR (PREVYMIS)

Comprimés de 240 mg et 480 mg

Fiole de 240 mg / 12 mL et 480 mg / 24 mL

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

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

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un oncologue médical, un hépatologue ou un infectiologue, ou un autre médecin possédant de l'expérience dans la gestion des greffes allogéniques de cellules souches hématopoïétiques.
- Les autorisations seront pour une dose maximum de 480 mg par jour.
- Période d'approbation : 100 jours par greffe allogénique de cellules souches hématopoïétiques.
- Les demandes de remboursement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

LÉVÉTIRACETAM (PDP-LEVETIRACETAM)

Solution orale de 100 mg/mL

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

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

LÉVOCARNITINE (CARNITOR et marque générique)

Solution orale de 100 mg/mL

Comprimé de 330 mg

1. Indiqué pour le traitement de la carence systémique primaire en carnitine.
2. Indiqué pour le traitement aigu ou chronique de patients présentant des erreurs innées du métabolisme ayant entraîné une carence secondaire en carnitine.

LEVODOPA ET CARBIDOPA (DUODOPA)

Gel intestinal – 20 mg, 5 mg/mL

Pour le traitement des patients adultes atteints de la maladie de Parkinson à un stade avancé répondant à la lévodopa qui répondent à tous les critères suivants :

- Le patient présente des fluctuations motrices et des dyskinésies invalidantes et graves, avec au moins 25 % des heures d'éveil passées en période « off » ou de dyskinésies continues induites par la lévodopa, malgré l'essai de doses fréquentes de lévodopa (au moins cinq doses par jour)
- Le patient a fait un essai adéquat de la dose maximale tolérée de lévodopa et a présenté une réponse clinique démontrée
- Le patient a essayé, sans succès, les médicaments d'appoint suivants, s'ils ne sont pas contre-indiqués ou contraires au jugement clinique du prescripteur : l'amantadine, un agoniste de la dopamine, l'entacapone et un inhibiteur de la monoamine-oxydase

Critère de renouvellement :

Le patient présente une réduction importante du temps passé en période « off » ou des dyskinésies induites par la lévodopa ainsi que des améliorations de l'invalidité associée.

Note clinique :

- Le temps passé en période « off », la fréquence des fluctuations motrices et la gravité de l'invalidité associée doivent être évalués par un spécialiste en troubles du mouvement et basés sur des sources fiables et adéquates (ex., entrevue clinique d'un patient ou d'un partenaire de soins, journal des symptômes moteurs).

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un spécialiste en troubles du mouvement qui possède une formation adéquate sur l'utilisation de Duodopa et qui pratique dans une clinique sur les troubles du mouvement offrant une gestion continue et du soutien aux patients qui reçoivent un traitement par Duodopa.
- Période d'approbation : 1 an.

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

LEVODOPA, CARBIDOPA ET ENTACAPONE (STALEVO)

Comprimés de 50 mg / 12,5 mg / 200 mg, 75 mg / 18,75 mg / 200 mg, 100 mg / 25 mg / 200 mg, 125 mg / 31,25 mg / 200 mg et de 150 mg / 37,5 mg / 200 mg

Indiqué pour le traitement de patients atteints de la maladie de Parkinson

- qui sont actuellement traités par lévodopa/carbidopa à libération immédiate et entacapone,
OU
- qui sont mal stabilisés et connaissent d'importants symptômes de perte d'efficacité malgré l'utilisation d'une thérapie optimale à l'aide de la lévodopa/décarboxylase.

LÉVOFLOXACINE (marques génériques)

Comprimés de 250 mg, 500 mg et de 750 mg

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, triméthoprime-sulfaméthoxazole ou macrolide), ou
 - sont intolérants ou qui présentent une contre-indication à au moins deux traitements de première intention.
3. Pour le traitement de la PEH chez les patients ayant une confirmation par radiographie de la pneumonie qui :
 - ont échoué à un traitement avec au moins un traitement de première intention (macrolide, doxycycline, 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 MPOC (VEMS/CVF supérieur à 0,7) présentant une purulence accrue des expectorations et une augmentation de la dyspnée ou du volume des expectorations, et l'un des éléments suivants :
 - VEMS inférieur à 50 % de la valeur prédite
 - Au moins 4 exacerbations par année
 - Cardiopathie ischémique
 - Administration d'oxygène à domicile
 - Utilisation chronique de stéroïdes oraux

Notes pour les demandes de règlement :

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

Tuberculose

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

LÉVOFLOXACINE (QUINSAIR)

Solution pour inhalation de 240 mg / 2,4 mL

Pour le traitement des infections pulmonaires chroniques causées par la bactérie *Pseudomonas aeruginosa*, en administration cyclique, chez les adultes atteints de fibrose kystique qui ont connu un échec thérapeutique lors d'un traitement par la tobramycine pour inhalation.

Note clinique :

- Le traitement cyclique est calculé par cycles de 28 jours et il compte 28 jours de traitement suivis de 28 jours sans traitement.

Notes pour les demandes de règlement :

- L'utilisation combinée de lévofloxacine pour inhalation avec d'autres antibiotiques pour inhalation (p. ex. tobramycine, aztréonam), soit de façon concomitante ou durant les périodes sans traitement (dans le cadre de l'administration cyclique d'antibiotiques), ne sera pas remboursée.
- Les demandes seront considérées pour les personnes présentement inscrites dans les Régimes ACDEFGV

LINÉZOLIDE (marques génériques)

Comprimé de 600 mg

- Pour le traitement des infections confirmées aux entérocoques résistant à la vancomycine (VRE).
- Pour le traitement des infections confirmées au *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (MRSA) / au *Staphylococcus epidermidis* résistant à la méthicilline (MRSE) chez les patients qui ne répondent pas à la vancomycine intraveineuse ou qui ne la tolèrent pas, ou encore chez les patients pour qui la vancomycine intraveineuse n'est pas appropriée.

Note pour les demandes de règlement :

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

LISDEXAMÉTAMINE (VYVANSE)

Capsules et comprimés à croquer contenant de 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg et de 60 mg

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

Note clinique :

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

LIXISÉNATIDE (ADLYXINE)

Stylo prérempli de 0,05 mg/mL et 0,1 mg/mL

Pour le traitement du diabète de type 2 en association avec :

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

LUSPATERCEPT (REBLOZYL)

Fioles de 25 mg et 75 mg

Bêta-thalassémie

Pour le traitement des patients adultes présentant une anémie avec dépendance aux transfusions de globules rouges associée à une bêta-thalassémie, qui reçoivent des transfusions régulières.

Critères visant le renouvellement initial :

- Une réduction de 33 % ou plus de la charge transfusionnelle, mesurée par le nombre d'unités de globules rouges nécessaires au cours des 24 premières semaines de traitement par luspatercept par rapport aux 24 semaines précédant le début du traitement.

Critères visant les renouvellements subséquents :

- Maintien d'une réduction de 33 % ou plus de la charge transfusionnelle, mesurée par le nombre d'unités de globules rouges nécessaires au cours des 24 dernières semaines de traitement par luspatercept par rapport aux 24 semaines précédant le début du traitement.

Notes cliniques :

1. Les transfusions régulières sont définies comme la réception de 6 à 20 unités de globules rouges et l'absence de transfusion pendant plus de 35 jours au cours des 24 semaines précédant le début du traitement.
2. L'historique de la charge transfusionnelle doit être fourni avec la demande initiale et les demandes de renouvellement.
3. Le traitement doit être interrompu en l'absence de réponse (telle que définie dans les critères de renouvellement) après 3 doses à la dose maximale.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un hématologue.
- Les autorisations seront accordées pour un maximum de 1,25 mg/kg (jusqu'à 120 mg par dose) toutes les trois semaines.
- Période d'approbation : 7 mois.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Anémie associée au syndrome myélodysplasique

Pour le traitement des patients adultes souffrant d'anémie associée au syndrome myélodysplasique (SMD) qui répondent aux critères suivants :

- Diagnostic de syndrome myélodysplasique de risque très faible à intermédiaire avec sidéroblastes en couronne selon l'Index pronostique international révisé (RIPi).
- Les agents stimulant l'érythropoïétine (ASE) ont échoué ou ne conviennent pas.
- Anémie avec dépendance aux transfusions de globules rouges associée à un SMD, définie comme ayant reçu au moins 2 unités de globules rouges sur 8 semaines.
- Absence d'anomalie cytogénétique de la délétion 5q.
- Indice de performance de 0 à 2.

Critères visant le renouvellement initial :

- Le patient n'a pas subi de transfusion de globules rouges pendant au moins 16 semaines consécutives au cours des 24 premières semaines de traitement par luspatercept.

Critères visant les renouvellements subséquents :

- Le patient conserve son indépendance à l'égard des transfusions grâce au traitement par luspatercept.

Notes cliniques :

1. L'historique de la charge transfusionnelle doit être fourni avec la demande initiale et les demandes de renouvellement.
2. Il doit être confirmé que le patient présente toujours un risque très faible à intermédiaire.
3. Les détails de l'utilisation des ASE (c.-à-d. le nom du traitement, la(les) dose(s), la durée d'utilisation, la réponse) doivent être fournis.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un hématologue ou un oncologue.
- Les autorisations seront accordées pour un maximum de 1,75 mg/kg (jusqu'à 168 mg par dose) toutes les trois semaines.
- Période d'approbation : 7 mois.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

MACITENTAN (OPSUMIT)

Comprimé pelliculé de 10 mg

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

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

MARAVIROC (CELSENTRI)

Comprimés pelliculés de 150 mg et de 300 mg

Indiqué pour le traitement des patients infectés par le VIH-1 (bénéficiaires du plan U) atteints de virus à tropisme CCR5 qui ont montré une résistance documentée à au moins un agent de chacune des trois classes principales d'antiviraux (c.-à-d. inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse, inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse et inhibiteurs de protéase).

Note clinique :

- Les demandes relatives au traitement de l'infection à VIH-1 chez les patients n'ayant jamais reçu de traitement ne seront pas examinées.

MECASERMIN (INCRELEX) **Fiole multidose de 10 mg/mL**

Pour le traitement des patients âgés de 2 à 18 ans présentant un retard de croissance avec un déficit primaire sévère en facteur de croissance insulino-mimétique de type I (IGF-1) chez qui la fermeture épiphysaire n'a pas encore eu lieu et qui répondent aux critères suivants :

- Mutation génétique documentée reconnue comme cause du déficit primaire sévère en IGF-1; ou
- Caractéristiques cliniques et biochimiques du déficit primaire sévère en IGF-1.

Critère de renouvellement :

- Une vitesse de croissance staturale est de 1 cm ou plus par 6 mois ou de 2 cm ou plus par an; et
- L'âge osseux est inférieur ou égal à 16 ans chez les garçons et à 14 ans chez les filles.

Notes cliniques :

1. Les caractéristiques cliniques et biochimiques du déficit primaire sévère en IGF-1 sont définies comme suit :
 - Le score de déviation standard associée à la taille inférieur ou égal à -3,0; et
 - Niveaux de base du facteur de croissance insulino-mimétique de type I (IGF-1) inférieur au 2,5ème percentile pour l'âge et le sexe; et
 - Taux d'hormones de croissance (GH) aléatoire ou stimulé > 10 ng/ml et incapacité à augmenter l'IGF-1 de 50 µg/L en réponse à la GH exogène au cours d'un test de génération d'IGF-1.
2. Exclusion des formes secondaires de déficit en IGF-1 telles que la malnutrition, l'hypopituitarisme, l'hypothyroïdie ou le traitement chronique par des doses pharmacologiques de stéroïdes anti-inflammatoires.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un endocrinologue pédiatrique.
- La mécasermine n'est pas remboursée lorsqu'elle est associée à un traitement à base d'hormone de croissance recombinante.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 0,12 mg/kg deux fois par jour.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

MÉPOLIZUMAB (NUCALA) **Fiole à usage unique, auto-injecteur et seringue préremplie de 100 mg/mL**

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

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

Critères initiaux d'arrêt du traitement :

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

Critères subséquents d'arrêt du traitement :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les réclamations :

- Doit être prescrit par un pneumologue, un immunologue clinique, un allergologue ou un interniste expérimenté dans le traitement de l'asthme éosinophile grave.
- L'utilisation combinée de mepolizumab avec d'autres médicaments biologiques destinés au traitement de l'asthme ne sera pas remboursée.
- Une dose maximale de 100 mg sera approuvée toutes les quatre semaines.
- Période d'approbation : 1 an.

METFORMINE ET LINAGLIPTINE (JENTADUETO)

Comprimés de 500 mg / 2,5 mg, 850 mg / 2,5 mg, et 1000 mg / 2,5 mg

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

METFORMINE ET SAXAGLIPTINE (KOMBOGLYZE)

Comprimés de 500 mg / 2,5 mg, 850 mg / 2,5 mg, et 1000 mg / 2,5 mg

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

MÉTHADONE

Solution orale en préparation

Pour le traitement de la douleur aiguë liée au cancer ou de la douleur chronique bénigne.

Note pour les demandes de règlement :

- Les demandes de règlement soumises par les pharmacies doivent être facturées avec le PIN 00999801.

MÉTHADONE (METADOL)

Comprimés de 1 mg, 5 mg, 10 mg et de 25 mg

Solution orale de 1 mg/mL, et 10 mg/mL, et concentraté orale de 10 mg/mL

Pour le traitement de la douleur aiguë liée au cancer ou de la douleur chronique bénigne.

Note pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour le traitement des patients avec un trouble de l'usage d'opioïdes ne seront pas admissibles.

MÉTHYLPHÉNIDATE (BIPHENTIN)

Capsules à libération contrôlée de 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg et de 80 mg

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

Note pour les demandes de règlement :

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

MIDOSTAURINE (RYDAPT)

Capsules de 25 mg

Pour le traitement des patients adultes qui ont reçu un diagnostic récent de leucémie aiguë myéloblastique (LAM) avec mutation du gène FLT3 (fonction tyrosine kinase analogue à FMS 3), en association avec les chimiothérapies d'induction par la cytarabine et la daunorubicine (protocole 7 et 3) et de consolidation par la cytarabine.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant la midostaurine ne sont pas admissibles si elle est utilisée à titre de traitement d'entretien ou dans le cadre d'un nouveau traitement de chimiothérapie d'induction ou de consolidation.
- Les demandes visant la midostaurine en association avec le protocole 7 et 3 de chimiothérapie d'induction par l'idarubicine et la chimiothérapie de consolidation par la cytarabine sont admissibles.
- Période d'approbation : jusqu'à concurrence de 6 cycles (maximum de 2 cycles de chimiothérapie d'induction et de 4 cycles de chimiothérapie de consolidation).
- Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

MIGALASTAT (GALAFOLD)

Capsules de 123 mg

Pour le traitement de la maladie de Fabry chez les adultes présentant une mutation du gène codant l'alpha-galactosidase (alpha-Gal A) confirmée en laboratoire, déterminée par une épreuve *in vitro* comme étant susceptible de répondre au traitement.

Note clinique :

- L'admissibilité à recevoir un traitement pour la maladie de Fabry est déterminée par l'Initiative canadienne de recherche sur la maladie de Fabry. Veuillez communiquer avec les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick au 1-800-332-3691 pour obtenir le formulaire de demande.

Notes pour les demandes de règlement :

- L'utilisation combinée de plus d'un traitement spécifique de la maladie (c.-à-d. traitement enzymatique de substitution ou chaperon pharmacologique) ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation: 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.
- Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

MIRABEGRON (MYRBETRIQ)

Comprimés à libération prolongée de 25 mg et de 50 mg

Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale manifestée par le besoin impérieux d'uriner, l'incontinence urinaire ou les mictions fréquentes chez les patients qui ont été intolérants ou qui ont eu une réponse insuffisante à une période d'essai raisonnable avec un médicament destiné au traitement de l'hyperactivité vésicale inscrit à titre de garantie régulière (p. ex. oxybutynine à libération immédiate, solifénacine ou toltérodine).

Notes cliniques :

- Les demandes pour le traitement de l'incontinence d'effort ne seront pas prises en considération.

MIRTAZAPINE (REMERON RD et marque générique)

Comprimés à désintégration orale à 15 mg, 30 mg et 45 mg

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

MOXIFLOXACINE (marques génériques)

Comprimé de 400 mg

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

Tuberculose

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

NADROPARINE (FRAXIPARINE)

Seringue préremplie de 9,500 IU/mL

NADROPARIN (FRAXIPARIN FORTE)

Seringue préremplie de 19,000 IU/mL

1. Pour le traitement d'une thrombo-embolie veineuse (TEV) et/ou d'une embolie pulmonaire (PE) pour un maximum de 30 jours.
2. Pour le traitement prolongé d'une thrombo-embolie veineuse (TEV) symptomatique récidivante qui est survenue pendant que le patient reçoit des doses thérapeutiques de warfarine.
3. Indiqué pour la prévention des événements thromboemboliques veineux (EDEV) jusqu'à 35 jours après une arthroplastie élective de la hanche ou d'une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche.
4. Indiqué pour la prévention des EDEV jusqu'à 14 jours après une arthroplastie élective du genou.
5. Indiqué pour la prévention des événements thromboemboliques veineux (EDEV) après une chirurgie abdominale ou pelvienne pour le traitement d'une tumeur maligne, pendant une période maximale de 28 jours.
6. Pour le traitement et la prévention secondaire d'une thrombo-embolie veineuse (TEV) symptomatique ou d'embolie pulmonaire (PE) pour une période maximale de 6 mois pour les patients souffrant de cancer chez qui le warfarin n'est pas une option.

Note pour les demandes de règlement :

- Une quantité annuelle de 35 jours de traitement est possible sans autorisation spéciale.

NARATRIPTAN (AMERGE et marques génériques)

Comprimés de 1 mg et de 2,5 mg

Pour le traitement des crises de migraine aiguës chez les patients qui présentent une intolérance ou une réponse insuffisante à tous les triptans inscrits à titre de médicaments réguliers (p. ex. almotriptan, élétriptan, rizatriptan, sumatriptan, zolmitriptan).

Notes pour les demandes de règlement :

- La protection se limite à 6 doses par mois
- Les demandes provenant de patients qui ont plus de 3 migraines par mois malgré un traitement de prévention des migraines seront prises en considération selon un maximum de 12 doses par mois.

NATALIZUMAB (TYSABRI)

Fiole de 300 mg / 15 mL

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

- Diagnostic confirmé en fonction des critères diagnostiques de McDonald.
- Au moins une rechute invalidante ou nouvelle activité révélée par un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) au cours de la dernière année.
- Patient ambulateur, avec ou sans aide (c.-à-d. score récent de 6,5 ou moins sur l'échelle étendue d'incapacité [EDSS]).
- Absence de réponse ou intolérance à au moins un agent modificateur de la maladie (p. ex., interféron, glatiramère, fumarate de diméthyle, tériflunomide, ocrélizumab).

Critère de renouvellement :

- Une preuve que le patient continue de tirer des bienfaits du traitement doit être fournie (c.-à-d. stabilisation ou réduction du nombre de poussées au cours de la dernière année ou stabilisation ou amélioration du score à l'échelle EDSS obtenu au cours des 90 derniers jours).

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un neurologue.
- Les demandes des personnes inscrites aux Plans ACDEFGV seront examinées.
- L'utilisation combinée avec d'autres agents modificateurs de la maladie destinés au traitement de la SPRR ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation initiale : 1 an.

- Période d'approbation du renouvellement : 2 ans.

NÉTUPITANT ET PALONOSÉTRON (AKYNZEO) **Capsules de 300 mg / 0,5 mg**

En association avec la dexaméthasone pour la prévention des nausées et des vomissements immédiats et différés chez les patients qui reçoivent :

- une chimiothérapie hautement émétisante;
- une chimiothérapie modérément émétisante et qui ne sont pas parvenus à maîtriser adéquatement les symptômes avec un antagoniste des récepteurs 5-HT₃ et la dexaméthasone lors d'un cycle antérieur.

Note pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par les hématologues, les oncologues, les clinicien(ne)s adjoint(e)s en oncologie ou les omnipraticien(nes) en oncologie détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale

NICOTINE (marques génériques)

Gomme de 2 mg

Timbres de 7 mg, 14 mg et de 21 mg

Pastille de 1 mg, 2 mg, 3 mg et 4 mg

Pour l'abandon du tabac.

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

NILOTINIB (TASIGNA)

Capsule de 150 mg

Pour le traitement de première ligne de la leucémie myéloïde chronique (LMC) chez les patients adultes porteurs du chromosome en phase chronique.

NILOTINIB (TASIGNA)

Capsule de 200 mg

Traitement de la leucémie myéloïde chronique (LMC) à chromosome Philadelphie positive (Ph+) en phase chronique ou en phase accélérée chez les adultes qui sont:

- réfractaire ou intolérant à l'imatinib,
- OU
- intolérant à dasatinib

NINTEDANIB (OFEV)

Capsule de 100 mg et de 150 mg

Fibrose pulmonaire idiopathique

Pour le traitement de la fibrose pulmonaire idiopathique (FPI) légère à modérée chez les patients adultes, lorsque le diagnostic est confirmé par un pneumologue et par un tomogramme haute résolution réalisé au cours des 24 derniers mois.

Critères du renouvellement initial :

- Le patient ne doit pas présenter de progression de la maladie, définie par un déclin absolu de la CVF supérieur ou égal à 10 % de la valeur prédite entre le début du traitement et le renouvellement (première période de traitement de 6 mois).

Critères des renouvellements subséquents :

- Le patient ne doit pas présenter de progression de la maladie, définie par un déclin absolu de la CVF supérieur ou égal à 10 % de la valeur prédite au cours de toute période de 12 mois.

Note clinique :

- La FPI légère à modérée est définie par une CVF supérieure ou égale à 50 % de la valeur prédite.

Notes sur la demande de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin ayant l'expérience du traitement de la FPI.
- Le traitement d'association par la pirfénidone et le nintedanib n'est pas remboursé.
- Période d'approbation initiale : 7 mois.
- Période d'approbation du renouvellement initial : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement subséquent : 1 an.

Maladies pulmonaires interstitielles fibrosantes chroniques

Pour le traitement des maladies pulmonaires interstitielles (MPI) fibrosantes chroniques à phénotype progressif chez les patients adultes présentant une capacité vitale forcée (CVF) supérieure ou égale à 45 % de la valeur prédite.

Critère de renouvellement :

- Le patient ne doit pas présenter de progression de la maladie, définie par un déclin absolu de la CVF supérieur ou égal à 10 % de la valeur prédite au cours des 12 mois précédant le traitement par le nintedanib.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin ayant l'expérience du traitement des MPI.
- Le traitement d'association par la pirfénidone et le nintedanib n'est pas remboursé.
- Période d'approbation : 1 an.

NIRAPARIB (ZEJULA)

Capsule de 100 mg

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

Critères de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour le niraparib en association avec le bévacizumab ne seront pas admissibles.
 - Période d'approbation : 1 an.
 - Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).
2. En monothérapie pour le traitement d'entretien des patientes adultes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire ou des trompes de Fallope ou d'un carcinome péritonéal primitif, récidivant et sensible aux sels de platine de type histologique séreux ou endométrioïde de haut grade, qui répondent à tous les critères suivants :
 - Avoir reçu au moins 2 traitements antérieurs de chimiothérapie à base de sels de platine;
 - Avoir reçu au moins 4 cycles de la chimiothérapie à base de sels de platine la plus récente et présenter une réponse radiographique complète ou partielle;
 - Avoir terminé le dernier cycle de chimiothérapie à base de sels de platine au cours des 12 semaines précédentes.

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour le niraparib ne seront pas admissibles pour les patientes dont la maladie a progressé alors qu'elles recevaient un inhibiteur de la PARP ou qui ont reçu un traitement complet par un inhibiteur de la PARP au cours d'un traitement antérieur.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

**NITISINONE (ORFADIN et marque générique)
Capsules de 2 mg, 5 mg, 10 mg et 20 mg**

Pour le traitement des adultes et des enfants atteints de tyrosinémie héréditaire de type 1 (HT-1), en association avec un régime alimentaire à faible teneur en tyrosine et en phénylalanine.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin expérimenté dans le diagnostic et le traitement de la tyrosinémie héréditaire de type 1.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

**NUSINERSEN (SPINRAZA)
Injection intra-thécale à 2,4 mg/mL**

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

- Dépistage génétique d'une délétion homozygote, d'une mutation homozygote ou d'une mutation hétérozygote composite au chromosome 5q.
- La ventilation permanente par un moyen effractif n'est pas encore nécessaire; et
- Patient :
 - qui est présymptomatique et dont le dépistage génétique a révélé la présence de deux ou trois copies du gène SMN2 codant pour la protéine de survie des motoneurones (SMN); ou
 - dont la durée de la maladie est inférieure à 6 mois, qui présente deux copies du gène SMN2 et dont les symptômes sont apparus après la première semaine de vie et avant l'âge de 7 mois, ou
 - qui est âgé de moins de 18 ans et dont les symptômes sont apparus après l'âge de 6 mois.

Critères d'arrêt du traitement :

Avant la cinquième dose ou avant chaque dose subséquente :

- il n'y a pas de maintien des habiletés motrices ou d'acquisition de nouvelles habiletés motrices selon une échelle adaptée à l'âge depuis le début du traitement chez les patients présymptomatiques au moment
- d'entreprendre le traitement; ou
- il n'y a pas de maintien des habiletés motrices selon une échelle adaptée à l'âge depuis le début du traitement chez les patients qui présentaient des symptômes au moment d'entreprendre le traitement; ou
- la ventilation permanente par un moyen effractif est nécessaire.

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

- Le traitement d'association par le risdiplam ne sera pas remboursé.
- Les demandes visant le nusinersen ne seront pas admissibles dans le cas des patients qui ont reçu une thérapie génique à base de vecteurs viraux AAV (*adeno-associated virus*).
- Les patients qui reçoivent actuellement un médicament contre l'amyotrophie spinale pourraient être admissibles à faire la transition vers un autre médicament contre l'amyotrophie spinale; toutefois, les patients ne seront pas autorisés à revenir à un médicament contre l'amyotrophie spinale qu'ils ont déjà essayé.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

OCRÉLIZUMAB (OCREVUS)

Fiole à usage unique de 30 mg/mL

Sclérose en plaques progressive primaire

Pour le traitement de la sclérose en plaques progressive primaire (SPPP) au stade précoce chez les patients adultes qui répondent à tous les critères suivants :

- Diagnostic confirmé en fonction des critères diagnostiques de McDonald.
- Score récent entre 3 et 6,5 sur l'échelle étendue d'incapacité (EDSS).
- Score récent d'au moins 2 pour la composante relative aux fonctions pyramidales de l'échelle FSS (Functional Systems Scale) en ce qui concerne les membres inférieurs.
- Durée de la maladie de 10 ans pour les patients dont le score de l'échelle EDSS est de 5 ou moins ou durée de la maladie de moins de 15 ans pour les patients dont le score de l'échelle EDSS est de plus de 5.
- Examen d'imagerie diagnostique révélant des caractéristiques d'activité inflammatoire.

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté chez les patients dont le score à l'échelle EDSS est de 7 ou plus.

Note pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un neurologue.
- Les demandes présentées par les personnes inscrites aux Plans ACDEFGV seront examinées.
- Période d'approbation: 2 ans.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Sclérose en plaques récurrente-rémittente

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

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

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté chez les patients dont le score à l'échelle EDSS est de 7 ou plus.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un neurologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres agents modificateurs de la maladie destinés au traitement de la SPRR ne sera pas remboursée.
- Les demandes présentées par les personnes inscrites aux Plans ACDEFGV seront examinées.
- Période d'approbation: 2 ans.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

OFATUMUMAB (KESIMPTA)

Auto-injecteur de 20 mg / 0,4 mL

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

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

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

OFLOXACINE (OCUFLOX)

Solution ophtalmique de 0,3%

- Pour le traitement des infections ophtalmiques causées par des bactéries sensibles.
- Pour la prévention des infections ophtalmiques associées à une chirurgie oculaire non urgente.

Note pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par des ophtalmologistes et des optométristes prescripteurs détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.

OLAPARIB (LYNPARZA)

Comprimés de 100 mg et de 150 mg

Cancer 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.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

Cancer des ovaires

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

Critères de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour l'olaparib en association avec le bévacicumab ne seront pas admissibles.
- Période d'approbation : 1 an.

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

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

OMALIZUMAB (XOLAIR)

Fiole à usage unique de 150 mg

Seringue préremplie de 150 mg/mL

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

Exigences relatives aux demandes 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.

ONABOTULINUMTOXINA (BOTOX)

50 et 100 unités d'Allergan par fiole

1. Pour le traitement du pied bot équin résultant de la spasticité chez les patients de 2 ans et plus.
2. Pour réduire les symptômes subjectifs et objectifs de la dystonie cervicale (torticolis spasmodique) chez les adultes.
3. Pour le traitement du blépharospasme, du spasme de l'hémiface (trouble du nerf VII) et du strabisme chez les patients de 12 ans et plus.
4. Pour le traitement de la spasticité focale du membre supérieur et inférieur (au genou ou en dessous du genou) à la suite d'un accident vasculaire cérébral chez les adultes. La période d'approbation initiale sera de 6 mois pour la spasticité focale à la suite d'un AVC.

Critère de renouvellement :

- Pour une approbation prolongée, des documents faisant mention de l'amélioration de l'amplitude de mouvement passif ou actif, du tonus musculaire ou de la démarche (dans le cas de spasticité du membre inférieur) doivent être fournis.

5. Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale manifestée par le besoin impérieux d'uriner, l'incontinence urinaire ou les mictions fréquentes chez les patients adultes qui ont été intolérants ou qui n'ont pas répondu de façon satisfaisante à une période d'essai raisonnable avec au moins deux autres traitements pharmacologiques (p. ex., avec des anticholinergiques ou le mirabegron).

Critère de renouvellement :

- Les demandes de renouvellement doivent fournir des preuves objectives de la réponse au traitement, qui doit être caractérisée par une réduction d'au moins 50 % de la fréquence des épisodes d'incontinence urinaire.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit et administré par un urologue.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines (une dose).
- Période d'approbation du renouvellement : Maximum de 3 doses par années chez les patients présentant une réponse, jusqu'à une fréquence maximale de 1 dose chaque 12 semaines.

Critères d'exclusion :

Les conditions suivantes ne sont pas admissibles à la couverture:

- Migraine chronique
- Douleur chronique
- Hyperhidrose
- Contracture musculaire pour le soutien des soins du périnée

ONABOTULINUMTOXINA (BOTOX) 200 unités d'Allergan par fiole (NIP 00999505)

Pour le traitement de l'incontinence urinaire causée par l'hyperactivité neurogène du détrusor attribuable à une vessie neurogène associée à la sclérose en plaques ou à une lésion du rachis cervical inférieur dans les conditions ci-dessous:

- chez le patient qui ne répond pas à l'intervention de modification comportementale et aux anticholinergiques ou qui y est intolérant ;
- pourvu que le médicament soit administré à des intervalles minimaux de 36 semaines.

Note clinique :

- Les patients pour qui le premier traitement à l'onabotulinumtoxinA reste sans effet ne devraient pas recevoir un deuxième traitement.

ONASEMNOGÈNE ABÉPARVOVEC (ZOLGENSMA) Solution pour perfusion intraveineuse, 2×10^{13} génomes de vecteur/ml

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

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

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

ONDANSÉTRON (ZOFRA et marques génériques)
Comprimés et Comprimé à dissolution orale de 4 mg et de 8 mg
Injection de 2 mg/mL
Solution orale de 4 mg/5 mL

1. Pour la prévention des nausées et des vomissements chez les patients qui reçoivent :
 - une chimiothérapie/radiothérapie hautement ou modérément émétisante;
 - une chimiothérapie/radiothérapie et qui ne sont pas parvenus à maîtriser adéquatement les symptômes avec les autres antiémétiques offerts sur le marché.

Note pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées pour les comprimés et les comprimés à dissolution orale par des oncologues, des clinicien(ne)s adjoint(e)s en oncologie ou des omnipraticien(nes) en oncologie détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
2. Pour le traitement des nausées et des vomissements chez les patients pédiatriques (moins de 18 ans) qui reçoivent une chimiothérapie (p. ex., le méthotrexate) pour des maladies chroniques non oncologiques, et ayant présenté un épisode de nausées et de vomissements.
 3. Pour la gestion des nausées et des vomissements chez les patients qui reçoivent des soins palliatifs.

OSELTAMIVIR (TAMIFLU et marques génériques)
Capsules de 30 mg, 45 mg et de 75 mg

Pour les résidents d'établissements de soins de longue durée pendant une éclosion de grippe si l'un des critères suivants est respecté :

- Pour le traitement des résidents des établissements de soins de longue durée atteints de grippe de type A ou B soupçonnés cliniquement ou confirmés en laboratoire. Un cas soupçonné cliniquement survient si le patient répond aux critères d'un syndrome d'allure grippale et que le virus grippal de type A ou B circule dans l'établissement ou la communauté environnante.
- Pour la prophylaxie des résidents des établissements de soins de longue durée en cas d'éclosion de grippe de type A ou B dans l'établissement. La prophylaxie doit être maintenue jusqu'à la fin de l'éclosion. Une éclosion est déclarée terminée 7 jours après le début du dernier cas dans l'établissement.

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- La couverture est limitée aux personnes inscrites au régime V, lorsque le traitement est recommandé par un médecin hygiéniste en chef comme décrit dans la [politique](#).
- L'oseltamivir est un médicament assuré à titre régulier pour les personnes qui remplissent les critères d'admissibilité du programme Traitements pharmacologiques de la grippe aviaire (Régime I), comme indiqué [ici](#).

OSELTAMIVIR (TAMIFLU et marques génériques)
Poudre pour suspension à 6 mg/mL

1. Pour les résidents des établissements de soins de longue durée pendant une éclosion de grippe, lorsque les capsules orales ne sont pas une option et que le patient répond autrement aux critères d'autorisation spéciale pour les capsules d'oseltamivir.
2. Pour la prévention et le traitement de la grippe aviaire lorsque les capsules orales ne sont pas une option, chez les personnes qui remplissent les critères d'admissibilité du traitement pharmacologique contre la grippe aviaire.

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes présentées par les personnes inscrites au régime V seront examinées, lorsque le traitement est recommandé par un médecin hygiéniste en chef comme décrit dans la [politique](#).
- Les demandes présentées par les personnes qui remplissent les critères d'admissibilité du programme Traitements pharmacologiques de la grippe aviaire (Régime I) seront examinées, comme indiqué [ici](#).

OSIMERTINIB (TAGRISSO)
Comprimés de 40 mg and 80 mg

Traitement adjuvant du cancer du poumon non à petites cellules

Comme traitement adjuvant après résection tumorale complète chez les patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) de stade IB à IIIA (selon l'American Joint Committee on Cancer, 7^e édition ou l'équivalent) dont la tumeur exprime une délétion dans l'exon 19 ou une mutation de substitution dans l'exon 21 (L858R) de l'EGFR.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite indiquant que le patient n'a pas présenté de récurrence de la maladie.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent présenter un bon indice fonctionnel.
2. Les patients doivent entreprendre le traitement dans les 26 semaines suivant la résection chirurgicale complète s'ils ont reçu une chimiothérapie adjuvante, ou dans les 10 semaines s'ils n'ont pas reçu de chimiothérapie.
3. Le traitement doit être poursuivi jusqu'à la récurrence de la maladie ou l'apparition d'effets toxiques inacceptables, ou pendant une période maximale de 3 ans, peu importe si la dose a été réduite ou interrompue.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour un traitement se poursuivant au-delà de 3 ans ne seront pas admissibles.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Cancer du poumon non à petites cellules avancé

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

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent présenter un bon indice fonctionnel.
2. Le traitement doit être arrêté en cas de progression cliniquement significative de la maladie ou d'effets toxiques inacceptables.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour un traitement de première intention seront admissibles pour les patients atteints d'un CPNPC porteur de la mutation génétique T790M de novo.
- Les demandes ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement adjuvant ciblant l'EGFR ou dans les 6 mois suivant la fin d'un tel traitement.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

OXCARBAZÉPINE (TRILEPTAL et marque générique)

Comprimés de 150 mg, 300 mg et de 600 mg
Suspension orale de 60 mg/mL

Traitement de l'épilepsie pour les patients qui ne répondent pas adéquatement ou qui sont intolérants à au moins trois antiepileptiques, y compris la carbamazépine.

OXYBUTYNINE (DITROPAN XL)

Comprimés à libération prolongée de 5 mg et 10 mg

Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale manifestée par le besoin impérieux d'uriner, l'incontinence urinaire ou les mictions fréquentes chez les patients qui ont eu une réponse insuffisante à une période d'essai raisonnable avec de la oxybutynine à libération immédiate.

Notes cliniques :

- Les demandes pour le traitement de l'incontinence d'effort ne seront pas prises en considération.
- À ne pas utiliser en association avec d'autres traitements pharmacologiques pour l'hyperactivité vésicale.

**OXYCODONE (OXY IR et marque générique et SUPEUDOL)
Comprimés à libération immédiate de 5 mg, 10 mg et de 20 mg**

Pour le traitement d'une douleur associée au cancer d'intensité moyenne à grave ou d'une douleur chronique bénigne d'intensité moyenne à grave.

**OXYHYDROXIDE SUCRO-FERRIQUE (VELPHORO)
Comprimés à croquer contenant 500 mg de fer**

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation: long terme.

**PALBOCICLIB (IBRANCE)
Capsules et comprimés de 75 mg, 100 mg et 125 mg**

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

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

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

PALIPÉRIDONE (INVEGA SUSTENNA)

Seringue préremplie de 50 mg / 0,5 mL, 75 mg / 0,75 mL, 100 mg/mL et 150 mg / 1,5 mL

Pour le traitement d'entretien de la schizophrénie et des troubles psychotiques apparentés (non liés à la démence) chez les patients :

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

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : long terme.

PALIPERIDONE PALMITATE (INVEGA TRINZA)

Seringue préremplie de 175 mg / 0,875 mL, 263 mg / 1,315 mL, 350 mg / 1,75 mL et 525 mg / 2,625 mL

Pour le traitement d'entretien de la schizophrénie et des troubles psychotiques apparentés (non liés à la démence) chez les patients dont l'état a été stabilisé après au moins quatre mois de traitement par la palipéridone injectable.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : long terme.

PATISIRAN (ONPATTRO)

Comprimé de 200 mg

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

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

Critères d'arrêt du traitement :

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

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

PAZOPANIB (VOTRIENT et marques génériques)

Fiole de 2 mg/mL

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

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

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an

PEGFILGRASTIM (FULPHILA, LAPELGA, NYVEPRIA, ZIEXTENZO)
Seringue préremplie de 6 mg / 0,6 mL

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

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

Note clinique :

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

PEGINTERFÉRON BÊTA-1A (PLEGRIDY)
Auto-injecteur et seringue préremplis de 63 mcg / 0,5 mL, 94 mcg / 0,5 mL et 125 mcg / 0,5 mL

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

- Diagnostic confirmé selon les critères de McDonald;
- Au moins une rechute invalidante de la SP au cours des deux dernières années;
- Patient ambulatoire, avec ou sans aide (c.-à-d. score récent de 6,5 ou moins sur l'échelle étendue du statut d'invalidité [EDSS]).

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté chez les patients dont le score à l'échelle EDSS est de 7 ou plus.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes présentées par les personnes inscrites aux Plans ACDEFGV seront examinées.
- Les ordonnances rédigées par des neurologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- L'utilisation combinée avec d'autres agents modificateurs de la maladie destinés au traitement de la SPRR ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation: 2 ans.

PÉRAMPANEL (FYCOMPA)
Comprimés de 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg, 10 mg, et de 12 mg

Pour le traitement d'appoint des crises épileptiques partielles réfractaires ou des crises généralisées tonico-cloniques primaires chez les patients qui prennent actuellement deux médicaments antiépileptiques ou plus et qui ont présenté une réponse inadéquate à un minimum de trois autres médicaments antiépileptiques.

Note pour les demandes de règlement :

- Le patient doit être sous les soins d'un médecin ayant l'expérience du traitement de l'épilepsie.

PHÉNYLBUTYRATE SODIQUE (PHEBURANE)
Granules enrobés de 483 mg/g

Pour le traitement des patients atteints de troubles du cycle de l'urée.

Note clinique :

- Le diagnostic doit être confirmé par des tests sanguins, enzymatiques, biochimiques ou génétiques.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin ayant l'expérience du traitement des troubles du cycle de l'urée.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

PHÉNYLBUTYRATE SODIQUE et URSODOXICOLTAURINE (ALBRIOZA)
Poudre pour suspension à 3 g / 1 g

Pour le traitement de la sclérose latérale amyotrophique (SLA) certaine chez les patients qui répondent à tous les critères suivants :

- capacité vitale forcée (CVF) égale ou supérieure à 60 % de la valeur théorique;
- présence de symptômes de la SLA depuis 18 mois ou moins;
- une ventilation permanente non effractive ou effractive n'est pas requise.

Critères d'arrêt du traitement :

- Le patient a besoin de ventilation permanente non effractive ou effractive; ou
- Le patient devient non-ambulateur et est incapable de couper sa nourriture et de se nourrir sans aide, indépendamment du fait qu'une gastrostomie soit en place.

Note clinique :

- La CVF doit être fournie avec la demande initiale.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin expérimenté dans le diagnostic et la gestion de la SLA.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

PHÉNYLBUTYRATE DE GLYCÉROL (RAVICTI)

Liquide à prise orale de 1,1 g/mL

Pour le traitement des patients atteints de troubles du cycle de l'urée.

Note clinique :

- Le diagnostic doit être confirmé par des tests sanguins, enzymatiques, biochimiques ou génétiques.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin ayant l'expérience du traitement des troubles du cycle de l'urée.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

PILOCARPINE (SALAGEN et marques génériques)

Comprimé de 5 mg

- Pour le traitement des symptômes de la xérostomie (sécheresse de la bouche) due à un hypofonctionnement des glandes salivaires provoqué par une radiothérapie pour un cancer de la tête et du cou.
- Pour le traitement des symptômes de la xérostomie (sécheresse de la bouche) et de la xérophtalmie (sécheresse des yeux) chez les patients souffrant du syndrome de Sjögren.

PIRFÉNIDONE (ESBRIET et marques génériques)

Capsules de 267 mg

Comprimés pelliculé de 267 mg et 801 mg

Pour le traitement des patients adultes souffrant de fibrose pulmonaire idiopathique (FPI) légère à modérée dont le diagnostic a été validé par un pneumologue et confirmé par une tomographie haute résolution (TDM HR) au cours des 24 mois précédents.

Critères du premier renouvellement :

La maladie ne doit pas avoir progressé entre le début du traitement et le renouvellement (6 premiers mois de traitement), la progression étant définie par un déclin absolu $\geq 10\%$ du pourcentage de la capacité vitale forcée (CVF) prédite. Si la maladie a progressé suivant ce critère, les tests de la fonction pulmonaire doivent être refaits 4 semaines plus tard pour confirmer les résultats.

Critères pour les renouvellements subséquents :

La maladie ne doit pas avoir progressé depuis les 12 derniers mois, la progression étant définie par un déclin absolu $\geq 10\%$ du pourcentage de la CVF prédite. Si la maladie a progressé suivant ce critère, les tests de la fonction pulmonaire doivent être refaits 4 semaines plus tard pour confirmer les résultats.

Notes cliniques :

1. Une FPI légère à modérée est définie par une CVF $\geq 50\%$ de la valeur prédite.
2. Toutes les autres causes possibles d'une maladie pulmonaire restrictive (p. ex., maladie vasculaire du collagène ou pneumopathie d'hypersensibilité) doivent être exclues avant de commencer le traitement.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un médecin ayant l'expérience du traitement de la FPI, ou en consultation avec un tel médecin.
- Une polythérapie avec de la pifénidone et du nintédanib ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation initiale : 7 mois (4 semaines plus tard pour confirmer les résultats des tests de la fonction pulmonaire).
- Période d'approbation du renouvellement : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellements subséquents : 12 mois.

PLÉRIXAFOR (MOZOBIL)
Solution pour injection de 24 mg / 1,2 mL

À utiliser avec la filgrastime pour mobiliser les cellules souches hématopoïétiques qui sont ensuite transplantées de façon autologue chez les patients atteints d'un lymphome non hodgkinien ou d'un myélome multiple, si l'un des critères suivants est respecté:

- Un nombre de cellules PBCD34+ de < 10 cellules par uL, après quatre jours de filgrastime;
OU
- Moins de 50% de la culture de CD34 ciblée est atteinte le premier jour d'aphérèse (après avoir été mobilisée par la filgrastime seule ou à la suite de la chimiothérapie);
OU
- Une mobilisation précédente des cellules souches a échoué à l'aide de la filgrastime seule ou à la suite de la chimiothérapie.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le remboursement est limité à un maximum de 4 doses (0,24 mg/kg quotidiennement) pour un seul essai de mobilisation et pour les ordonnances remises par un oncologue ou un hématologue.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

POMALIDOMIDE (POMALYST et marques génériques)
Capsules de 1 mg, 2 mg, 3 mg et de 4 mg

Pour le traitement des patients atteints de myélome multiple récidivant et/ou réfractaire:

- qui ont connu un échec avec au moins deux traitements antérieurs, y compris par bortézomib et lénalidomide, et
- dont la maladie a progressé lors du plus récent traitement.

Note clinique :

- Les demandes de pomalidomide seront examinées dans les rares cas où le bortézomib est contre-indiqué ou lorsque les patients ne le tolèrent pas; cependant, dans tous les cas, les patients devraient avoir connu un échec avec la lénalidomide qu'ils pourraient avoir reçue dans le cadre d'un traitement d'entretien.

PONATINIB (ICLUSIG)
Comprimés pelliculés de 15 mg et de 45 mg

Pour le traitement des patients atteints de leucémie myéloïde chronique (LMC) en phase chronique, accélérée ou blastique ou de leucémie lymphoblastique aiguë à chromosome Philadelphie positif (LLA Ph+) qui :

- présentent une résistance ou une intolérance à au moins deux inhibiteurs de tyrosine kinase; ou
- expriment la mutation T315i.

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

1. Les patients doivent avoir un indice de performance de l'Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) se situant entre 0 et 2.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou que des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

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

PRASUGREL (marque générique)
Comprimé de 10 mg

En association avec l'AAS chez les patients :

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

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par des cardiologue détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.

PROPIVERINE (MICTORYL PEDIATRIC)

Comprimés de 5 mg

Pour le traitement symptomatique de l'incontinence impérieuse ou des mictions fréquentes et de l'urgence mictionnelle chez les patients de moins de 18 ans qui présentent une hyperactivité vésicale.

RANIBIZUMAB (BYOOVIS)

Solution pour injection intravitréenne de 10 mg/mL

1. Pour le traitement de la forme néovasculaire (humide) de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).
2. Pour le traitement de la néovascularisation choroïdienne (NVC) consécutive à une myopie pathologique (MP).
3. Pour le traitement de la néovascularisation choroïdienne (NVC) consécutive à une maladie oculaire autre que la DMLA ou la MP.
4. Pour le traitement de l'œdème maculaire diabétique (OMD).
5. Pour le traitement de l'œdème maculaire consécutive à une occlusion de la veine centrale de la rétine ou à une occlusion de la branche veineuse rétinienne.

Notes pour les demandes de règlement :

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

RÉGORAFENIB (STIVARGA)

Comprimé pelliculé de 40 mg

Carcinome hépatocellulaire avancé

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

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

Critères de renouvellement :

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

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

Tumeur stromale gastro-intestinale

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

Critères de renouvellement :

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

Note clinique :

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

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 6 mois

RIBOCICLIB (KISQALI)
Comprimé de 200 mg

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

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

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

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

RIBAVIRINE (IBAVYR)
Comprimés de 200 mg

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

RIFABUTINE (MYCOBUTIN)
Capsule de 150 mg

Pour la prévention du complexe *Mycobacterium avium* [MAC] disséminé chez les patients présentant une infection par le VIH à un stade avancé.

Notes pour les demandes de règlement :

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

- Les demandes présentées par les personnes inscrites aux Plans ACDEFGV seront examinées.

RIFAXIMINE (ZAXINE)
Comprimé de 550 mg

Pour réduire les risques de récurrences d'encéphalopathie hépatique déclarée chez les patients qui ont connu au moins deux épisodes et qui sont incapables de contrôler adéquatement l'encéphalopathie hépatique uniquement avec les doses maximales de lactulose.

Note clinique :

- Doit être utilisé en combinaison avec le lactulose, à moins que ce dernier ne soit pas toléré.

RIOCIGUAT (ADEMPAS)
Comprimés pelliculés de 0,5 mg, 1 mg, 1,5 mg, 2 mg, et de 2,5 mg

Pour le traitement de l'hypertension pulmonaire thromboembolique chronique inopérable [HPTEC, groupe 4 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)] ou l'HPTEC persistante ou récurrente après le traitement chirurgical chez les adultes (≥ 18 ans) atteints d'hypertension pulmonaire en classe fonctionnelle II ou III de l'OMS.

Note clinique :

- Les demandes seront prises en considération si elles viennent de médecins ayant l'expérience du diagnostic et du traitement de l'HPTEC.

Note pour les demandes de règlement :

- Durée de l'approbation: 1 an

RISANKIZUMAB (SKYRIZI)
Seringue préremplie de 75 mg / 0,83 ml
Auto-injecteur et seringue préremplie de 150 mg/mL

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

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 150 mg aux semaines 0 et 4, et toutes les 12 semaines par la suite.
- Période initiale d'approbation : 16 semaines
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

RISDIPLAM (EVRYSDI)
60 mg en poudre pour solution buvable

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

- Dépistage génétique d'une délétion homozygote ou d'une mutation hétérozygote composite au chromosome 5q; et
- La ventilation permanente par un moyen effractif n'est pas encore nécessaire; et
- Patient symptomatique qui présente deux ou trois copies du gène SMN2 et qui :
 - est âgé de 2 à 7 mois, ou
 - est âgé de 8 mois à 25 ans et est non 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 de règlement ne seront pas admissibles dans le cas des patients qui ont reçu une thérapie génique à base de vecteurs viraux AAV (*adeno-associated virus*).
- Les patients qui reçoivent actuellement un médicament contre l'amyotrophie spinale pourraient être admissibles à faire la transition vers un autre médicament contre l'amyotrophie spinale; toutefois, les patients ne seront pas autorisés à revenir à un médicament contre l'amyotrophie spinale qu'ils ont déjà essayé.
- Quantité maximale approuvée : 0,2 mg/kg/jour pour les patients âgés de 2 mois à moins de 2 ans, 0,25 mg/kg/jour pour les patients âgés de 2 ans ou plus et pesant moins de 20 kg, ou 5 mg/jour pour les patients âgés de 2 ans ou plus et pesant 20 kg ou plus.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

**RISÉDRONATE (marque générique)
Comprimé pelliculé de 30 mg**

Pour le traitement de la maladie de Paget.

Notes pour les demandes de règlement :

- Un maximum de 60 comprimés sera remboursé par année sans autorisation spéciale.
- Les demandes de reprise de traitement pourraient être acceptées par l'entremise du processus d'autorisation spéciale à la suite d'une période d'observation de deux mois après le traitement.

**RISPÉRIDONE (RISPERDAL CONSTA)
Fioles de 12,5 mg, 25 mg, 37,5 mg et 50 mg**

Pour le traitement chez les patients qui :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour le traitement des symptômes psychotiques associés à la démence ne seront pas admissibles.
- Période d'approbation : long terme.

**RITUXIMAB (RIXIMYO, RUXIENCE, TRUXIMA)
Fiole de 10 mg/mL**

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

Notes pour les demandes de remboursement :

- Le médicament doit être prescrit par un spécialiste.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

RIVAROXABAN (XARELTO) **Comprimé de 2,5 mg**

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

- Coronaropathie définie comme répondant à au moins un des critères suivants :
 - Antécédent d'infarctus du myocarde au cours des 20 dernières années;
 - Coronaropathie plurivasculaire symptomatique ou antécédent d'angine;
 - Antécédent d'intervention coronarienne percutanée plurivasculaire;
 - Antécédent de pontage aorto-coronarien plurivasculaire.
- Maladie artérielle périphérique définie comme répondant à au moins un des critères suivants :
 - Antécédent de pontage aorto-fémoraux, de pontages d'un membre, ou de revascularisation par anastomie transluminale percutanée revascularisation de l'artère de l'artère iliaque ou infra-inguinale;
 - Antécédent d'amputation d'un membre ou d'un pied secondaire à une maladie vasculaire artérielle;
- Antécédent de claudication intermittente et au moins un des critères suivants : un index de pression systolique (IPS) à la cheville inférieure à 0,90 ou sténose artérielle périphérique supérieure à 50 % confirmée par angiographie ou par écho-Doppler;
 - Antécédent de revascularisation carotidienne ou sténose carotidienne asymptomatique supérieure ou égale à 50 % confirmée par angiographie ou écho-Doppler.

Notes cliniques :

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

Note pour les demandes de règlement :

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

RIVAROXABAN (XARELTO) **Comprimé pelliculé de 10 mg**

La prophylaxie du thromboembolisme veineux après une arthroplastie totale élective du genou ou de la hanche
Pour la prévention des événements thromboemboliques veineux chez les patients qui ont subi une arthroplastie totale élective du genou ou arthroplastie totale élective de la hanche.

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

RIVASTIGMINE (EXELON et marques génériques) **Capsules de 1,5 mg, 3 mg, 4,5 mg et 6 mg**

Pour le traitement de la démence légère à modérée chez les patients qui présentent une intolérance au donépézil et répondent aux critères suivants :

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

Notes cliniques :

1. Les demandes doivent mentionner le score au MMSE et à l'échelle FAST le plus récent obtenu dans les 6 mois précédant la demande.
2. La nature de l'intolérance doit être décrite.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an

RIVASTIGMINE (EXELON)

Solution orale à 2 mg/mL

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

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

Note clinique :

- Les demandes doivent mentionner le score au MMSE et à l'échelle FAST le plus récent obtenu dans les 6 mois précédant la demande.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an

ROTIGOTINE (NEUPRO)

Timbre transdermique de 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg

Pour le traitement d'appoint de la maladie de Parkinson au stade avancé chez les patients qui reçoivent actuellement une association lévodopa-inhibiteur de la décarboxylase.

RUFINAMIDE (BANZEL)

Comprimés pelliculés de 100 mg, 200 mg et de 400 mg

Pour le traitement auxiliaire des convulsions associées au syndrome de Lennox-Gastaut chez les patients qui répondent aux critères suivants:

- suivis par un médecin qui a de l'expérience avec les traitements des convulsions causées par le syndrome de Lennox-Gastaut,
ET
- utilisent au moins deux médicaments antiépileptiques,
ET
- pour qui les médicaments antiépileptiques moins dispendieux sont inefficaces ou non indiqués.

RUXOLITNIB (JAKAVI)

Comprimés de 5 mg, 10 mg, 15 mg et de 20 mg

Myélofibrose

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

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

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 fédrotinib.
- Période d'approbation : 6 mois.

Polycythémie vraie

Pour le traitement des patients souffrant de Polycythémie vraie qui ont présenté une résistance ou une intolérance à l'hydroxycarbamide.

Critères de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

3. Nous considérons qu'il y a une résistance quand, après au moins trois mois de traitement avec de l'hydroxycarbamide à la dose maximale tolérée, le patient présente au moins un des éléments suivants :
 - A besoin d'une phlébotomie pour maintenir le taux d'hématocrite à < 45 %
 - Présente une myéloprolifération incontrôlée (c.-à-d., une numération plaquettaire > 400 x 10⁹/L et une leucocytémie > 10 x 10⁹/L)
 - Incapacité de réduire une splénomégalie importante de plus de 50 %, tel que mesurée à la palpation
4. Nous considérons qu'il y a une intolérance à l'hydroxycarbamide quand le patient présente au moins un des éléments suivants :
 - un nombre absolu de neutrophiles < 1,0 x 10⁹/L, une numération plaquettaire < 100 x 10⁹/L ou un taux d'hémoglobine < 100 g/L à la plus petite dose l'hydroxycarbamide nécessaire pour obtenir une réponse hématologique. Une réponse à l'hydroxycarbamide est définie par un taux d'hématocrite < 45 % sans phlébotomie, ou par tous les éléments suivants : numération plaquettaire ≤ 400 x 10⁹/L, leucocytémie ≤ 10 x 10⁹/L, et une rate non palpable.
 - Présence d'ulcères aux jambes ou autre effet toxique non hématologique inacceptable lié à l'hydroxycarbamide (défini par un stade 3 ou 4, ou plus d'une semaine au grade 2) tel que des manifestations cutané-muqueuses, des symptômes gastro-intestinaux, une pneumonite ou de la fièvre;
 - Effet toxique qui nécessite l'arrêt permanent de l'hydroxycarbamide, l'interruption de l'hydroxycarbamide jusqu'à la disparition de l'effet toxique ou une hospitalisation en raison des effets toxiques de l'hydroxycarbamide

Notes pour les demandes de règlement :

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

SACUBITRIL ET VALSARTAN (ENTRESTO)

Comprimés pelliculé 24 mg / 26 mg, 49 mg / 51 mg et 97 mg / 103 mg

Pour le traitement visant la réduction du risque de décès cardiovasculaire et d'hospitalisation due à l'insuffisance cardiaque chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque de classe II ou III — selon la classification de la New York Heart Association (NYHA) — qui répondent aux critères suivants :

- Fraction d'éjection ventriculaire gauche inférieure ou égale à 40 %
- Symptômes de classe II ou III, selon la NYHA, malgré au moins 4 semaines de traitement avec les médicaments suivants :
 - une dose stable d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II); et
 - une dose stable d'un bêta-bloquant et d'autres traitements recommandés, y compris un antagoniste de l'aldostérone.
- Taux plasmatique de peptide natriurétique de type B (BNP) ≥ 150 pg/ml ou du fragment N terminal du peptide natriurétique de type B (NT-proBNP) ≥ 600 pg/ml.

Notes cliniques :

1. Un taux plasmatique de BNP ≥ 100 pg/ml ou de NT-proBNP ≥ 400 pg/ml sera pris en considération si le patient a été hospitalisé pour une insuffisance cardiaque au cours des 12 derniers mois.
2. Des détails doivent être fournis dans le cas des patients qui n'ont pas suivi un traitement de 4 semaines avec un bêta-bloquant ou un antagoniste de l'aldostérone en raison d'une intolérance ou d'une contre-indication

SALBUTAMOL (VENTOLIN et marques génériques)

Solution pour inhalation de 0,5 mg/mL, 1 mg/mL, 2 mg/mL et 5 mg/mL

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

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

SALBUTAMOL ET BROMURE D'IPRATROPIUM (marques génériques)

Solution pour inhalation de 2,5 mg / 0,5 mg / 2,5 mL

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

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation initiale : 1 an

- Période d'approbation du renouvellement : long terme

SAPROPTÉRINE (KUVAN)

Comprimé de 100 mg

Sachet de 100 mg et de 500 mg

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

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

Critères de renouvellement :

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

Notes cliniques :

1. Le traitement des patients doit être initié et suivi dans une clinique spécialisée ayant une expertise dans le diagnostic et la gestion de la PCU.
2. Les concentrations sanguines de Phe et les niveaux de tolérance de Phe doivent être fournis.
3. Les patientes enceintes qui ont maintenu une diminution de la concentration de Phe en dessous de 360 µmol/L pendant la période d'essai de 6 mois pourront bénéficier de la couverture du Kuvan pendant toute la durée de la grossesse.

Notes pour les demandes de règlement :

- Une quantité maximale de 20 mg/kg par jour.
- Les renouvellements de Kuvan pour les patientes enceintes ne seront pas admissibles.
- Période d'approbation : 1 an
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

SARILUMAB (KEVZARA)

Stylo prérempli de 150 mg / 1,14 mL et 200 mg / 1,14 mL

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

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Une dose maximale de 200 mg toutes les deux semaines sera approuvée.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

SATRALIZUMAB (ENSPRYNG) Seringue préremplie de 120 mg/mL

Pour le traitement du trouble du spectre de la neuromyéélite optique (TSNMO) chez les patients âgés de 12 ans et plus qui répondent à tous les critères suivants :

- sont séropositifs pour des anticorps anti-aquaporine 4;
- ont un indice de 6,5 points ou moins sur l'échelle étendue du statut d'invalidité (EDSS);
- ont subi au moins une rechute au cours des 12 derniers mois;
- ont subi une rechute malgré l'essai adéquat du rituximab ou ont une intolérance au rituximab.

Critère de renouvellement :

- Les demandes de renouvellement seront admissibles pour les patients qui maintiennent un indice de moins de 8 points sur l'EDSS.

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

SAXAGLIPTINE (ONGLYZA et marques génériques) Comprimés de 2,5 mg et de 5 mg

Pour le traitement du diabète de type 2, associé avec la metformine et une sulfonylurée, chez les patients qui ne parviennent pas à contrôler adéquatement leur glycémie avec la metformine et une sulfonylurée, et pour qui l'insuline n'est pas une option.

Note clinique :

- Dans le cas des patients qui ne peuvent pas prendre la metformine et/ou une sulfonylurée en raison de contre-indications ou d'intolérances, des détails doivent être fournis.

SÉBÉLIPASE ALFA (KANUMA) Fiole de 20 mg

Pour le traitement du déficit en lipase acide lysosomale (LAL). Pour obtenir les critères complets, veuillez communiquer avec les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick au 1-800-332-3691.

Note pour les demandes de règlement :

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

SÉCUKINUMAB (COSENTYX) Auto-injecteur et seringue préremplie de 150 mg/mL

Polyarthrite psoriasique

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

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une dose maximum de 150 mg administrée aux semaines 0, 1, 2, 3 et 4, puis une fois par mois.
- Les demandes pour une dose de 300 mg administrée aux semaines 0, 1, 2, 3 et 4, puis une fois par mois, seront admissibles pour les patients qui ont obtenu une réponse inadéquate aux inhibiteurs du TNF.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

Psoriasis en plaques

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

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Une dose de 300 mg administrée aux semaines 0, 1, 2, 3 et 4 sera approuvée, puis tous les mois ensuite.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

Spondylarthrite ankylosante

- Indiqués pour le traitement des patients atteints de spondylarthrite ankylosante d'intensité modérée à grave (p. ex. score supérieur ou égal à 4 sur 10 mesuré à l'aide de l'indice d'activité de la spondylarthrite ankylosante de Bath [Bath AS Disease Activity Index – BASDAI]) qui :
 - présentent des symptômes axiaux et qui n'ont pas réagi à l'usage séquentiel d'au moins deux AINS à la dose optimale sur une période minimale de 2 semaines chaque ou chez qui les traitements par AINS sont contre-indiqués; ou
 - ont des symptômes périphériques et qui ne répondent pas, ou qui ont des contre-indications, à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose optimale pendant une période minimale de 2 semaines chaque et qui ont réagi inadéquatement à la dose optimale ou à la dose de tolérance maximale d'un ARMM.
- Les demandes de renouvellement doivent comprendre les renseignements présentant les bienfaits du traitement, plus précisément :
 - une diminution d'au moins deux points sur l'échelle BASDAI, comparativement au score obtenu avant le traitement; ou
 - l'opinion du patient et du spécialiste concernant la réponse clinique adéquate, déterminée par une amélioration fonctionnelle importante (mesurée par les résultats de tests tels que le questionnaire d'évaluation de l'état de santé [QEES] ou « la capacité à retourner au travail »).

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Une dose de 150 mg administrée aux semaines 0, 1, 2, 3 et 4 sera approuvée, puis tous les mois ensuite.
- Les demandes pour une dose mensuelle de 300 mg seront étudiées pour les patients dont la maladie est toujours active avec la dose d'entretien mensuelle recommandée de 150 mg.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

SELEXIPAG (UPTRAVI)

Comprimés à 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg, 1000 mcg, 1200 mcg, 1400 mcg et 1600 mcg

Pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) chez les patients en classe fonctionnelle II à IV de l'Organisation mondiale de la Santé, si les critères cliniques suivants sont respectés :

- Maîtrise inadéquate au moyen d'un traitement de première intention (c.-à-d. inhibiteur de la phosphodiesterase-5) et de deuxième intention (c.-à-d. antagoniste des récepteurs de l'endothéline) contre l'HAP
- Le diagnostic d'HAP doit être confirmé par cathétérisme cardiaque droit.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le traitement d'association avec la prostacycline ou des analogues de la prostacycline ne sera pas remboursé.
- Doit être prescrit par un clinicien possédant de l'expérience dans le diagnostic et le traitement de l'HAP.

SÉMAGLUTIDE (OZEMPIC)

Stylo prérempli de 2 mg / 1,5 mL et 4 mg / 3 mL

Pour le traitement du diabète de type 2 en association avec :

- la metformine pour les patients qui ne parviennent pas à contrôler adéquatement leur glycémie avec la metformine; ou
- la metformine et une sulfonylurée, chez les patients qui ne parviennent pas à contrôler adéquatement leur glycémie avec la metformine et une sulfonylurée.

Note clinique :

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

Note pour les demandes de règlement :

- Les approbations seront pour une quantité maximale de 1 stylo prérempli chaque 4 semaines.

SEVELAMER (RENVELA)

Sachet de 0,8 g et de 2,4 g

À utiliser chez les patients qui ont de la difficulté à avaler des comprimés.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

SILDÉNAFIL (REVATIO et marque générique)

Comprimé pelliculé de 20 mg

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

Note clinique :

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

Note pour les demandes de règlement :

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

SIPONIMOD (MAYZENT)

Comprimés de 0,25 mg et de 2 mg

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

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un neurologue.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 2 mg par jour.
- Les demandes présentées par les personnes inscrites aux Plans ACDEFGV seront examinées.
- La période d'approbation est de deux ans.

**SOFOSBUVIR (SOVALDI)
Comprimé de 400 mg**

Pour les patients adultes atteints d'une infection chronique au virus de l'hépatite C (VHC) qui ont déjà été traités ou qui n'ont jamais subi de traitement et qui répondent aux critères suivants :

Période d'approbation et schéma posologique	
Génotype 2 <ul style="list-style-type: none">• Sans cirrhose• Avec cirrhose compensée	12 semaines en association avec de la ribavirine (RBV)
Génotype 3 <ul style="list-style-type: none">• Sans cirrhose• Avec cirrhose compensée	24 semaines en association avec de la RBV

Les renseignements suivants sont également requis :

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

Notes cliniques :

1. Les patients qui ont déjà reçu un traitement sont les patients qui ont déjà été traités au moyen d'un traitement à base de peginterféron et de ribavirine et qui n'ont pas obtenu une réponse adéquate.
2. Les méthodes de mesure du score de fibrose acceptées comprennent : le Fibrotest, la biopsie hépatique, l'élastométrie transitoire (FibroscanMD), l'analyse des groupes de marqueurs sériques (comme le calcul du ratio TGO -plaquettes ou l'indice Fibrosis-4) subies seules ou en association.
3. Une cirrhose compensée est définie comme une cirrhose dont la cote de Child-Turcotte-Pugh (CTP) est de 5 à 6 (catégorie A) et la cirrhose décompensée est une cirrhose dont la cote de CTP est égale ou supérieure à 7 (catégories B ou C).
4. La reprise du traitement en cas d'échec avec un agent antiviral à action directe sera considérée au cas par cas, selon le processus d'exception du formulaire.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le traitement doit être prescrit par un hépatologue, un gastroentérologue ou un infectiologue (ou un autre prescripteur qui a de l'expérience dans le traitement de l'infection au virus de l'hépatite C).
- Les demandes seront considérées pour les personnes présentement inscrites dans les Régimes ACDEFGV.
- Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

**SOFOBUVIR ET LÉDIPASVIR (HARVONI)
Comprimé de 400mg / 90mg**

Pour les patients adultes atteints d'une infection chronique au virus de l'hépatite C (VHC) qui ont déjà été traités ou qui n'ont jamais subi de traitement et qui répondent aux critères suivants :

Période d'approbation et schéma posologique	
Génotype 1 <ul style="list-style-type: none"> Patient sans cirrhose qui n'a jamais été traité, qui a un taux d'ARN du VHC < 6 millions UI/ml et qui est atteint d'une mono-infection au VHC seulement. 	8 semaines
Génotype 1 <ul style="list-style-type: none"> Patient sans cirrhose qui n'a jamais été traité, qui a un taux d'ARN du VHC de 6 millions UI/mL ou plus Patients n'ayant jamais été traités avec cirrhose compensée Patients n'ayant jamais été traités avec fibrose hépatique avancée (stade de fibrose F3-F4) Patient sans cirrhose ayant déjà eu un traitement Co-infection de HCV/VIH sans cirrhose ou avec cirrhose compensée 	12 semaines
Génotype 1 <ul style="list-style-type: none"> Patient avec cirrhose compensée ayant déjà reçu un traitement 	24 semaines
Génotype 1 <ul style="list-style-type: none"> Cirrhose décompensée Transplantation hépatique chez les patients sans cirrhose ou avec cirrhose compensée 	12 semaines en association avec ribavirine

Les renseignements suivants sont également requis :

- Diagnostic d'hépatite C de génotype 1 confirmé en laboratoire
- Valeur quantitative d'acide ribonucléique du virus de l'hépatite C détectée au cours des six derniers mois.
- Stade de fibrose

Notes cliniques :

- Les patients qui ont déjà reçu un traitement sont les patients qui ont déjà été traités au moyen d'un traitement à base de peginterféron et de ribavirine, y compris les traitements contenant des inhibiteurs de la protéase du VHC, et qui n'ont pas obtenu une réponse adéquate.
- Les méthodes de mesure du score de fibrose acceptées comprennent : le Fibrotest, la biopsie hépatique, l'élastométrie transitoire (FibroscanMD), l'analyse des groupes de marqueurs sériques (comme le calcul du ratio TGO -plaquettes ou l'indice Fibrosis-4) subies seules ou en association.
- Une cirrhose compensée est définie comme une cirrhose dont la cote de Child-Turcotte-Pugh (CTP) est de 5 à 6 (catégorie A) et la cirrhose décompensée est une cirrhose dont la cote de CTP est égale ou supérieure à 7 (catégories B ou C).

Notes pour les demandes de règlement :

- Le traitement doit être prescrit par un hépatologue, un gastroentérologue ou un infectiologue (ou un autre prescripteur qui a de l'expérience dans le traitement de l'infection au virus de l'hépatite C).
- Les demandes seront considérées pour les personnes présentement inscrites dans les Régimes ACDEFGV.
- Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

**SOFOSBUVIR ET VELPATASVIR (EPCLUSA)
Comprimé de 400 mg / 100 mg**

Pour les patients adultes atteints d'une infection chronique au virus de l'hépatite C (VHC) qui ont déjà été traités ou qui n'ont jamais subi de traitement et qui répondent aux critères suivants :

Période d'approbation et schéma posologique	
Génotypes 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou génotypes mixtes <ul style="list-style-type: none">• Patients souffrant d'une cirrhose compensée• Patients sans cirrhose	12 semaines
Génotypes 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou génotypes mixtes <ul style="list-style-type: none">• Patients souffrant d'une cirrhose décompensée	12 semaines en association avec de la ribavirine

Les renseignements suivants sont également requis :

1. Hépatite C de génotype 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou de génotypes mixtes, confirmée en laboratoire
2. Valeur quantitative d'acide ribonucléique du virus de l'hépatite C détectée au cours des six derniers mois.
3. Stade de fibrose

Notes cliniques :

1. Les patients qui ont déjà reçu un traitement sont les patients qui ont déjà été traités au moyen d'un traitement à base de peginterféron et de ribavirine, y compris les traitements contenant des inhibiteurs de la protéase du VHC (pour VHC de génotype 1), et qui n'ont pas obtenu une réponse adéquate.
2. Les méthodes de mesure du score de fibrose acceptées comprennent : le Fibrotest, la biopsie hépatique, l'élastométrie transitoire (FibroscanMD), l'analyse des groupes de marqueurs sériques (comme le calcul du ratio TGO -plaquettes ou l'indice Fibrosis-4) subies seules ou en association.
3. Une cirrhose compensée est définie comme une cirrhose dont la cote de Child Turcotte Pugh (CTP) est de 5 à 6 (catégorie A) et la cirrhose décompensée est une cirrhose dont la cote de CTP est égale ou supérieure à 7 (catégories B ou C).

Notes pour les demandes de règlement :

- Le traitement doit être prescrit par un hépatologue, un gastroentérologue ou un infectiologue (ou un autre prescripteur qui a de l'expérience dans le traitement de l'infection au virus de l'hépatite C).
- Les demandes seront considérées pour les personnes présentement inscrites dans les Régimes ACDEFGV.
- Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

**SOFOSBUVIR, VELPATASVIR ET VOXILAPREVIR (VOSEVI)
Comprimés de 400 mg / 100 mg / 100 mg**

Pour les patients adultes atteints d'une infection chronique au virus de l'hépatite C (VHC) qui ont déjà été traités et qui répondent aux critères suivants :

Période d'approbation

Génotypes 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou génotypes mixtes <ul style="list-style-type: none">• Patients souffrant d'une cirrhose compensée• Patients sans cirrhose	12 semaines
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------

Les renseignements suivants sont également requis :

- Hépatite C de génotypes 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou de génotypes mixtes, confirmée en laboratoire
- Valeur quantitative d'acide ribonucléique du virus de l'hépatite C détectée au cours des six derniers mois

Notes cliniques :

1. Les patients qui ont déjà reçu un traitement sont les patients qui ont déjà été traités avec un inhibiteur de la NS5A pour le génotype 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ou du sofosbuvir sans un inhibiteur de la NS5A pour le génotype 1, 2, 3 ou 4, et qui n'ont pas obtenu une réponse adéquate.
2. Une cirrhose compensée est définie comme une cirrhose dont la cote de Child Turcotte Pugh (CTP) est de 5 à 6 (catégorie A)

Notes pour les demandes de règlement :

- Le traitement doit être prescrit par un hépatologue, un gastroentérologue ou un infectiologue (ou un autre prescripteur qui a de l'expérience dans le traitement de l'infection au virus de l'hépatite C).
- Les demandes seront considérées pour les personnes présentement inscrites dans les Régimes ACDEFGV.
- Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

SOMATROPINE (GENOTROPIN)

MiniQuick® seringue préremplie de 0,6 mg, 0,8 mg, 1 mg, 1,2 mg, 1,4 mg, 1,6 mg, 1,8 mg, et de 2 mg
GoQuick® Stylo prérempli de 5,3 mg, et 12 mg

1. Déficit en Hormone de Croissance pour les Enfants

Pour le traitement d'une déficience d'hormone de croissance pour les enfants moins de 19 ans.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un endocrinologue ou avec l'accord de ce dernier.
- La somatropine est un service assuré habituel pour le régime T.

2. Syndrome de Turner

Indiqué dans le traitement de la petite taille associée au syndrome de Turner chez les patients dont les épiphyses ne sont pas fermées.

Note pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un endocrinologue ou avec l'accord de ce dernier.

SOMATROPINE (HUMATROPE)

Cartouche de 6 mg, 12 mg et de 24 mg

1. Déficit en Hormone de Croissance pour les Enfants

Pour le traitement d'une déficience d'hormone de croissance pour les enfants moins de 19 ans.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un endocrinologue ou avec l'accord de ce dernier.
- La somatropine est un service assuré habituel pour le régime T.

2. Syndrome de Turner

Indiqué dans le traitement de la petite taille associée au syndrome de Turner chez les patients dont les épiphyses ne sont pas fermées.

Note pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un endocrinologue ou avec l'accord de ce dernier.

SOMATROPINE (NORDITROPIN NORDIFLEX)

Stylo prérempli de 5 mg / 1,5 mL, 10 mg / 1,5 mL et 15 mg / 1,5 mL

Déficit en Hormone de Croissance pour les Enfants

Pour le traitement d'une déficience d'hormone de croissance pour les enfants moins de 19 ans.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un endocrinologue ou avec l'accord de ce dernier.
- La somatropine est un service assuré habituel pour le régime T.

SOMATROPINE (NUTROPIN AQ NuSpin)

Cartouche préremplie de 5 mg / 2 mL, 10 mg / 2 mL et de 20 mg / 2 mL

SOMATROPINE (SAIZEN)

Fiole de 5mg

Cartouches de 6 mg, 12 mg et de 20 mg

1. Déficit en Hormone de Croissance pour les Enfants

Pour le traitement d'une déficience d'hormone de croissance pour les enfants moins de 19 ans.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un endocrinologue ou avec l'accord de ce dernier.
- La somatropine est un service assuré habituel pour le régime T.

2. Syndrome de Turner

Indiqué dans le traitement de la petite taille associée au syndrome de Turner chez les patients dont les épiphyses ne sont pas fermées.

Note pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un endocrinologue ou avec l'accord de ce dernier.

3. Insuffisance rénale chronique

Pour le traitement des enfants atteints d'un retard de croissance associé à une insuffisance rénale chronique, jusqu'au moment de la transplantation, et qui répondent aux critères suivants:

- Un taux de filtration glomérulaire inférieur ou égal à 1,25 mL/s/1.73m² (75 mL/min/1.73m²)

- Preuve du retard de croissance:
 - Un score SDST de moins de -1,88 (SDST = déviation standard associée à la taille standardisée en fonction de l'âge et du sexe) ou une taille au 3e percentile pour l'âge
 - OU
 - Une vitesse de croissance pour l'âge SDS de moins de 1.88 ou une vitesse de croissance pour l'âge inférieure au 3e percentile, qui se poursuit pour plus de 3 mois malgré un traitement des déficiences nutritionnelles et des anomalies métaboliques.

Note pour les demandes de règlement :

- Somatropine doit être prescrit par, ou en consultation avec, un spécialiste de la néphrologie pédiatrique.

SOMATROPINE (OMNITROPE)

Cartouches de 5 mg / 1,5 mL, 10 mg / 1,5 mL et de 15 mg / 1,5 mL

Pour le traitement d'une déficience d'hormone de croissance pour les enfants moins de 19 ans.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par ou avec consultation d'un endocrinologue
- La somatropine est un service assuré habituel pour le régime T.

SORAFENIB (NEXAVAR)

Comprimé pelliculé de 200 mg

Adénocarcinome rénal métastatique

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

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an

Carcinome hépatocellulaire avancé

Pour le traitement du carcinome hépatocellulaire non résécable comme traitement de première ou de deuxième intention après la progression de la maladie avec atezolizumab en association avec bevacizumab, pour les patients qui répondent à tous les critères suivants :

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

Critères de renouvellement :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

STIRIPENTOL (DIACOMIT)

Capsules de 250 mg et de 500 mg

250mg et de 500 mg poudre pour suspension

À utiliser en association avec du clobazam et du valproate comme traitement d'appoint pour les crises tonico-cloniques généralisées réfractaires chez les patients souffrant d'épilepsie myoclonique pendant l'enfance (syndrome de Dravet), pour qui les crises ne sont pas contrôlées adéquatement avec seulement du clobazam et du valproate.

Note clinique :

- Le patient doit être suivi par un neurologue ou un pédiatre.

SUMATRIPTAN (IMITREX VAPORISATEUR NASAL) **Vaporisateur nasal de 5 mg et de 20 mg**

Pour le traitement des crises de migraine aiguës chez les patients qui présentent une intolérance ou une réponse insuffisante aux triptans oraux inscrits à titre de médicaments réguliers.

Notes pour les demandes de règlement :

- La protection se limite à 6 doses par mois.
- Les demandes provenant de patients qui ont plus de 3 migraines par mois malgré un traitement de prévention des migraines seront prises en considération selon un maximum de 12 doses par mois.

SUMATRIPTAN (IMITREX et marque générique) **Seringue préremplie de 6 mg / 0,5 mL**

Pour le traitement des crises de migraine aiguës chez les patients qui ont présenté une réponse insuffisante aux triptans oraux et nasaux, ou qui ne peuvent les utiliser en raison de nausées ou de vomissements.

Notes pour les demandes de règlement :

- La protection se limite à 6 doses par mois.
- Les demandes provenant de patients qui ont plus de 3 migraines par mois malgré un traitement de prévention des migraines seront prises en considération selon un maximum de 12 doses par mois.

SUNITINIB (SUTENT et marque générique) **Capsules de 12,5 mg, 25 mg et de 50 mg**

Adénocarcinome rénal métastatique

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

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

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an

Tumeurs neuroendocrines pancréatiques

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

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an

Tumeur stromale gastro-intestinale

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

Critère de renouvellement :

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

Note clinique :

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

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 6 mois

**TACROLIMUS (PROTOPIC)
Onguent 0,03%**

Indiqué pour les enfants de plus de deux ans souffrant de dermatite atopique réfractaire.

Note pour les demandes de règlement :

- Le médicament sera approuvé pour une période maximale de 12 mois.

**TACROLIMUS (PROTOPIC)
Onguent 0,1%**

Pour le traitement de la dermatite atopique modérée à grave chez les adultes qui ont échoué une thérapie de corticostéroïdes avec dosage approprié au site, ou qui y sont intolérants (p. ex., puissance faible pour le visage comparativement à une puissance intermédiaire à élevée pour l'extrémité des membres).

**TAFAMIDIS (VYNDAMAX)
Capsule de 61 mg
TAFAMIDIS MEGLUMINE (VYNDAQEL)
Capsule de 20 mg**

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

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

Critères d'arrêt du traitement :

Le patient a :

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

Notes cliniques :

1. La cardiomyopathie causée par une ATTR de type sauvage est caractérisée par tous les éléments suivants :
 - absence d'un génotype variant de la transthyréline (TTR);
 - présence de la protéine précurseur de la TTR décelée par analyse immunohistochimique, scintigraphie ou spectrométrie de masse;
 - signe d'atteinte cardiaque visible à l'échocardiographie avec épaisseur septale interventriculaire en fin de diastole de plus de 12 mm;
 - résultats positifs à la scintigraphie au pyrophosphate marqué au technétium 99m (Tc-99m-PYP) avec tomographie d'émission monophotonique (SPECT) ou présence de dépôts amyloïdes dans les tissus prélevés à la biopsie (tissu adipeux, glande salivaire, gaine de tissus conjonctif du nerf médian ou tissu cardiaque).
2. La cardiomyopathie causée par une ATTR héréditaire est caractérisée par tous les éléments suivants :
 - présence d'un génotype variant de TTR associé à la cardiomyopathie et présence d'un phénotype de cardiomyopathie;
 - signe d'atteinte cardiaque visible à l'échocardiographie avec épaisseur septale interventriculaire en fin de diastole de plus de 12 mm;
 - résultats positifs à la scintigraphie au pyrophosphate marqué au technétium 99m (Tc-99m-PYP) avec tomographie d'émission monophotonique (SPECT) ou présence de dépôts amyloïdes dans les tissus prélevés à la biopsie (tissu adipeux, glande salivaire, gaine de tissus conjonctif du nerf médian ou tissu cardiaque).

Notes pour les demandes de règlement :

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

**TALIGLUCERASE ALFA (ELELYSO)
200 unités par fiole**

Pour le traitement de la maladie de Gaucher de type 1 symptomatique chez les patients qui présentent une intolérance ou une contre-indication à la vélaglucérase alfa.

Notes cliniques :

1. La vélaglucérase alfa est l'enzymothérapie de remplacement pour la maladie de Gaucher de type 1 privilégiée pour le remboursement. Les demandes pour les patients qui utilisent actuellement la taliglucérase alfa et qui n'ont aucune contre-indication ou intolérance à la vélaglucérase alfa seront admissibles à la couverture pour la vélaglucérase seulement.
2. Les demandes de couverture doivent respecter les critères relatifs au diagnostic de la maladie de Gaucher de type 1, à l'indication thérapeutique et à la réaction attendue à l'enzymothérapie de remplacement. Ces critères sont conformes aux lignes directrices de l'Ontario en matière de traitement de la maladie de Gaucher. Veuillez communiquer avec les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick au 1-800-332-3691 pour obtenir des renseignements sur les critères.

Notes pour les demandes de règlement :

- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 60 unités/kg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.
- Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

TAZAROTÈNE (TAZORAC CRÈME)

Crème de 0,05%

TAZAROTÈNE (TAZORAC GEL)

Gel de 0,1%

Pour le traitement des patients souffrant de psoriasis en plaques pour qui les traitements conventionnels n'ont pas été efficaces ou ne sont pas appropriés.

TEDUGLUTIDE (REVESTIVE)

Fiole de 5 mg

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

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

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

Critères de renouvellement :

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

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

TÉRIFLUNOMIDE (AUBAGIO et marques génériques) Comprimé pelliculé de 14 mg

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

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

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par des neurologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- L'utilisation combinée avec d'autres agents modificateurs de la maladie destinés au traitement de la SPRR ne sera pas remboursée.
- Les demandes présentées par les personnes inscrites aux Plans ACDEFGV seront examinées.
- Période d'approbation: 2 ans.

TESTOSTÉRONE (ANDROGEL, TESTIM et marque générique) Gel 1% (Sachets de 2,5 g et de 5 g) TESTOSTÉRONE, UNDECANOATE DE (marques génériques) Capsules de 40 mg

Indiqué pour le traitement de l'hypogonadisme primaire ou secondaire congénital et acquis chez les hommes ayant un diagnostic précis de:

- Hypogonadisme primaire: cryptorchidie, syndrome de Klinefelter, orchidectomie et autres causes établies
- Hypogonadisme secondaire: trouble hypothalamo-hypophysio-gonadique dû à une tumeur, un traumatisme ou de la radiation.

Le manque de testostérone doit clairement être démontré par des manifestations cliniques et confirmé par deux mesures de la testostérone libre avant de commencer une thérapie de substitution.

Note clinique :

- Les hommes plus âgés qui présentent des symptômes non spécifiques de fatigue, de malaise ou de dépression et qui ont une concentration basse en testostérone ne répondent pas à ces critères.

THYROTROPINE (THYROGENE) Fiole de 0,9 mg/mL

1. Évaluation continue des patients atteints du cancer de la thyroïde, qui ont subi les interventions chirurgicales ou un suivi médical adéquats et requièrent une surveillance afin de dépister toute rechute possible ou maladie métastatique, y compris:
 - Le patient ne répond pas ou a fait une rechute lors des situations suivantes:
 - l'utilisation principale chez les patients dont le taux de TSH endogène n'augmente pas suffisamment (≥ 25 $\mu\text{U/L}$) en réponse au sevrage hormonal;
 - l'utilisation principale chez les patients qui souffrent d'un cas des comorbidités suivant et pour lesquels l'hypothyroïdie mettrait la vie en danger:
 - angine instable;
 - infarctus du myocarde récent;
 - insuffisance cardiaque de type III ou IV;
 - maladie psychiatrique non contrôlée;
 - autre condition médicale pour laquelle le sevrage hormonal pourrait porter atteinte à la vie;
 - l'utilisation secondaire chez les patients qui ont souffert antérieurement d'un événement qui aurait mis la vie en danger à la suite d'un manque d'hormones thyroïdiennes.
2. Comme traitement d'appoint pour la stimulation préthérapeutique en vue d'une ablation à l'iode radioactif du tissu thyroïdien résiduel chez les patients qui suivent une thérapie de suppression aux hormones thyroïdiennes et qui ont subi une thyroïdectomie totale ou quasi-totale pour un cancer bien différencié de la thyroïde, sans signe de cancer thyroïdien métastatique à distance.

**TICAGRÉLOR (marques génériques)
Comprimé de 60 mg**

En association avec l'AAS pour les patients ayant des antécédents d'infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST ou de syndrome coronaire aigu sans sus-décalage du segment ST au cours des 3 années précédentes et présentant un risque élevé d'événements cardiovasculaires ultérieurs.

Note clinique :

- Le risque élevé d'événements cardiovasculaires ultérieurs est défini comme nécessitant un des critères suivants : âge de 65 ans ou plus, diabète, deuxième infarctus du myocarde spontané antérieur, maladie coronarienne plurivasculaire ou dysfonction rénale chronique (clairance de la créatinine <60mL/min).

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par des cardiologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Période d'approbation : 3 ans.

**TICAGRÉLOR (BRILINTA et marques génériques)
Comprimé de 90 mg**

1. En association avec l'AAS chez les patients présentant un infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST ou un syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST qui subissent une intervention coronarienne percutanée (ICP).

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par des cardiologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Période d'approbation : 1 an.

2. Pour le traitement des patients qui présentent des événements cardiovasculaires récurrents (infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST ou syndrome coronaire aigu sans sus-décalage du segment ST), ou une thrombose certaine de l'endoprothèse, alors qu'ils sont sous traitement par clopidogrel et AAS.

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par des cardiologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Période d'approbation : long terme.

**TIGÉCYCLINE (TYGACIL)
Fiole de 50 mg**

Pour le traitement des patients atteints d'infections causées par un microorganisme multirésistant aux médicaments lorsqu'aucune autre solution de traitement n'est possible.

Note pour les demandes de règlement:

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

**TIDRAKIZUMAB (ILUMYA)
Seringue préremplie de 100 mg/mL**

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 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.

- Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée de traitement indiquée ci-dessus.
- L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires aux traitements. La nature des intolérances doit être clairement indiquée.

Notes pour les demandes de règlement :

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

TINZAPARINE (INNOHEP)

Seringue préremplie et flacon multidose de 10,000 IU/mL

Seringue préremplie et flacon multidose de 20,000 IU/mL

- Pour le traitement d'une thrombo-embolie veineuse (TEV) et/ou d'une embolie pulmonaire (PE) pour un maximum de 30 jours.
- Pour le traitement prolongé d'une thrombo-embolie veineuse (TEV) symptomatique récidivante qui est survenue pendant que le patient reçoit des doses thérapeutiques de warfarine.
- Indiqué pour la prévention des événements thromboemboliques veineux (EDEV) jusqu'à 35 jours après une arthroplastie élective de la hanche ou d'une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche.
- Indiqué pour la prévention des EDEV jusqu'à 14 jours après une arthroplastie élective du genou.
- Indiqué pour la prévention des événements thromboemboliques veineux (EDEV) après une chirurgie abdominale ou pelvienne pour le traitement d'une tumeur maligne, pendant une période maximale de 28 jours.
- Pour le traitement et la prévention secondaire d'une thrombo-embolie veineuse (TEV) symptomatique ou d'embolie pulmonaire (PE) pour une période maximale de 6 mois pour les patients souffrant de cancer chez qui le warfarin n'est pas une option.

Note pour les demandes de règlement :

- Une quantité annuelle de 35 jours de traitement est possible sans autorisation spéciale.

TIPRANAVIR (APTIVUS)

Capsule de 250 mg

Indiqué pour le traitement des patients adultes infectés par le VIH-1 (les bénéficiaires du régime U) ayant déjà reçu un traitement, chez qui les traitements par différents inhibiteurs de protéase ont échoué et pour qui les autres inhibiteurs de protéase ne constituent pas une possibilité de traitement.

TOBRAMYCINE (TOBI PODHALER)

Poudre pour inhalation de 28 mg

Pour le traitement des infections pulmonaires chroniques causées par la bactérie *Pseudomonas aeruginosa*, lorsqu'il est utilisé en tant que traitement cyclique chez les patients atteints de fibrose kystique.

Note clinique :

- Le traitement cyclique est calculé par cycles de 28 jours et il compte 28 jours de traitement suivis de 28 jours sans traitement.

Note pour les demandes de règlement :

- L'utilisation combinée de tobramycine avec d'autres antibiotiques pour inhalation (p. ex. aztréonam, lévofloxacine), soit de façon concomitante ou durant les périodes sans traitement (dans le cadre de l'administration cyclique d'antibiotiques), ne sera pas remboursée.
- Les demandes des personnes inscrites aux Plans ABCDEFGV seront examinées.

TOCILIZUMAB (ACTEMRA)

Fiole à usage unique de 80 mg / 4 mL, 200 mg / 10 mL, et de 400 mg / 20 mL

Auto-injecteur et seringue préremplie de 162 mg / 0,9 mL

Artérite à cellules géantes

- Pour le traitement des patients adultes qui présentent une artérite à cellules géantes (ACG) d'apparition récente ou récidivante, en association avec des glucocorticoïdes oraux.
- Les demandes de renouvellement doivent comprendre :
 - la confirmation de la réponse au traitement (par ex. l'absence d'exacerbations, la normalisation du taux de protéine C-réactive);
 - la description des tentatives de diminution progressive ou d'arrêt des glucocorticoïdes;
 - les raisons justifiant la poursuite du traitement.

Note clinique :

- Une exacerbation se définit comme une réapparition des signes ou des symptômes ou une vitesse de sédimentation érythrocytaire de supérieur ou égal à 30 mm/heure.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un rhumatologue ou un autre médecin ayant l'expérience du traitement de l'ACG.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Injection sous-cutanée : Les approbations seront pour un maximum de 162 mg chaque semaine.
- Période d'approbation : 1 an.

Arthrite juvénile idiopathique systémique évolutive

Pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique évolutive chez les patients âgés de 2 ans et plus qui ont eu une réponse inadéquate à un traitement avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et corticostéroïdes systémiques (avec ou sans méthotrexate) en raison d'une intolérance ou d'un manque d'efficacité.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un rhumatologue, qui est familier avec l'utilisation des ARMM biologiques chez les enfants.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Perfusion intraveineuse : L'approbation sera pour 12 mg/kg pour les patients inférieur à 30 kg ou 8 mg/kg pour les patients supérieur ou égal à 30 kg, jusqu'à un maximum de 800 mg, administré toutes les deux semaines.
- Injection sous-cutanée : Quantité maximale approuvée de 162 mg toutes les trois semaines pour les patients et patientes qui pèsent moins de 30 kg ou de 162 mg toutes les deux semaines pour les patients et patientes qui pèsent plus de 30 kg.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

Polyarthrite idiopathique juvénile

Pour le traitement des enfants (de 2 à 17 ans) atteints d'une forme active modérée à grave de polyarthrite idiopathique juvénile (PIJ) qui ne réagissent pas adéquatement à au moins un traitement par agents rhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM).

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un rhumatologue, qui est familier avec l'utilisation des ARMM biologiques chez les enfants.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Perfusion intraveineuse : L'approbation sera pour 10mg/kg pour les patients inférieur à 30 kg ou 8 mg/kg pour les patients supérieur ou égal à 30 kg, jusqu'à un maximum de 800 mg, administré toutes les quatre semaines.
- Injection sous-cutanée : Quantité maximale approuvée de 162 mg toutes les trois semaines pour les patients et patientes qui pèsent moins de 30 kg ou de 162 mg toutes les deux semaines pour les patients et patientes qui pèsent plus de 30 kg.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

Polyarthrite Rhumatoïde

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

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

TOFACITINIB (XELJANZ et marques génériques et XELJANZ XR)

Comprimés pelliculés de 5 mg et 10 mg

Comprimés à libération prolongée de 11 mg

Colite ulcéreuse

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin avec une spécialité en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour un maximum de 10 mg deux fois par jour (Xeljanz).
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Polyarthrite rhumatoïde

Indiqué pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde évolutive modérément à sévèrement active en association avec du méthotrexate, chez les patients adultes qui sont réfractaires intolérants ou de contre-indications au :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 5 mg deux fois par jour (Xeljanz) ou de 11 mg une fois par jour (Xeljanz XR).
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation de renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

TOPIRAMATE (TOPAMAX)

Capsules à saupoudrer de 15 mg et de 25 mg

Pour les patients qui ne peuvent pas prendre de topiramate sous forme de comprimé et qui ont besoin de capsules à saupoudrer pour une bonne administration.

TRAMÉTINIB (MEKINIST)

Comprimés de 0,5 mg et de 2 mg

Mélanome métastatique

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

Critères de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Le tramétinib ne sera pas remboursé pour les patients dont la maladie a progressé durant un traitement ciblant la protéine BRAF.
- Les demandes seront admissibles pour les patients qui ont reçu un traitement adjuvant ciblant la protéine BRAF si la progression de la maladie est survenue au moins six mois après la fin du traitement.
- Période d'approbation : 6 mois
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Traitement adjuvant du mélanome

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

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes sont admissibles pour les patients qui présentent des micrométastases dans les ganglions lymphatiques régionaux d'après une biopsie des ganglions lymphatiques sentinelles.
- Les demandes ne sont pas admissibles pour les patients qui ont reçu une immunothérapie adjuvante pendant plus de trois mois. Les patients peuvent passer à un traitement ciblant la protéine BRAF au cours des trois premiers mois de l'immunothérapie pour atteindre un total de 12 mois de traitement adjuvant.
- Période d'approbation : jusqu'à 12 mois.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

TREPROSTINIL (REMODULIN)

Fioles à doses multiples de 1 mg/mL, 2,5 mg/mL, 5 mg/mL et de 10 mg/mL

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

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

TRIENTINE (marques génériques)

Capsule de 250 mg

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

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.

TRIFLURIDINE ET TIPIRACIL (LONSURF)

Comprimé de 15 mg / 6,14 mg et 20 mg / 8,19 mg

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

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

Critères de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

TROSPIUM (TROSEC et marque générique)

Comprimé de 20 mg

Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale manifestée par le besoin impérieux d'uriner, l'incontinence urinaire ou les mictions fréquentes chez les patients qui ont été intolérants ou qui ont eu une réponse insuffisante à une période d'essai raisonnable avec un médicament destiné au traitement de l'hyperactivité vésicale inscrit à titre de garantie régulière (p. ex. oxybutynine à libération immédiate, solifénacine ou toltérodine).

Notes cliniques :

1. Les demandes pour le traitement de l'incontinence d'effort ne seront pas prises en considération.
2. À ne pas utiliser en association avec d'autres traitements pharmacologiques pour l'hyperactivité vésicale.

TUCATINIB (TUKYSA)

Comprimés pelliculés de 50 mg et de 150 mg

En association avec le trastuzumab et la capécitabine pour le traitement des patients atteints d'un cancer du sein HER2 positif non résecable, localement avancé ou métastatique ayant auparavant reçu un traitement par le trastuzumab, le pertuzumab et un conjugué anticorps-médicament ciblant HER2 (p. ex., Kadcyla, Enhertu), lorsqu'au moins un de ces médicaments a été administré en contexte de cancer avancé ou métastatique.

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

1. Les patients doivent présenter un bon indice fonctionnel.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse, si des effets toxiques inacceptables se manifestent, ou si le trastuzumab et la capécitabine sont tous les deux interrompus.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 6 mois.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

UPADACITINIB (RINVOQ)

Comprimés à libération prolongée de 15 mg

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.

USTEKINUMAB (STELARA)
Seringue préremplie de 45 mg / 0,5 mL et 90 mg/mL

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

- Score PASI (Psoriasis Area and Severity Index) supérieur à 10 et score DLQI (Dermatology Life Quality Index) supérieur à 10, ou atteinte majeure des zones visibles, du cuir chevelu, des organes génitaux ou des ongles;
- Absence de réponse ou intolérance à la photothérapie ou incapacité à y avoir accès;
- Absence de réponse, intolérance ou contre-indications à 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.
- Approbations pour 90 mg administrés aux semaines 0, 4, et 16, puis toutes les 12 semaines.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

VALGANCICLOVIR (VALCYTE)
Suspension orale de 50 mg/mL

Pour la prévention ou le traitement de cytomégalovirus (CMV) chez les patients pour qui les comprimés oraux ne sont pas une option.

VANDÉTANIB (CAPRELSA)
Comprimés de 100 mg et de 300 mg

Pour le traitement du cancer médullaire de la thyroïde (CMT) symptomatique et/ou évolutif chez les patients ayant une maladie non résécable, localement avancée ou métastatique.

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient a répondu au traitement et qu'il n'y a aucun signe de progression de la maladie.

Notes cliniques :

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

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

VARÉNICLINE (CHAMPIX et marques génériques)
Comprimés de 0,5 mg et de 1 mg

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Un maximum de 24 semaines de traitement standard (336 comprimés) sera remboursé chaque année sans autorisation spéciale. Les demandes d'autorisation spéciale pour des comprimés supplémentaires ne sont pas admissibles.

- Les demandes visant un traitement de remplacement de la nicotine (timbre, gomme, pastille) destiné à être utilisé en association avec un médicament d'ordonnance pour l'abandon du tabac sans nicotine (varénicline ou bupropion) ne sont pas admissibles.

VEDOLIZUMAB (ENTYVIO)

Seringue et stylo préremplis de 108 mg / 0.68 mL

Fiole de 300 mg

Colite ulcéreuse

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

Maladie de Crohn

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

VÉLAGLUCÉRISE ALFA (VPRIV)

400 unités par fiole

Pour le traitement des patients atteints de la maladie de Gaucher de type 1 symptomatique.

Note clinique :

- Les demandes de couverture doivent respecter les critères de diagnostic de la maladie de Gaucher de type 1, d'indication de traitement et de réaction attendue à l'enzymothérapie de remplacement. Ces critères sont conformes aux lignes directrices de l'Ontario en matière de traitement de la maladie de Gaucher. S'il vous plaît, contactez le régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick au 1-800-332-3691 pour les critères.

Notes pour les demandes de règlement :

- Une dose maximale de 60 unités/kg sera approuvée toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.

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

VÉMURAFÉNIB (ZELBORAF) Comprimé pelliculé de 240 mg

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

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient a répondu au traitement et qu'il n'y a aucun signe de progression de la maladie.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent avoir un bon statut de rendement.
2. Si des métastases cérébrales sont présentes, les patients devraient être asymptomatiques ou présenter des symptômes stables.
3. Le traitement doit être arrêté en cas de progression de la maladie ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

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

VÉNETOCLAX (VENCLEXTA) Comprimés pelliculés de 10 mg, 50 mg, 100 mg

Leucémie lymphoïde chronique/lymphome à petits lymphocytes

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

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 : 1 an
3. En monothérapie pour le traitement des patients atteints de leucémie lymphoïde chronique/lymphome à petits lymphocytes qui ont déjà reçu au moins un traitement antérieur et qui ont présenté une progression de la maladie ou une intolérance pendant un traitement par un inhibiteur du récepteur des lymphocytes B.

Critère de renouvellement :

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

Notes cliniques :

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

Notes pour les demandes de règlement :

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

Leucémie myéloïde aiguë

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

Critère de renouvellement :

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

Note clinique :

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

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant des patients ayant déjà été traités par un agent hypométhylant ou une chimiothérapie pour le syndrome myélodysplasique ne sont pas admissibles.
- Les demandes visant des patients atteints d'un syndrome myélodysplasique de risque élevé ne sont pas admissibles.
- Période d'approbation : 1 an.

VIGABATRIN (SABRIL)

Comprimé de 500 mg

Sachet de 500 mg

- Pour le traitement de l'épilepsie chez les patients qui ne réagissent pas adéquatement aux autres combinaisons de traitements ou chez lesquels d'autres combinaisons de médicaments n'ont pas été tolérées.
- Pour le traitement de spasmes infantiles.

Note clinique :

- Les bienfaits potentiels de l'utilisation du vigabatrine devraient l'emporter sur les risques d'anomalie ophtalmologique.

VISMODEGIB (ERIVEDGE)

Capsule de 150 mg

Demandes initiales :

- Pour les patients atteints de carcinome basocellulaire (CBC) métastatique ou de CBC localement avancé (y compris les patients atteints de naevomatose basocellulaire, c.-à-d. le syndrome de Gorlin) dont la maladie métastatique est mesurable ou localement avancée et qui est non opérable ou pour laquelle une intervention chirurgicale¹ ET la radiothérapie² sont inappropriées;
ET
- Les patients âgés de 18 ans et plus;
ET
- Les patients dont l'indice fonctionnel ECOG est ≤ 2 .
- La préférence des patients pour le traitement oral ne sera pas prise en compte

Renseignements requis

Les médecins doivent fournir les raisons pour lesquelles une intervention chirurgicale¹ ET la radiothérapie² ne peuvent pas être envisagées.

- La demande doit comprendre le rapport de consultation chirurgicale qui comporte une évaluation préopératoire et chirurgicale des raisons pour lesquelles l'intervention chirurgicale n'est pas appropriée pour ce patient;
ET
- Un rapport de consultation chirurgicale qui comporte les raisons pour lesquelles la radiothérapie n'est pas appropriée pour ce patient.
- Les deux évaluations ci-dessus doivent provenir d'un médecin qui n'est pas un médecin demandeur.
- La confirmation que le cas du patient a été abordé lors d'une conférence multidisciplinaire sur le cancer ou dans un contexte équivalent (p. ex., un comité régional sur les tumeurs).

Critères de renouvellement :

- Le médecin confirme que la maladie n'a pas évolué chez le patient depuis le début du traitement par Erivedge.

Notes cliniques :

1. ¹Intervention chirurgicale considérée comme impossible ou inappropriée pour l'une des raisons suivantes:
 - Il est techniquement impossible de procéder à une intervention chirurgicale en raison de la taille, du site ou du caractère envahissant du CBC (soit la lésion est trop grande, soit il peut s'agir de quelques petites lésions, ce qui rend l'intervention chirurgicale impossible dans les deux cas).
 - La récurrence du CBC après deux interventions chirurgicales ou plus, et une résection curative est peu probable.
 - Morbidité ou déformation importantes anticipées avec la chirurgie.
2. ²Radiothérapie considérée comme inappropriée pour l'une des raisons suivantes:
 - Contre-indication à la radiothérapie (p. ex., syndrome de Gorlin).
 - Radiothérapie antérieure ciblant la lésion.
 - Résultats sous-optimaux attendus en raison de la taille, du site ou du caractère envahissant du CBC.
3. Dose: 150 mg par voie orale une fois par jour jusqu'à ce que la maladie évolue ou que des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

VITAMINES B ET C (REPLAVITE)**Comprimé**

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

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation: long terme.

VORICONAZOLE (VFEND et marques génériques)**Comprimés de 50 mg et de 200 mg**

- Pour la gestion de l'aspergillose invasive.
- Traitement des candidoses invasives révélées par culture positive avec une résistance prouvée au fluconazole.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un hématologue, un spécialiste des maladies infectieuses ou un microbiologiste médical.
- Les demandes initiales seront approuvées pour un maximum de 3 mois.

ZANAMIVIR (RELENZA)**Poudre pour inhalation de 5 mg**

Dans le cas des bénéficiaires résidant dans des établissements de soins de longue durée qui répondent aux mêmes critères que pour l'oseltamivir et pour lesquels une résistance à l'oseltamivir est soupçonnée ou confirmée, ou pour lesquels l'oseltamivir est contre-indiqué.

ZANUBRUTINIB (BRUKINSA)**Capsule de 80 mg**

Pour le traitement des patients adultes atteints de macroglobulinémie de Waldenström récidivante ou réfractaire ayant reçu au moins un traitement antérieur et n'ayant pas connu de progression de la maladie sous traitement par un inhibiteur de la tyrosine kinase de Bruton.

Critères de renouvellement :

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

Notes cliniques :

1. Les patients doivent remplir au moins un critère de traitement selon le groupe de consensus de l'IWWW.
2. Les patients doivent avoir un bon indice de performance et ne pas présenter de signes de transformation de la maladie.
3. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

ZOLMITRIPTAN (VAPORISATEUR NASAL ZOMIG)
Vaporisateur nasal de 2,5 mg et de 5 mg

Pour le traitement des crises de migraine aiguës chez les patients qui présentent une intolérance ou une réponse insuffisante aux triptans oraux inscrits à titre de médicaments réguliers.

Notes pour les demandes de règlement :

- La protection se limite à 6 doses par mois.
- Les demandes provenant de patients qui ont plus de 3 migraines par mois malgré un traitement de prévention des migraines seront prises en considération selon un maximum de 12 doses par mois.

ANNEXE IV

Avantages provisoires

Les médicaments suivants sont couverts à titre provisoire selon les critères décrits ci-dessous.

ACETYLSALICYLIC ACID, CAFFEINE ET BUTALBITAL (FIORINAL et marque générique)

Capsules et comprimés de 330 mg / 40 mg / 50 mg

ACETYLSALICYLIC ACID, CAFFEINE, CODEINE ET BUTALBITAL (FIORINAL C1/4 et marque générique)

Capsules de 330 mg / 40 mg / 15 mg / 50 mg

ACETYLSALICYLIC ACID, CAFFEINE, CODEINE ET BUTALBITAL (FIORINAL C1/2 et marque générique)

Capsules de 330 mg / 40 mg / 30 mg / 50 mg

Depuis le 20 mars 2018, les demandes de couverture pour les produits contenant du butalbital, comme Fiorinal, Fiorinal C¼, Fiorinal C½ et les marques génériques ne sont plus admissibles. Les patients qui étaient couverts avant cette date continueront d'être admissibles à la couverture si une demande d'autorisation spéciale, expliquant les raisons d'une utilisation continue, est soumise sur une base annuelle.

ADÉFOVIR (HEPSERA et marque générique)

Comprimé de 10 mg

À compter du 22 janvier 2018, les demandes de remboursement pour la adéfovir (Hepsera) ne sont plus admissibles. Les patients qui bénéficient d'une couverture pour Hepsera obtenue avant cette date continueront d'être couverts.

ATORVASTATIN ET AMLODIPINE (CADUET et marques génériques)

Comprimés de 10 mg / 5 mg, 10 mg / 10 mg, 20 mg / 5 mg, 20 mg / 10 mg, 40 mg / 5 mg, 40 mg / 10 mg, 80 mg / 5 mg, 80 mg / 10 mg

À compter du 13 mai 2021, les comprimés de bésylate d'amlodipine et d'atorvastatine calcique ne sont plus admissibles en tant que médicament régulier. Les patients qui ont obtenu le remboursement d'une demande de règlement pour le bésylate d'amlodipine et d'atorvastatine calcique entre le 13 novembre 2020 et le 13 mai 2021 continueront d'être couverts. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas admissibles.

BETAHISTINE (marques génériques)

Comprimés 8 mg

Depuis le 18 mars 2021, les demandes de remboursement pour les comprimés de bétahistine 8 mg ne sont plus admissibles. Les patients dont une demande de règlement pour la bétahistine 8 mg a été remboursée entre le 18 septembre 2020 et le 18 mars 2021 continueront d'être couverts.

CHLORDIAZÉPOXIDE ET CLIDINIUM (LIBRAX)

Capsule de 5 mg / 2,5 mg

Depuis le 22 avril 2021, le chlordiazépoxyde/clidinium n'est plus inscrite à titre de service assuré habitue. Dans le cas des patients qui ont déjà reçu un remboursement pour du chlordiazépoxyde/clidinium entre le 22 octobre 2020 et le 22 avril 2021, ce médicament continuera d'être admissible jusqu'au 22 octobre 2021. Après le 22 octobre 2021, une demande d'autorisation spéciale, documentant la raison pour laquelle le patient doit continuer de prendre ce médicament, sera exigée chaque année pour que ce médicament puisse être admissible. Les nouvelles demandes d'autorisation spéciale ne sont pas acceptées.

GLIMEPIRIDE (SANDOZ GLIMEPIRIDE)

Comprimés 1 mg, 2 mg, 4 mg

À compter du 17 juin 2021, les comprimés de Sandoz Glimepiride de 1 mg, 2 mg et 4 mg seront retirés sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick. Les patients qui ont obtenu le remboursement d'une demande de règlement pour ce médicament entre le 17 juin 2020 et le 17 juin 2021 continueront d'être couverts. Les demandes d'autorisation spéciale ne sont pas admissibles.

HYDRATE DE CHLORAL (Sirop d'hydrate de chloral Odan)

Sirop à 100 mg/mL

Dans le cas des patients qui ont déjà reçu un remboursement pour de l'hydrate de chloral entre le 26 décembre 2022 et le 26 juin 2023, ce médicament continuera d'être admissible jusqu'au 26 janvier 2024. Après le 26 janvier 2024, une demande d'autorisation spéciale, documentant la raison pour laquelle le patient doit continuer de prendre ce médicament, sera exigée chaque année pour que ce médicament puisse être admissible. Les nouvelles demandes d'autorisation spéciale ne sont pas acceptées.

HYDROCORTISONE / PRAMOXINE / ZINC (PROCTODAN-HC)**Onguent de 0.5% / 1% / 0.5%****Suppositoire de 10 mg / 20 mg / 10 mg**

Depuis le 29 juin 2023, les onguent et suppositoire (Proctodan-HC) ne sont plus inscrits à titre de médicament régulier. Les patients qui ont obtenu le remboursement d'une demande de règlement pour ce médicament entre le 29 décembre 2022 et le 28 juin 2023 continueront d'être couverts. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas admissibles.

OXYBUTYNINE (pms-OXYBUTYNIN)**Comprimé de 2,5 mg**

Depuis le 22 avril 2021, les comprimés de 2,5 mg de pms-Oxybutynin ne sont plus inscrits à titre de médicament régulier. Les patients qui ont obtenu le remboursement d'une demande de règlement pour ce médicament entre le 22 octobre 2020 et le 22 avril 2021 continueront d'être couverts. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas admissibles.

PLACEBO**Capsules de 100 mg**

Depuis le 29 juin 2023, les capsules de 100 mg de Placebo ne sont plus inscrits à titre de médicament régulier. Les patients qui ont obtenu le remboursement d'une demande de règlement pour ce médicament entre le 29 décembre 2022 et le 28 juin 2023 continueront d'être couverts. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas admissibles.

RANIBIZUMAB (LUCENTIS)**Solution pour injection intravitréenne de 10 mg/mL**

À compter du 28 août 2023, le ranibizumab (Lucentis) ne sera plus inscrit en tant que médicament requérant une autorisation spéciale. Les patients qui avaient une couverture pour Lucentis avant cette date maintiendront leur couverture jusqu'à l'expiration de leur autorisation spéciale actuelle ou jusqu'au 28 février 2024, selon la première éventualité. Les patients devront passer à la version biosimilaire de ranibizumab afin de conserver leur couverture en vertu des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

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

La marque biosimilaire de ranibizumab est inscrite à titre de médicament requérant une autorisation spéciale.

ROSIGLITAZONE (AVANDIA et marque générique)**Comprimés de 2 mg, 4 mg et 8 mg**

Depuis le 2 avril 2012, les demandes de remboursement pour la rosiglitazone (Avandia) ne sont plus admissibles. Les patients qui bénéficient d'une couverture pour Avandia obtenue avant cette date continueront d'être couverts.

SULFATE DE QUININE (marques génériques)**Capsules de 200 mg et 300 mg****Comprimés de 300 mg**

Depuis le 1^{er} septembre 2017, la quinine n'est plus inscrite à titre de service assuré habituel. Dans le cas des patients qui ont reçu une prestation pour la quinine entre le 1^{er} septembre 2016 et le 31 août 2017, ce médicament continuera d'être couvert jusqu'au 1^{er} mars 2018. Après cette date, une demande d'autorisation spéciale décrivant les raisons qui justifient la poursuite du traitement sera requise pour que la couverture soit envisagée. Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas admissibles dans le cas des nouveaux patients ou des patients qui n'ont pas reçu de prestation pour la quinine entre le 1^{er} septembre 2016 et le 31 août 2017.